KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

In welke mate beïnvloeden chronische aandoeningen de werkbekwaamheid van 55-65 jarigen in Vlaanderen?

Karen Vangronsveld

Promotor: Prof. Frank Buntinx

Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

In welke mate beïnvloeden chronische aandoeningen de werkbekwaamheid van 55-65 jarigen in Vlaanderen?

Haio: Karen VANGRONSVELD
KU Leuven
Promotor: Frank BUNTINX
Praktijkopleider: Harrie DEWITTE

Context:

In het eindeloopbaandebat wordt voor het optrekken van de werkelijke pensioenleeftijd hoofdzakelijk rekening gehouden met economische aspecten. Er zijn dan ook nauwelijks gegevens beschikbaar over de gezondheidstoestand en de medische geschiktheid tot werken van de bevolking tussen 55 en 65 jaar. In welke mate is deze bevolkingsgroep medisch gezien nog in staat tot langer werken?

Onderzoeksvraag:

1. Wat zijn de prevalentie en ziektegroepen van chronische aandoeningen bij 55 tot 65-jarigen in Vlaanderen en is er een verband met leeftijd, geslacht en werktype?
2. Wat is de geschatte medische arbeidsongeschiktheid in deze populatie en is er een verband met leeftijd, geslacht, werktype en aantal chronische ziekten?

Methode:

Onze onderzoekspopulatie omvat alle 9562 patiënten ingeschreven in drie groepspraktijken van Geneeskunde voor het Volk. Voor het voorkomen van chronische aandoeningen baseren we ons op routinegewijs geregistreerde patiëntengegevens in het geautomatiseerde patiëntendossier van de huisarts. De huisarts maakt van elke patiënt een inschatting van zijn/haar medische arbeidsongeschiktheid op basis van het medisch dossier.

Resultaten:

Meer dan driekwart van de 1019 mensen tussen 55 en 65 jaar heeft minstens één chronische ziekte. Meer dan de helft heeft minstens 2 chronische ziekten. Chronische aandoeningen komen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. De medische arbeidsongeschiktheid werd in deze leeftijdsgroep ingeschat als <33% bij een derde, tussen ≥33% en <66% bij een derde en ≥66% bij een laatste derde. De kans op volledige arbeidsongeschiktheid is drie keer hoger bij blue collar workers dan bij white collar workers en er is een rechtstreeks verband tussen het aantal chronische ziekten en de geschatte medische arbeidsongeschiktheid.

Conclusie:

Er zijn aanwijzingen dat er in de leeftijdsgroep van 55-65 jaar ernstige medische beperkingen zijn. Voor het individu moet er een concrete afweging gemaakt worden van de arbeidsgeschiktheid, op zijn minst op basis van leeftijd, geslacht, aard van het werk en de chronische medische aandoeningen.

E-mail: k.vangronsveld@gmail.com

ICPC-code: Z05

Inleiding

Europese overheden, ook de Belgische, willen de mensen langer aan de slag houden. De gemiddelde uittredeleeftijd lag in België in 2007 gemiddeld rond 59 jaar (1). In het debat rond het einde van de loopbaan wordt voor het optrekken van de werkelijke pensioenleeftijd hoofdzakelijk rekening gehouden met economische aspecten. Er zijn dan ook nauwelijks gegevens beschikbaar over de gezondheidstoestand en de medische geschiktheid tot werken van de bevolking tussen 55 en 65 jaar. In welke mate is deze bevolkingsgroep medisch gezien in staat tot langer werken?

De werkzaamheidsgraad (het aandeel werkenden in de bevolking) van de 55-65 jarigen lag in 2010 in België rond 37% (2). De werkloosheidsgraad in deze leeftijdsgroep bedroeg datzelfde jaar 5% (2). In 2009 bedroeg de invaliditeitsgraad (de verhouding van het aantal invaliden ten opzichte van het aantal uitkeringsgerechtigden min het aantal bruggepensioneerden) in de bevolkingsgroep 55-60 jaar 16%. In de bevolkingsgroep 60-65 jaar was dat 27%. We zien daarbij een hogere invaliditeitsgraad bij arbeiders dan bij bedienden (3). Het beroepsstatuut speelt bovendien een belangrijke rol zowel bij de uittredeleeftijd als bij het uittredekanaal: In een onderzoek uit 2001 (4) waren driekwart van alle arbeiders die de arbeidsmarkt verlieten jonger dan 60 jaar. In dit onderzoek was het meest gebruikte uittredekanaal door arbeiders het brugpensioen. Bij bedienden was 60 jaar de meest voorkomende uittredeleeftijd, en dit meestal via vervroegd pensioen.
De nationale gezondheidsenquête van 2008 is momenteel de enige bron van informatie over de gezondheidstoestand van de 55-65 jarigen in België. 37% van de ondervraagde Vlamingen tussen 55 en 65 jaar gaf aan te lijden aan één of meer chronische aandoeningen (5). Het betreft echter een beperkte steekproef (502 personen), waarbij nog eens 36% hooggeschoold is, terwijl in 2008 slechts 22% van de Belgen hoger opgeleid was (6). De resultaten zijn gebaseerd op de subjectieve antwoorden van de proefpersonen zelf op vragenlijsten. Er zijn voor Vlaanderen momenteel geen objectieve, betrouwbare cijfers over de gezondheid van onze 55-65 jarigen beschikbaar. Een zoektocht in PubMed naar wetenschappelijke artikels met betrekking tot chronische aandoeningen en de relatie tot arbeid bij personen tussen 55 en 65 jaar leverde weinig relevant materiaal op. Zowel onderzoek uit Frankrijk, Australië, als Europees onderzoek wijst erop dat in de leeftijdsgroep 55-65 jaar heel wat mensen niet aan het werk zijn en dat er een verband is tussen het voorkomen van chronische ziekten en het vroegtijdig verlaten van de arbeidsmarkt (7-11). Bovendien kwam men reeds in verschillende studies tot de bevinding dat er een verband is tussen sociale determinanten (werktype, opleiding, inkomen) en gezondheid (10,12-17).

Om enig objectief zicht te krijgen op de medische arbeidsongeschiktheid van mensen tussen 55 en 65 jaar hebben wij op basis van eigen praktijkgegevens het voorkomen nagegaan van chronische ziekten bij deze groep patiënten. Dit wordt geoperationaliseerd in volgende specifieke vraagstellingen:

1. Wat is de prevalentie van chronische ziekten bij 55-65 jarigen in Vlaanderen?

    1.1. Wat is het aantal chronische ziekten per patiënt bij 55-65 jarigen?
    1.2. Welke groepen van chronische aandoeningen komen het meest voor bij 55-65 jarigen?
    1.3. Is er een kritische leeftijdsperiode waarin iemand vaker chronisch ziek wordt?
    1.4. Is er een verband tussen werktype (blue en white collar) en het voorkomen van chronische ziekten bij 55-65 jarigen?

2. Wat is de medische arbeidsongeschiktheid in deze populatie?

    2.1. Hoe wordt de medische arbeidsongeschiktheid van de 55-65 jarigen in onze populatie ingeschat door de eigen huisarts ?
    2.2. Is er een verband met werktype (blue en white collar)?
    2.3. Is er een verband met leeftijd?
    2.4. Is er een verband met het voorkomen van chronische ziekten?

Methode

Populatie

Onze onderzoekspopulatie bedraagt alle patiënten tot 70 jaar ingeschreven in één van de drie groepspraktijken van Geneeskunde voor het Volk (GvhV) die samenwerken met Intego (18) (Genk, Deurne en Hoboken). Dit zijn multidisciplinaire centra voor huisartsgeneeskunde met een forfaitaire financiering. Alle praktijken gebruiken dezelfde software voor het beheren van hun elektronisch medisch dossier: Medidoc, Corilus. Voor de meeste vraagstellingen werd enkel de groep tussen 55 en 65 jaar gebruikt.

