



## Psychisch zieken en WAO-instroom

**Auteur(s):**

Jehoel-Gijsbers, G.J.M.  
Bruinsma, H.

*De auteurs zijn werkzaam bij Bureau Jehoel-Gijsbers, Tilburg, respectievelijk Uitvoeringsorgaan Werknemersverzekeringen (UWV), Amsterdam.  
Met dank aan Petra Molenaar-Cox (AS/tri).*

**Verschenen in:**

ESB, 87e jaargang, nr. 4344, pagina 76, 25 januari 2002

**Rubriek:**

Monitor

**Trefwoord(en):**

arbeidsmarkt

*De scheidlijn tussen psychische en andere arbeidsongeschikten kan niet scherp worden getrokken. Is een specifieke aanpak van psychische arbeidsongeschiktheid wenselijk?*

**In de algemene opinie bestaat het beeld dat arbeidsongeschiktheid wegens psychische klachten een belangrijke oorzaak is van het WAO-probleem. Niet voor niets is de Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid (onder voorzitterschap van Donner) in het leven geroepen. Deze commissie moet specifiek kijken naar oplossingen voor deze groep. Een van de intenties van het recente SER-voorstel over de WAO is dat veel minder psychisch zieken een WAO-uitkering gaan ontvangen <sup>1</sup>. Daarmee is het probleem van de psychische arbeidsongeschiktheid echter nog niet opgelost.**

Voor een adequate oplossing is een eerste voorwaarde dat politiek en beleid zich niet laten leiden door beeldvorming, maar zoveel mogelijk door feiten. In dit artikel wordt een aantal feiten op een rij gezet. Deze zijn vooral gebaseerd op Lisv-statistieken en op de zogenaamde 'epidemiologie-onderzoeken' <sup>2</sup> die het Lisv (nu UWV) sinds een groot aantal jaren laat verrichten <sup>3</sup>. Het betreft onderzoeken onder 'twaalf-maandszieken', die een half jaar na afloop van het eerste ziektejaar worden ondervraagd <sup>4</sup>.

De feiten zetten we af tegen de vaak gehoorde opvattingen:

- » in het afgelopen decennium is psychische arbeidsongeschiktheid flink toegenomen;
- » de belangrijkste oorzaak voor psychische arbeidsongeschiktheid ligt in de werksituatie, met name in arbeidsconflicten;
- » psychisch zieke werknemers worden vooral met rust gelaten door de bedrijfsarts, ontvangen minder begeleiding en minder behandeling dan andere zieke werknemers.

Eerst kijken we naar de diagnosestelling 'psychisch arbeidsongeschikt' zoals die bij de WAO-beoordeling wordt gehanteerd.

### Diagnosestelling

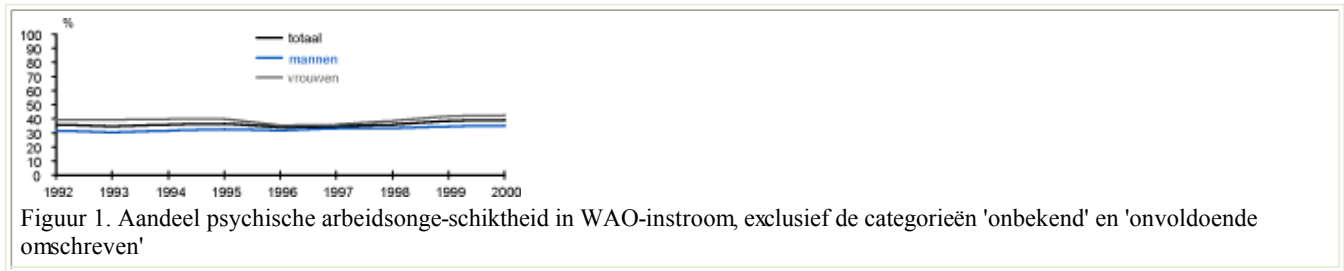
De 'harde' psychiatrische diagnoses, zoals psychosen, neurosen, persoonlijkheidsstoornissen en mentale retardaties, vormen maar een zeer klein deel van de groep psychisch arbeidsongeschikten. Het overgrote deel met het etiket 'psychisch ziek' betreft klachten als stress, overspanning en depressiviteit (tachtig tot negentig procent).

De indeling in de groep 'psychisch zieken' vindt plaats bij de WAO-beoordeling, wanneer de werknemer bijna een jaar ziek is, en vormt dus een momentopname in het proces. De diagnosestelling bij psychische klachten wordt door verzekeringsartsen als relatief moeilijk ervaren <sup>5</sup>. In de praktijk worden klachten die niet goed te duiden zijn regelmatig als 'psy-chisch' gecategoriseerd. De diagnose-indeling wordt ook beïnvloed door de systematiek van de wet. Bij de WAO-claimbeoordeling wordt in eerste instantie vastgesteld of de werknemer gegeven zijn klachten zijn eigen werk nog kan doen. Daardoor zal een bouwvakker eerder met de diagnose rugklachten dan met psychische klachten in de WAO komen, bij een leerkracht ligt dat andersom.