Gegevensverzameling

Patiënten:
We vroegen de behandelende huisarts om de patiënt in één van deze groepen in te delen: blue collar worker, white collar worker of nooit gewerkt. Blue collar workers zijn werknemers die grotendeels fysieke arbeid verrichten, zoals bijvoorbeeld een bouwvakker of een postbode. White collar workers verwijst naar werknemers die hoofdzakelijk mentale arbeid verrichten, zoals bijvoorbeeld een secretaresse in een kantoor.

Aandoeningen:
We vertrokken van een gevalideerde lijst van chronische ziekten, opgesteld door Knottnerus et al (17) (Bijlage 1a). We voegden aandoeningen toe die niet op deze lijst voorkwamen maar die wel degelijk een invloed uitoefenen op de arbeidscapaciteit (Bijlage 2b). Anderzijds werden aandoeningen die wel op de lijst voorkwamen doch die geen invloed uitoefenen op de arbeidscapaciteit, wegens goed behandelbaar, verwijderd. (Bijlage 2c). Voor de prevalentie van chronische aandoeningen (bijlage 2d) baseerden we ons op routinegewijs geregistreerde patiëntengegevens in het geautomatiseerde patiëntendossier. Aan de hand van de ICPC-2 code (19,20) gingen we het voorkomen van chronische ziekten na voor elke patiënt tussen 55 en 65 jaar. Eén ICPC-2 code kan coderen voor zowel een acute als een chronische aandoening. R96 codeert zowel voor astmatiforme bronchitis (een acute aandoening) als astma (een chronische aandoening). Daarom werd er nog een manuele correctie uitgevoerd op alle data, waarbij enkel de chronische aandoeningen weerhouden werden.

Arbeidsongeschiktheid:
De behandelende huisarts maakte van elke patiënt een inschatting van zijn/haar medische arbeidsongeschiktheid: <33%, ≥33 en <66% of ≥66%. Volgens de Belgische wetgeving is iemand volledig arbeidsongeschikt van zodra hij/zij ≥ 66% % arbeidsongeschikt is (21).

Analyse

We kozen voor een beschrijvende rapportage van zowel de prevalentie van chronische aandoeningen als de medische arbeidsongeschiktheid op basis van inschatting door de huisarts. Analyses gebeurden met Epi-info versie 3.5.1. De belangrijkste proporties worden gerapporteerd met hun 95% betrouwbaarheidsinterval (BI). Verschillen tussen groepen werden op hun significantie getoetst met een chikwadraattoets voor categorische en een chikwadraattoets voor trend voor continue variabelen. Teneinde na te gaan of de onderzoekspopulatie ernstig verschilt van andere huisartsgeneeskundige populaties in Vlaanderen hebben wij de basiskenmerken (leeftijd, geslacht, aantal en groepen chronische ziekten) vergeleken met de Intego-database (18).

Medisch-ethische aspecten

Alle betrokken patiënten gaven schriftelijk informed consent. De Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen K.U.L. gaf een gunstig advies omtrent het protocol (S53096).

Resultaten

1. De prevalentie van chronische ziekten bij 55-65 jarigen in Vlaanderen

1.1. Wat is het aantal chronische ziekten per patiënt bij 55-65 jarigen?

De populatie betreft 9562 patiënten, waarvan 4783 vrouwen en 4779 mannen. Van de totale populatie zijn 1019 patiënten tussen 55 en 65 jaar oud. Van deze 1019 patiënten zijn 211 patiënten ingeschreven in de groepspraktijk in Deurne, 347 patiënten komen uit Genk en 461 patiënten zijn afkomstig uit de databank van Hoboken. De patiënten in deze subpopulaties zijn gelijk verdeeld qua leeftijd en geslacht. Van de 1019 55-65 jarigen zijn 663 patiënten blue collar workers (65%), 266 patiënten zijn white collar workers (26%) en 49 patiënten (5%) hebben nooit gewerkt. Van 41 patiënten (4%) hebben we hierover geen gegevens.

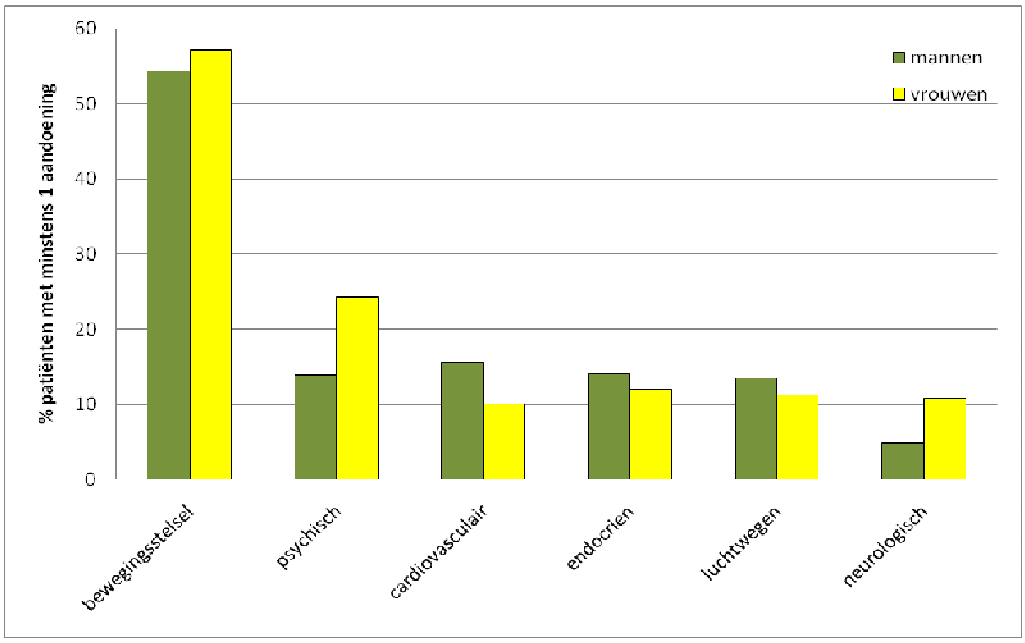
Tabel: Aantal chronische ziekten bij patiënten tussen 55 en 65 jaar.

Aantal ziekten	**Aantal patiënten** (n=1019)	**Relatief %**	**Cumulatief %**	**Cumulatief % Intego** (n= 11388)
0	224	22	22	26
1	246	24	46	48
2	215	21	67	66
3	142	14	81	79
4	105	10	91	88
5	40	4	95	94
6	28	3	98	97
7	12	1	99	99
8	6	1	100	100
9	1	0	100	100
Totaal	1019	100	100	100

78% (95% BI: 75%-81%) van de 55-65 jarigen in onze populatie heeft minstens één chronische ziekte. 54% (95% BI: 51%-58 %) heeft minstens twee chronische ziekten. Er is een belangrijk geslachtsverschil. Een vrouw tussen 55-65 jaar heeft 1,4 keer meer kans dan een man om minstens 2 chronische ziekten te hebben ($p<0.01$). Er is geen significant verschil in aantal aandoeningen tussen de leeftijdsgroepen 55-60 jaar en 60-65 jaar ($p=0.02$). (Voor deelresultaten per geslacht en per leeftijdsgroep, zie bijlage 2a).

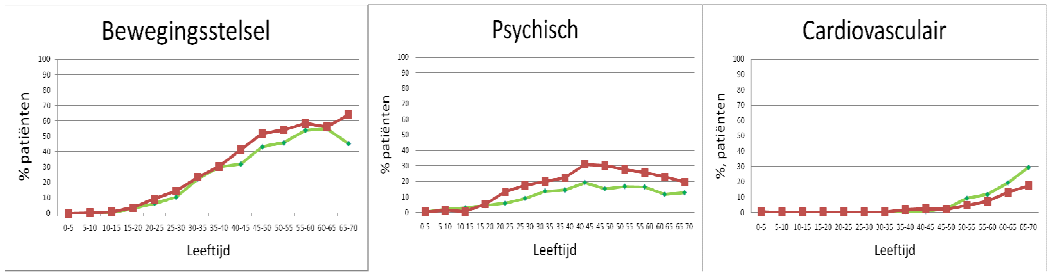
Het blijkt dat onze populatie te vergelijken is met de Intego-database qua prevalentie van chronische aandoeningen: verschillen tussen groepen van aantal ziekten per patiënt bedragen maximaal 4% tussen Intego en Geneeskunde voor het Volk. We vinden ook eenzelfde verschil tussen mannen en vrouwen terug in de Intego-database, en ook de ziektegroepen komen overeen met onze populatie. (Voor gedetailleerde resultaten van de Intego-database, zie bijlage 2b en 2c).

1.2. Welke groepen van chronische aandoeningen komen het meest voor bij 55-65 jarigen?



Figuur 1: Meest frequente groepen van chronische aandoeningen bij patiënten tussen 55 en 65 jaar.
n=1019

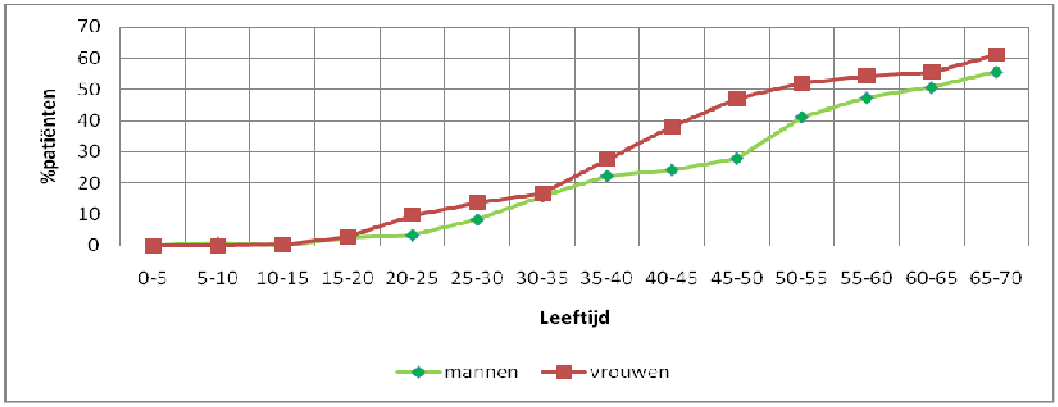
Zowel voor mannen als voor vrouwen vormen ziekten van het bewegingsstelsel de grootste groep van chronische aandoeningen. Het verschil tussen mannen en vrouwen is niet betekenisvol. Vrouwen scoren significant hoger voor zowel psychische aandoeningen als voor neurologische aandoeningen ($p<0,01$). Aandoeningen van het cardiovasculaire stelsel komen dan weer meer voor bij mannen dan bij vrouwen ($p<0,01$). (Voor gedetailleerde deelresultaten zie bijlage 3).



Figuur 2: Verband tussen leeftijd en optreden van een chronische aandoening (3 meest frequente ziektegroepen).
mannen; vrouwen, n= 9049

Er is een belangrijk verschil in de leeftijd waarop een chronische ziekte haar intrede doet naargelang het gaat om een orthopedische, een psychische of een cardiovasculaire aandoening. Ziekten van het bewegingsstelsel treden op vanaf 15-20 jaar en nemen toe naarmate de mensen ouder worden. Psychische aandoeningen verschijnen eveneens voor het eerst vanaf de puberteit maar er is geen blijvende toename met de leeftijd. Aandoeningen van het cardiovasculair stelsel doen hun intrede pas vanaf 45-50 jaar en nemen toe met de leeftijd. (Voor grafieken en statistische verwerking zie bijlage 4a, 4b en 4c).

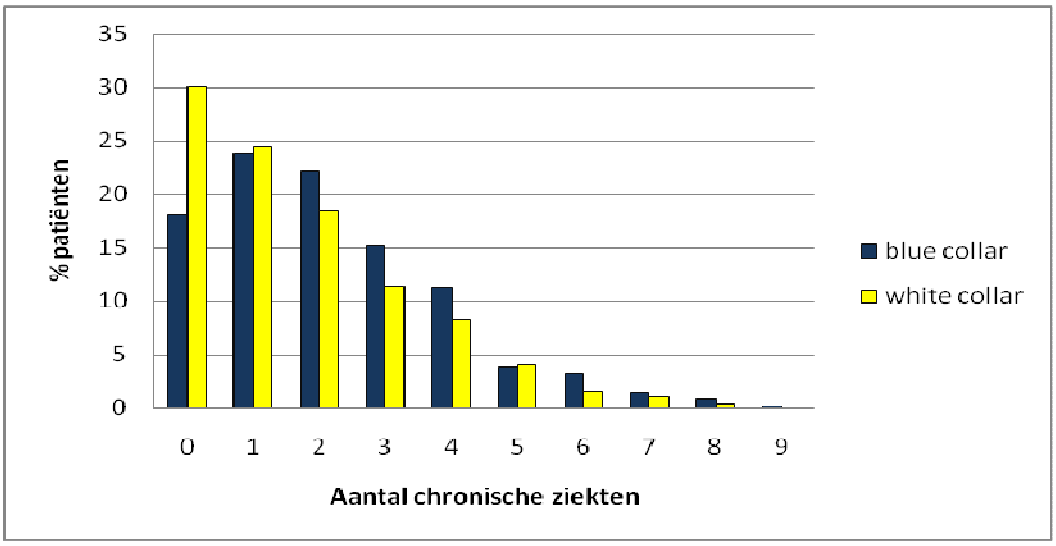
1.3. Is er een kritische leeftijdsperiode waarin iemand vaker chronisch ziek wordt?



Figuur3: Verband tussen leeftijd en het voorkomen van minstens 2 chronische ziekten.
n = 9049

We zien vanaf de leeftijdsgroep 10-15 jaar een continue stijging optreden van het aantal patiënten met minstens 2 chronische ziekten. Er zijn kritische leeftijdsperiodes waarbij er relatief meer mensen minstens 2 chronische ziekten krijgen en er zijn verschillen tussen mannen en vrouw: Bij mannen zien we meer chronische ziekten opduiken tussen 25 en 35 jaar ($p<0,01$) en tussen 45 en 55 jaar ($p<0,01$). Bij vrouwen valt de gevoelige periode tussen 30 en 45 jaar ($p<0,01$).
Er is ook een algemeen geslachtsverschil: In alle leeftijdsgroepen hebben procentueel meer vrouwen dan mannen minstens 2 chronische ziekten. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn statistisch significant in de volgende leeftijdsgroepen: 20-25j ($p<0,01$), 25-30j ($p<0,05$) en 40-55j ($p<0,01$).

1.4. Is er een verband tussen werktype en het voorkomen van chronische ziekten bij 55-65 jarigen?



Figuur 4: Verband tussen werktype en het aantal chronische aandoeningen.
n=1019
White collar workers tussen 55 en 65 jaar hebben 1,9 keer zo veel kans om ***geen*** chronische ziekte te hebben ten opzichte van blue collar workers ($p<0,001$).