Uit onderzoek blijkt dat psychisch zieken vaak ook somatische klachten hebben en dat bij cliënten met een somatische diagnose vrij frequent psychische klachten voorkomen <sup>6</sup>. Soms ontstaan psychische klachten pas in de loop van het eerste ziektejaar als gevolg van somatische klachten of vanwege problemen met terugkeer naar de werkplek. De grenzen tussen psychische en lichamelijke arbeidsongeschiktheid zijn dus tot op zekere hoogte arbitrair, hetgeen betekent dat de omvang van de diagnose-categorie 'psychisch ziek' kan fluctueren en beïnvloedbaar is. De overlap in klachten en de wisselwerking daartussen roept de vraag op of men psychische arbeidsongeschiktheid als een probleem moet zien waarvoor een gerichte, specifieke aanpak is gewenst, of als een uiting van het WAO-probleem in zijn algemeenheid waarvoor in eerste instantie generieke maatregelen dienen te worden genomen.

## Toename?

De bewering dat psychische klachten een steeds belangrijker oorzaak zijn geworden van de WAO-instroom, wordt reeds een groot aantal jaren gehoord. Toch blijkt deze bewering niet erg houdbaar te zijn als men naar de cijfers kijkt (zie [figuur 1](#)). Het aandeel psychisch arbeidsongeschikten in de WAO-instroom schommelde in de periode 1992-1998 rond 35 procent, met uitzondering van de jaren 1996 en 1997 toen dit aandeel wat lager was, mogelijk vanwege een slechtere registratie in die jaren<sup>7</sup>. Pas vanaf 1999 valt er een lichte stijging te constateren in het aandeel psychisch zieken in de WAO-instroom<sup>8</sup>. In alle jaren ligt het aandeel bij vrouwen wat hoger dan bij mannen.



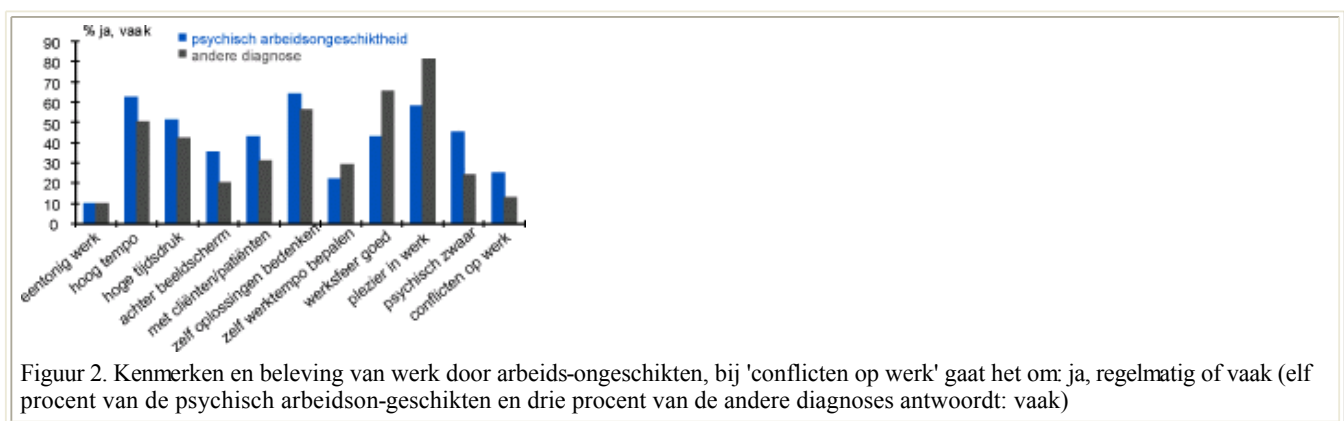
Bij vergelijking met een aantal andere Europese landen, blijkt dat er wel een groot verschil is in de *absolute* omvang van het WAO-probleem, maar dat het *aandeel* psychische arbeidsongeschikten in die landen vrijwel even groot is als in Nederland<sup>9</sup>. Dat betekent dat de hogere WAO-instroomcijfers in Nederland niet veroorzaakt worden door een *relatief* hoge instroom van psychisch zieken. Met andere woorden: de ontwikkeling in omvang van de WAO-instroom blijkt niet duidelijk diagnosegebonden.

## Werk als oorzaak

Voor de veronderstelling dat het werk vaak een oorzaak is van psychische arbeidsongeschiktheid kan in het epidemiologie-onderzoek zeker ondersteuning worden gevonden. Tweederde (66 procent) van de psychisch arbeidsongeschikten geeft aan dat het werk hoofdzakelijk of deels de oorzaak van hun ziekte is, terwijl dit bij de andere diagnosegroepen iets minder dan de helft bedraagt (47 procent). Een nuancering is hier echter op zijn plaats. Het verschil wordt namelijk vooral veroorzaakt door het grotere aandeel psychisch arbeidsongeschikten dat het werk als een *gedeeltelijke* oorzaak ziet (43 procent versus 27 procent). Met andere woorden: bij hen speelt relatief vaak een combinatie van werk en andere factoren een rol. Het werk als *hoofdoorzaak* van de klachten komt bij psychisch arbeidsongeschikten ongeveer even vaak voor als bij de andere diagnosegroepen: 23 procent versus twintig procent.