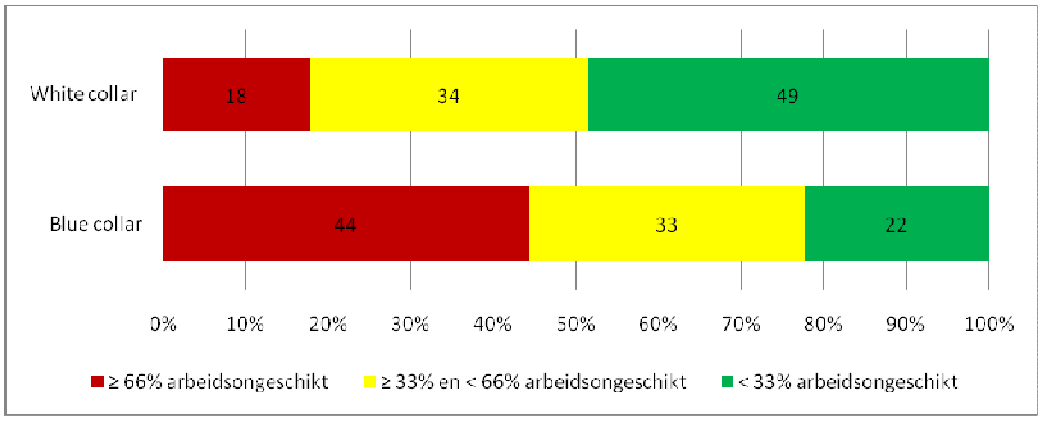
De kans om minstens 2 ziekten te hebben is 1,7 keer zo groot bij blue collar workers dan bij white collar workers (p<0,01). Dit verschil is meer uitgesproken bij mannen dan bij vrouwen: mannelijke blue collar workers hebben 1,9 keer zo veel kans om minstens twee chronische aandoeningen te hebben ten opzichte van mannelijke white collar workers (p<0,01), terwijl een vrouwelijke blue collar worker 1,6 keer meer kans heeft om minstens 2 chronische aandoeningen te hebben ten opzichte van vrouwelijke white collar worker (p<0,05). (Voor deelresultaten zie bijlage 5).

2. Medische arbeidsongeschiktheid van de 55-65 jarigen

2.1. Hoe wordt de medische arbeidsongeschiktheid van de 55-65 jarigen ingeschat in onze populatie?

30% (95% BI: 27%-33%) van de 55-65 jarigen werd door de eigen huisarts <33% arbeidsongeschikt ingeschat, 33% (95% BI: 30%-36%) werd ≥33% en <66% arbeidsongeschikt ingeschat en 36 % (95% BI: 33%-39%) werd ≥ 66% arbeidsongeschikt bevonden. Er waren geen betekenisvolle verschillen tussen mannen en vrouwen.

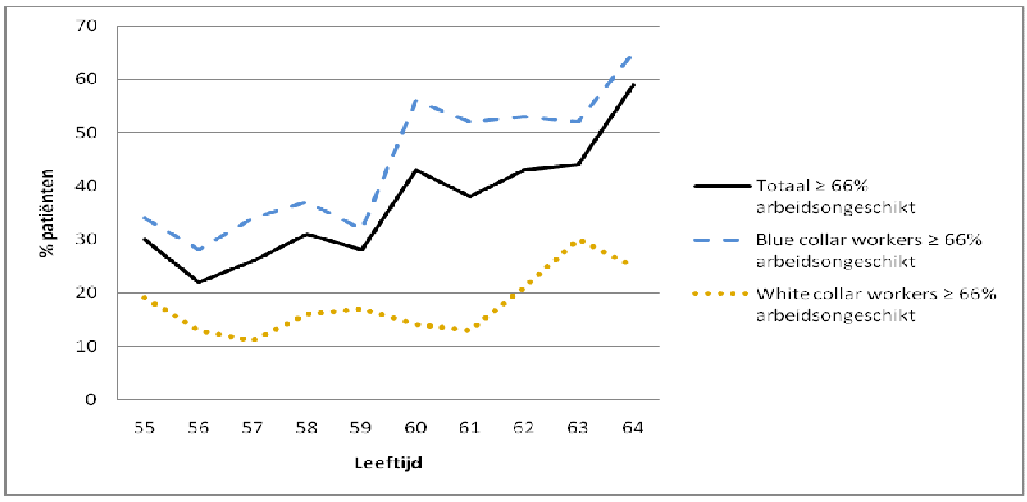
2.4. Is er een verband met werktype?



Figuur 5: Verband tussen werktype en medische arbeidsongeschiktheid
n=1019

Een blue collar worker tussen 55 en 65 jaar heeft 3,7 keer meer kans dan een white collar worker om door zijn eigen huisarts als minstens 66% arbeidsongeschikt beoordeeld te worden (p<0,001). Bij mannen is het verschil nog meer uitgesproken dan bij vrouwen: Een man die blue collar worker is heeft 4,2 keer meer kans om minstens 66% arbeidsongeschikt te zijn dan een man die white collar worker is (p<0,001), terwijl een vrouw die blue collar worker is 3,3 meer kans heeft om als minstens 66% arbeidsongeschikt beoordeeld te worden dan een vrouwelijke white collar worker (p<0,001).

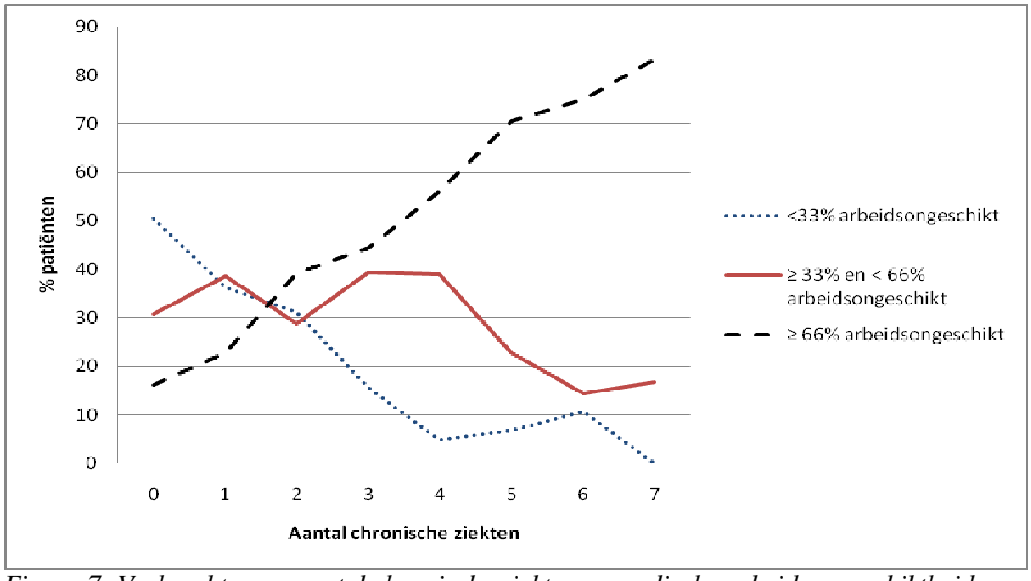
2.3. Is er een verband tussen leeftijd en de medische arbeidsongeschiktheid?



Figuur 6: Verband tussen leeftijd en geschatte medische arbeidsongeschiktheid.
n=1019

We zien een lineair verband tussen de medische arbeidsongeschiktheid ≥66 % en de leeftijd (p<0,001). Er waren geen betekenisvolle verschillen tussen mannen en vrouwen. We zien een sterke stijging van de volledige arbeidsongeschiktheid optreden tussen 59 en 60 jaar bij blue collar workers. Bij white collar workers komt de sterke toename later, tussen 61 en 63 jaar.

2.4. Is er een verband tussen het aantal chronische ziekten en de medische arbeidsongeschiktheid?



Figuur 7: Verband tussen aantal chronische ziekten en medische arbeidsongeschiktheid.
n=1019

We zien een sterk lineair verband tussen het aantal chronische ziekten en een medische arbeidsongeschiktheid ≥66% (p<0,001).

Discussie

Samenvatting van de resultaten

Chronische ziekten zijn frequent in de leeftijdsgroep 55-65 jaar. Meer dan driekwart van de patiënten heeft minstens één chronische ziekte, meer dan de helft heeft er minstens twee. Chronische ziekten komen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen en vaker bij blue collar workers dan bij white collar workers. Aandoeningen van het bewegingsstelsel zijn met voorsprong de meest voorkomende chronische ziekten bij 55-65 jarigen.

De medische arbeidsongeschiktheid werd in deze leeftijdsgroep ingeschat als <33% bij een derde, tussen ≥33% en <66% bij een derde en ≥66% bij een laatste derde. De kans op volledige arbeidsongeschiktheid is in deze leeftijdsgroep drie keer zo hoog bij blue collar workers ten opzichte van white collar workers. De medische arbeidsongeschiktheid neemt toe met de leeftijd en er is een rechtstreeks verband tussen het aantal chronische ziekten en de geschatte medische arbeidsongeschiktheid.

Vergelijking met andere studies

Volgens de nationale gezondheidsenquête 2008 (5) ligt de prevalentie van chronische aandoeningen bij 55-65 jarigen in Vlaanderen heel wat lager dan in ons onderzoek: Slechts 37 % van de Vlamingen gaf zelf aan aan een minstens één chronische aandoening te lijden. Bovendien kwamen chronische aandoeningen in hun onderzoek vaker voor bij mannen (39%) dan bij vrouwen (35%). Het betreft echter een kleine steekproef op basis van subjectieve vragenlijsten bij voornamelijk hoogopgeleiden.

Niettegenstaande er dagelijks honderden controlerende geneesheren mensen invaliditeit toekennen, ontbreekt een systematische dataregistratie over de oorzaken van deze toekenning. De enige beschikbare data vinden we in een onderzoeksrapport van het RIZIV (3) dat onze resultaten bevestigt: aandoeningen van het bewegingsstelsel en psychische ziekten zijn de voornaamste redenen voor het toekennen van invaliditeit. Ook hier is er behalve voor cardiovasculaire aandoeningen een belangrijk verschil ten nadele van de vrouw.

Onze resultaten bevestigen eerdere conclusies uit de literatuur. In de leeftijdsgroep 55-65 jaar is een belangrijk deel van de bevolking arbeidsongeschikt en er is een duidelijk verband met het voorkomen van chronische ziekten (7-11). Ons onderzoek bevestigt bovendien het verband tussen sociale determinanten als werktype en het voorkomen van chronische ziekten (10,12-17).

Sterkten en zwakten van het onderzoek

Wij hielden rekening met de mogelijkheid van bias door specificiteit van onze populatie ten opzichte van andere huisartsgeneeskundige populaties in Vlaanderen. Daarom vergeleken we de basiskenmerken van onze populatie met de Intego-database (18), uitgezonderd de patiënten uit onze populatie. Intego verzamelt geanonimiseerde data uit elektronische medische dossiers uit 55 huisartsenpraktijken in Vlaanderen, waardoor de Intego-databank bijna 2% van de Vlaamse bevolking omvat. Data uit deze databank zijn representatief voor Vlaanderen. Wij kwamen tot gelijkaardige bevindingen qua prevalentie van chronische ziekten in onze populatie.

Een tweede mogelijke bias is het vroegtijdig overlijden van de meest zieke patiënten waardoor zij niet in onze populatie zijn opgenomen. In de populatie van Genk zou het echter slechts gaan om 15 patiënten (4% van alle 55-65 jarigen uit Genk), een verwaarloosbaar klein aantal.

Er zou de indruk kunnen ontstaan dat het hebben van een bepaalde ziekte of het hebben van een bepaald aantal ziekten rechtstreeks zou correleren met een zekere graad van arbeidsongeschiktheid. Of omgekeerd, dat het hebben van andere ziekten, die niet in de lijst van chronische aandoeningen opgenomen zijn, niet zou correleren met arbeidsongeschiktheid. De inschatting van de medische arbeidsongeschiktheid gebeurde in ons onderzoek door de eigen huisarts. Dat was een bewuste keuze: de huisarts kent de patiënt het best, houdt niet alleen rekening met de medische diagnoses maar kan ook de psychische en sociale situatie het best inschatten. Dit kan een zekere vorm van subjectiviteit inhouden. Vandaar dat we aan twee adviserende geneesheren voorlegden om de arbeidsongeschiktheid te scoren op basis van leeftijd, geslacht, blue-white collar en de diagnoses. Beiden weigerden ze dit te doen omdat dit een objectieve beoordeling van de arbeidsongeschiktheid onmogelijk maakt. Ook andere factoren moeten in rekening gebracht worden: de ernst van de aandoening, de aard van het werk, de aard van de opleiding, interactie tussen de verschillende aandoeningen, enz.

Onze data resulteren uit routinepraktijkvoering. Er zijn dus geen speciale interventies gebeurd die allerhande vormen van bias hadden kunnen geven. E nkel aandoeningen die nooit aan de arts gerapporteerd zijn worden uiteraard gemist. De registrerende artsen zijn opgenomen in de Intego-registratie op basis van het feit dat hun registratiekwaliteit getoetst en uitstekend bevonden werd.

Consequenties

De vraag: "Welk werk doe je?" is een vergeten vraag in de dagelijkse consultatie. Een oud begrip "blue collar / white collar", maar dan in een nieuw decor, lijkt een betekenisvolle determinant te zijn die meer aandacht verdient in de praktijk, de opleiding en het eindeloopbaan debat. De registratie van de socio-economische status is dan ook een relevant gegeven, niet alleen voor de hulpverlening naar de individuele patiënt toe maar ook om wetenschappelijk onderzoek te doen.

Met het argument van "gelijkheid der geslachten" werden mannen en vrouwen inzake pensioengerechtigde leeftijd gelijkgeschakeld op 65 jaar. De aandacht voor het verschil tussen mannen en vrouwen is nochtans zinvol, zowel in de dagelijkse huisartsenpraktijk, de opleiding als in het eindeloopbaan debat.

"Met zijn allen langer werken" is een slogan die lekker bekt, maar er zijn belangrijke aanwijzingen dat er in de leeftijdsgroep van 55-65 jaar ernstige medische beperkingen zijn. Voor het individu moet er een concrete afweging gemaakt worden van de arbeidsgeschiktheid, op zijn minst op basis van leeftijd, geslacht, aard van het werk, en de chronische medische aandoeningen.

Bronnen

(1) Datawarehouse Arbeidsmarkt & Sociale Bescherming bij de kruispuntbank voor Sociale Zekerheid (bewerking Steunpunt WSE)

(2) FOD Economie - ADSEI EAK, Eurostat LFS (bewerking Steunpunt WSE/Departement WSE)

(3) RIZIV: Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden: loontrekkenden (gegevens 1989-2009).

(4) PMBA-bestand uit Datawarehouse AM&SB bij de kruispuntbank Sociale Zekerheid (bewerking steunpunt WAV)

(5) http://www.iph.fgov.be/epidemio/hisia/princ.htm

(6) Eurostat © European Union, 1995-2012

(7) Schofield DJ, Shresta RN, Passey ME. Chronic disease and labour force participation among older Australians. Med J Aust. 2008 Oct 20; 189(8):447-50.

(8) Schofield DJ, Passey ME, Earnest A. Are we getting healthier as we grow older? Implications for babyboomer labor force participation. Ann N Y Acad Sci. 2007 Oct;1114:230-40.

(9) Van den Berg T, Schuring M, Avendano M, The impact of ill health on exit from paid employment in Europe among older workers. Occup Environ Med. 2010 Dec;67(12):845-52.

(10) Saliba B, Paraponaris A, Ventelou B. Situations regarding the labour market for people suffering from chronic diseases. Rev Epidemiol Sante Publique. 2007 Aug;55(4):253-63.

(11) Alavinia SM, Burdorf A. Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. Int Arch Occup Environ Health. 2008 Oct;82(1):39-45.

(12) Atherton K, Power C. Health inequalities with the National Statistics-Socioeconomic classification: disease risk factors and health in the 1958 British birth cohort. Eur J Public Health. 2007 Oct;17(5):486-91.

(13) Mackenbach J P, Stirbu I, Roskam A-J R, Schaap M M, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst A E. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries, NEJM 358;23 2008.

(14) Tackling Health Inequalities in Belgium, een onderzoek uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), de Vrije Universiteit Brussel (VUB) en de Université Catholique de Louvain (UCL) in opdracht van de POD Wetenschapsbeleid.

(15) Marmot M, Social determinants of health inequalities, Lancet 2005; 365: 1099–104.

(16) Whitehead M., The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992;22(3):429-45.

(17) Knottnerus JA, Metsemakers J, Höppener P & Limonaro C, Chronic illness in the community and the Concept of Social Prevalence, Family Practice (1992) 9 (1):15-21.

(18) Department of general practice, K.U.Leuven. Intego-project 2011. Available from: URL:http://www.intego.be

(19) ICPC-2 International Classification of Primary care, second edition. Prepared by the International Classification Committee of WONCA. Oxford: Oxford University Press, 1998.

(20) Okkes IM, Jamoulle M, Lamberts H, Bentzen N. ICPC-2-E. The electronic version of ICPC-2. Differences with the printed version and the consequences. Fam Pract 2000; 17: 101-6.

(21) Art. 100. § 1. wet ziv 14-07-1994

Bijlagen

Bijlage 1 a: Lijst chronische aandoeningen Knottnerus et al. (17):

Diagnose	**ICPC2**
rugsyndroom zonder uitstralende pijn	L84
verworven afwijking wervelkolom	L85
rheumatoïde artritis	L88
coxartrose	L89
gonartrose	L90
andere perifere artrose	L91
osteoporose	L95
verworven afwijkingen extremiteiten	L98
Chronische bronchitis/bronchiëctasieën	R91
Chronisch obstructieve longziekte	R95
Astma	R96
Ischemische hartziekte met angina	K74
Acuut myocardinfarct	K75
Ischemische hartziekte zonder angina	K76
Decompensatio cordis	K77
Pulmonale hartziekte	K82
Hypertensie met orgaanbeschadiging	K87
Cerebrovasculair accident (CVA)	K90
Cerebrovasculaire ziekte	K91
Atherosclerose/ziekte perif arteriën	K92
Niet insuline afhankelijke diabetes	T90
jicht	T92
Functiebeperking/handicap	P28
Dementie	P70
Andere organische psychose	P71
Schizofrenie	P72
Affectieve psychose	P73
Angststoornis/angsttoestand	P74
Somatisatiestoornis	P75
Depressieve stoornis	P76
Suïcide/suïcidepoging	P77
Fobie/dwangstoornis	P79
Persoonlijkheidsstoornis	P80
Mentale retardatie	P85
Psychose nao	P98
Psoriasis	S91
Chronisch huidulcus	S97
Retinopathie	F83

maculadegeneratie	F84
Blindheid	F94
Otosclerose	H83
Doofheid	H86
Maligniteit nao	A79
Z.van Hodgkin/non-Hodgkin lymfoom	B72
Leukemie	B73
Neoplasma oog/adnexen	F74
Maligniteit maag	D74
Maligniteit colon/rectum	D75
Maligniteit pancreas	D76
Andere maligniteit spijsvert nao	D77
Maligniteit zenuwstelsel	N74
Maligniteit bronchus/long	R84
Andere maligniteit luchtwegen	R85
Maligniteit huid	S77
Maligniteit schildklier	T71
Maligniteit blaas	U76
Andere maligniteit urinewegen	U77
Maligniteit gerelateerd aan zwangerschap	W72
Maligniteit cervix uteri	X75
Andere maligniteit geslachtsorganen man	Y78
urine incontinentie	U04
Aangeboren afwijking urinewegen	U85
Glomerulonephritis/nefrose	U88
Benigne prostaathypertrofie	Y85
Migraine	N89
Clusterhoofdpijn	N90
Trigeminusneuralgie	N92
Poliomyelitis	N70
Aangeboren afwijking zenuwstelsel	N85
Multiple sclerose	N86
Parkinsonisme	N87
epilepsie	N88

Bijlage 1b: Chronische aandoeningen die werden toegevoegd:

Diagnose	**ICPC2**
Andere maligniteit bloed/lymfestelsel	B74
Maligniteit bewegingsapparaat	L71
HIV-infectie, AIDS	B90
Chronische enteritis/colitis ulcerosa	D94
ulcus duodeni	D85

ander peptisch ulcus	D86
virus hepatitis	D72
leverziekte nao	D97
hartklepziekte nao	K83
Voorbijgaande cerebrale ischemie	K89
Rugsyndroom met uitstralende pijn	L86
Neksyndroom	L83
schoudersyndroom	L92
insuline dependente diabetes	T89
chronische bronchitis	R79

Bijlage 1c: Chronische aandoeningen die werden verwijderd:

Diagnose	**ICPC2**
Longembolie	K93
Phlebitis/thrombophlebitis	K94
Hyperthyreoïdie/thyreotoxicose	T85
Hypothyreoïdie/myxoedeem	T86
Constitutioneel eczeem	S87
Andere ziekte endocr/stofwis/voeding	T99
lipidenstoornissen	T93

Bijlage 1d: Lijst chronische aandoeningen:

Ziektegroep	**Diagnose**	**ICPC2**
Bewegingsapparaat	Neksyndroom	L83
	rugsyndroom zonder uitstralende pijn	L84
	Rugsyndroom met uitstralende pijn	L86
	verworven afwijking wervelkolom	L85
	rheumatoïde artritis	L88
	coxartrose	L89
	gonartrose	L90
	andere perifere artrose	L91
	schoudersyndroom	L92
	osteoporose	L95
	verworven afwijkingen extremiteiten	L98
Luchtwegen	Chronische bronchitis/bronchiëctasieën	R91
	Chronisch obstructieve longziekte	R95
	chronische bronchitis	R79
	Astma	R96
Cardiovasculair	Ischemische hartziekte met angina	K74

	Acuut myocardinfarct	K75
	Ischemische hartziekte zonder angina	K76
	Decompensatio cordis	K77
	Pulmonale hartziekte	K82
	hartklepziekte nao	K83
	Hypertensie met orgaanbeschadiging	K87
	Cerebrovasculair accident (CVA)	K90
	Voorbijgaande cerebrale ischemie	K89
	Cerebrovasculaire ziekte	K91
	Atherosclerose/ziekte perif arteriën	K92
Endocrien	Niet insuline afhankelijke diabetes	T90
	jicht	T92
	insuline dependente diabetes	T89
Psychische problemen	Functiebeperking/handicap	P28
	Dementie	P70
	Andere organische psychose	P71
	Schizofrenie	P72
	Affectieve psychose	P73
	Angststoornis/angsttoestand	P74
	Somatisatiestoornis	P75
	Depressieve stoornis	P76
	Suïcide/suïcidepoging	P77
	Fobie/dwangstoornis	P79
	Persoonlijkheidsstoornis	P80
	Mentale retardatie	P85
	Psychose nao	P98
Huid	Psoriasis	S91
	Chronisch huidulcus	S97
Oog	Retinopathie	F83
	maculadegeneratie	F84
	Blindheid	F94
Oor	Otosclerose	H83
	Doofheid	H86
Maligniteiten	Maligniteit nao	A79
	Z.van Hodgkin/non-Hodgkin lymfoom	B72
	Leukemie	B73
	Andere maligniteit bloed/lymfestelsel	B74
	Neoplasma oog/adnexen	F74
	Maligniteit maag	D74
	Maligniteit colon/rectum	D75
	Maligniteit pancreas	D76
	Andere maligniteit spijsvert nao	D77
	Maligniteit bewegingsapparaat	L71
	Maligniteit zenuwstelsel	N74
	Maligniteit bronchus/long	R84
	Andere maligniteit luchtwegen	R85
	Maligniteit huid	S77

	Maligniteit schildklier	T71
	Maligniteit nier	U75
	Maligniteit blaas	U76
	Andere maligniteit urinewegen	U77
	Maligniteit gerelateerd aan zwangerschap	W72
	Maligniteit cervix uteri	X75
	Maligniteit borst vrouw	X76
	Andere maligniteit geslachtsorganen vr	X77
	Maligniteit prostaat	Y77
	Andere maligniteit geslachtsorganen man	Y78
Urinewegen	Urine incontinentie	U04
	Aangeboren afwijking urinewegen	U85
	Glomerulonephritis/nefrose	U88
	Benigne prostaathypertrofie	Y85
Zenuwstelsel	Migraine	N89
	Clusterhoofdpijn	N90
	Trigeminusneuralgie	N92
	Poliomyelitis	N70
	Aangeboren afwijking zenuwstelsel	N85
	Multiple sclerose	N86
	Parkinsonisme	N87
	epilepsie	N88
Andere	HIV-infectie, AIDS	B90
Spijsvertering	Chronische enteritis/colitis ulcerosa	D94
	ulcus duodeni	D85
	ander peptisch ulcus	D86
	virus hepatitis	D72
	leverziekte nao	D97

Bijlage 2a: Deelresultaten aantal chronische ziekten 55-65 jarigen Geneeskunde voor het Volk per geslacht en per leeftijdsgroep:

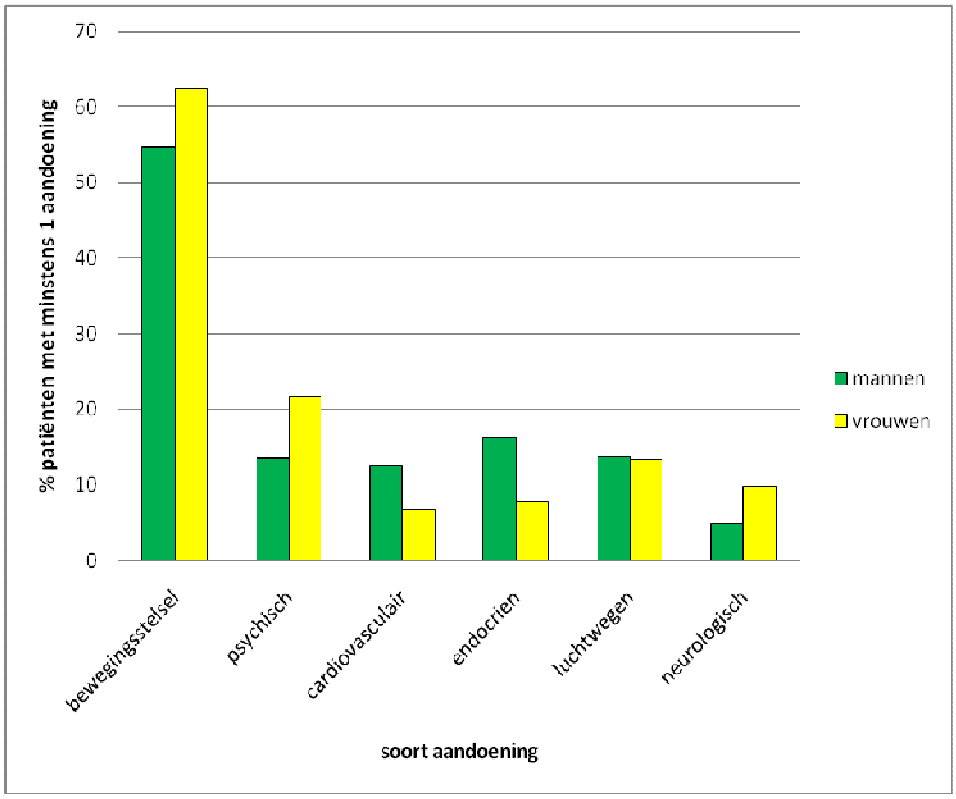
Aantal chronische ziekten	**mannen 55-60 (%)**	**Mannen 60-65 (%)**	**Vrouwen 55-60 (%)**	**Vrouwen 60-65 (%)**
0	59 (24)	63 (24)	54 (20)	48 (20)
1	72 (29)	65 (25)	62 (23)	47(20)
2	55 (22)	57 (22)	60 (22)	43 (18)
3	35 (14)	33 (13)	38 (14)	36 (15)
4	12 (5)	28 (11)	38 (14)	27 (11)
5	5 (2)	7 (3)	13 (5)	15 (6)

6	5 (2)	6 (2)	4 (1)	13 (6)
7	3 (1)	4 (2)	2 (1)	3 (1)
8	1 (0)	1 (0)	1 (0)	3 (1)
9	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Totaal	248 (24%)	264 (26%)	272 (27%)	235 (23%)

Bijlage 2b: Deelresultaten aantal chronische ziekten 55-65 jarigen Intego-database per geslacht en per leeftijdsgroep:

Aantal chronische ziekten	**mannen 55-60 (%)**	**Mannen 60-65 (%)**	**Vrouwen 55-60 (%)**	**Vrouwen 60-65 (%)**
0	813 (29)	669 (24)	793 (27)	639 (23)
1	661 (23)	624 (23)	640 (22)	572 (20)
2	571 (20)	525 (19)	490 (17)	439 (16)
3	347 (12)	356 (13)	400 (14)	391 (14)
4	201 (7)	238 (9)	255 (9)	297 (11)
5	135 (5)	157 (6)	170 (6)	207 (7)
6	65 (2)	74 (3)	95 (3)	94 (3)
7	27 (1)	55 (2)	49 (2)	69 (3)
8	10 (0)	23 (1)	23 (1)	47 (2)
9	6 (0)	13 (1)	16 (1)	31 (1)
10	7 (0)	4 (0)	4 (0)	13 (1)
11	2 (0)	1 (0)	5 (0)	5 (0)
12	1 (0)	1 (0)	1 (0)	3 (0)
13	1 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)
14	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)
16	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Totaal	2848 (25%)	2740 (24%)	2809 (25%)	2941 (26%)

Bijlage 2c: Ziektegroepen van chronische aandoeningen bij 55-65 jarigen Intego-populatie:

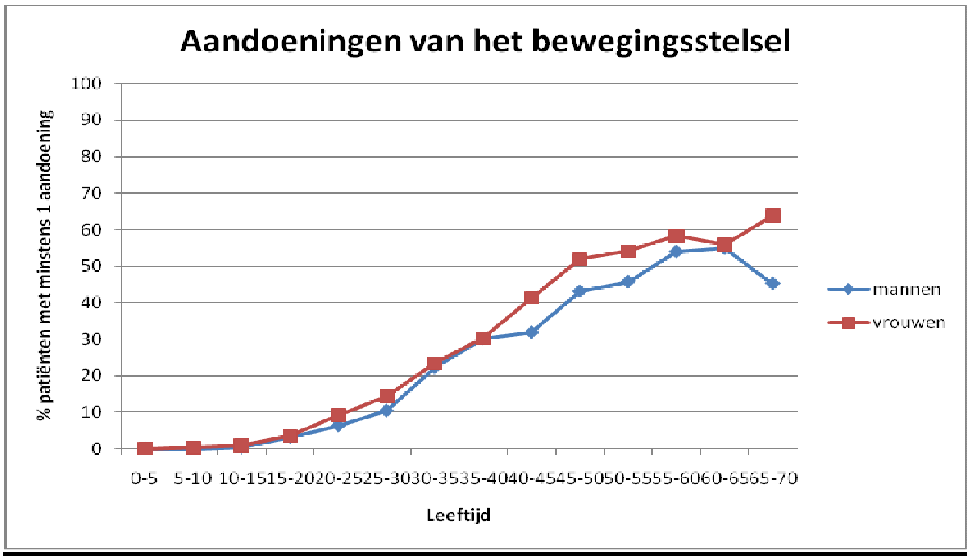


n = 11388

Bijlage 3: Soorten chronische aandoeningen 55-65 jarigen Geneeskunde voor het Volk:

Minstens 1 chronische aandoening	**Mannen** (n=512)	**Vrouwen** (n=507)
Bewegingsstelsel	278 (54)	301 (59,4)
Psychisch	68 (13,3)	123 (24,3)
Cardiovasculair	93 (18,2)	54 (10,7)
Endocrien	81 (15,8)	63 (12,5)
Ademhalingsstelsel	76 (14,8)	61 (12)
Zenuwstelsel	18 (3,5)	56 (11,1)
Maligniteit	15 (2,9)	42 (8,3)
Spijsvertering	45 (8,8)	48 (9,5)
Urinewegen	21 (4,1)	34 (6,7)
Oog	5 (1)	6 (1,2)
Oor	9 (1,8)	1 (0,2)
Huid	21 (4,1)	18 (3,6)

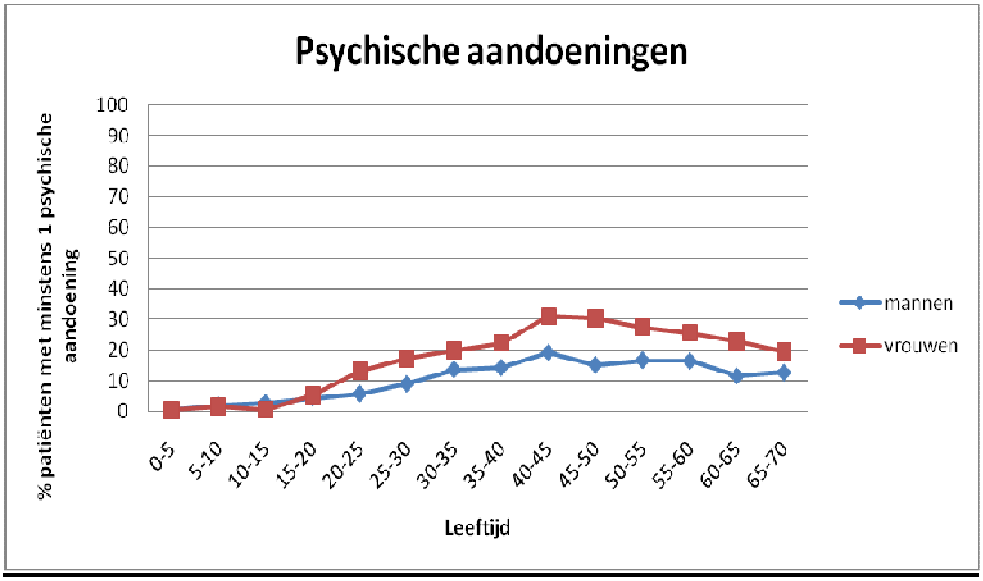
Bijlage 4a: Verband tussen leeftijd en het optreden van ziekten van het bewegingsstelsel:



n=9049

De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn statistisch significant in de volgende leeftijdsgroepen: 40-45j ($p<0,01$), 45-50 ($p<0,05$), 50-55 ($p<0,05$), 65-70 ($p<0,01$).

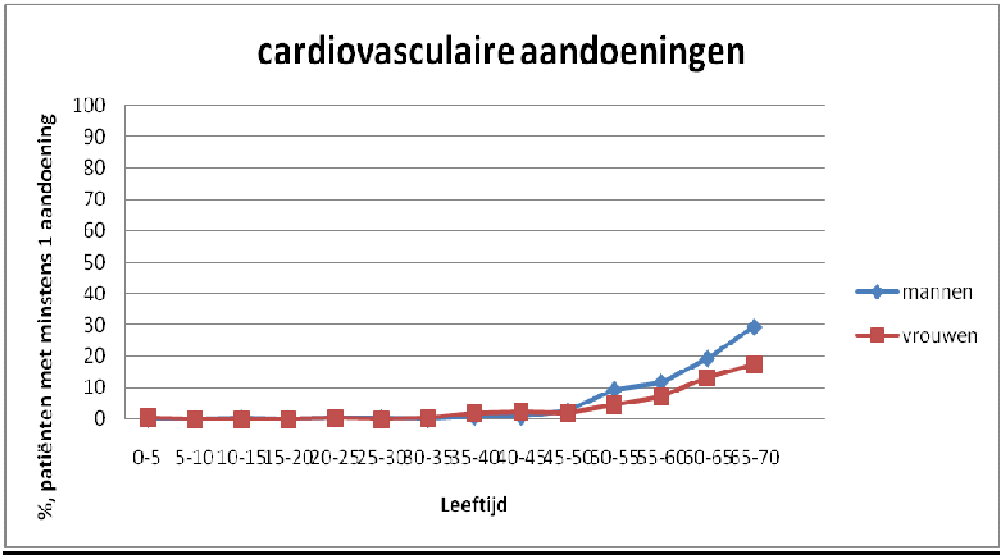
Bijlage 4b: Verband tussen leeftijd en het optreden van psychische aandoeningen:



n=9049

De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn statistisch significant in de volgende leeftijdsgroepen: 10-15j ($p<0,05$), 20-25j ($p<0,01$), 25-30j ($p<0,01$); 30-35j ($p<0,05$), 35-40j ($p<0,01$), 40-45j ($p<0,01$), 45-50j ($p<0,01$), 50-55j ($p<0,01$), 55-60j ($p<0,01$), 60-65j ($p<0,01$), 65-70j ($p<0,05$).

Bijlage 4c: Verband tussen leeftijd en het optreden van ziekten van het cardiovasculaire stelsel:



n=9049

De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn statistisch significant in de volgende leeftijdsgroepen: 50-55j ($p<0,05$), 55-60j ($p<0,05$), 60-65j ($p<0,05$), 65-70j ($p<0,01$).

Bijlage 5: Deelresultaten totaal aantal ziekten bij blue collar workers en white collar workers opgesplitst per geslacht:

Aantal chronische ziekten	**Blue collar workers (%)**		**White collar workers (%)**	
	mannen	**vrouwen**	**mannen**	**vrouwen**
0	76 (21)	44 (15)	40 (32)	40 (29)
1	94 (25)	64 (22)	38 (30)	27 (19)
2	82 (22)	65 (22)	28 (22)	21 (15)
3	60 (16)	41 (14)	7 (6)	24 (17
4	31 (8)	44 (15)	8 (6)	14 (10)
5	8 (2)	18 (6)	3 (2)	8 (6)
6	10 (3)	11 (4)	1 (1)	3 (2)
7	6 (2)	3 (1)	1 (1)	2 (1)
8	2 (1)	3 (1)	0	1 (1)
9	1 (0)	0	0	0
Totaal	370	293	126	140