Het onderzoek geeft ook informatie over welke kenmerken van het werk of werkomstandigheden de psychische klachten mogelijk hebben veroorzaakt. Het blijkt dat er geen enkele samenhang wordt gevonden tussen de diagnose en werkkenmerken als het type arbeidscontract, het aantal uren dat men werkt, de grootte van het bedrijf of het aantal dienstjaren.

Uit [figuur 2](#) blijkt dat de aard van het werk er daarentegen wel toe doet. Werknemers met psychische klachten hadden wat vaker werk waarin zij moesten werken in een hoog tempo, onder hoge tijdsdruk, waarin zij niet zelf het tempo konden regelen, waarin zij achter een beeldscherm of met patiënten dan wel cliënten werkten. De verschillen met de andere diagnosegroepen wat betreft deze kenmerken van het werk zijn echter beperkt. Het verschil in subjectieve beleving van het werk is groter: 45 procent van de psychisch arbeidsongeschikten tegenover 24 procent bij de andere diagnoses gaf aan het werk regelmatig psychisch zwaar te vinden. Daarnaast kan een oorzaak worden gevonden in de relationele sfeer op het werk: psy-



chisch arbeidsongeschikten hadden vaker conflicten met hun leidinggevende of collegae (25 versus 13 procent) en zij vonden de sfeer op het werk minder vaak goed dan de andere diagnosegroepen (43 versus 65 procent).

## Stressfactoren

Hoewel er verschillen zijn tussen de diagnosegroepen, dient men er voor te waken om 'stressfactoren' in het werk (zoals werktempo, tijdsdruk) als een hoofdoorzaak van psychische arbeidsongeschiktheid te zien. Daarvoor zijn de verschillen tussen psychisch arbeidsongeschikten en andere diagnoses te gering. Ook dient men er voor te waken om psychische klachten al te uitdrukkelijk toe te schrijven aan arbeidsconflicten. Daarvoor is de mate waarin conflicten regelmatig of vaak voorkomen te gering en is het verschil met de andere diagnosegroepen te klein. Ongeveer eenderde deel (35 procent) van de psychisch zieken had *nooit* conflicten gehad op het werk, noch met leidinggevende, noch met collegae; bij de andere diagnoses was dit circa de helft (54 procent). Bovendien zoekt slechts een derde deel van de psychisch arbeidsongeschikten die regelmatig of vaak conflicten hadden de hoofdoorzaak van hun klachten in de

werksituatie. Dit betreft acht procent van de totale groep psychisch zieken. Tevens wordt van alle twaalf-maandszieken met veel conflicten ruim de helft (57 procent) in een andere, dus niet-psychische, diagnosegroep ingedeeld.

### Begeleiding

Regelmatig kan men de opvatting horen of lezen dat werknemers met psychische klachten vooral met rust worden gelaten en dat zij weinig (of minstens te laat) begeleiding en therapie ontvangen. Dit wordt als een belangrijke oorzaak van onnodige WAO-instroom gezien. De gegevens uit het epidemiologie-onderzoek geven echter geen duidelijke bevestiging van dit beeld. De verzuimbegeleiding door de bedrijfsarts blijkt voor psychisch zieken zelfs wat intensiever dan voor de andere diagnosegroepen <sup>10</sup>. Er is tenminste iets vaker contact: 68 procent heeft tijdens het eerste ziektejaar minstens zes bezoeken aan de bedrijfsarts gebracht (gemiddeld negen keer), bij de anderen is dat 55 procent (gemiddeld 7,7 keer). Bovendien geven de psychisch zieken die inmiddels weer aan het werk zijn, in de enquête iets vaker aan dat de bedrijfsarts van grote invloed is geweest voor hun werkherhaling (33 versus 24 procent). Verder blijkt een iets groter deel van de psychisch zieken in een reïntegratietraject te zijn opgenomen dan van de andere diagnosegroepen (21 versus 17 procent). Uiteraard geven deze bevindingen geen uitsluitsel over de vraag of er - gegeven de situatie - niet *meer* en niet *eerder* iets had kunnen gebeuren aan begeleiding en of de begeleiding wel adequaat is geweest. Het oordeel van de psychisch arbeidsongeschikten zelf over de inzet van de bedrijfsarts is evenwel gelijk aan dat van de andere diagnosegroepen: vier op de vijf vinden dat de bedrijfsarts voldoende voor hen heeft gedaan.

### Medische behandeling

Voor wat betreft de behandeling door de curatieve sector kan evenmin worden geconstateerd dat psychisch arbeidsongeschikten achterblijven bij de andere diagnosegroepen (zie [tabel 1](#)). Vrijwel iedereen (98 procent), ongeacht de diagnosegroep, is in de periode na ziekmelding behandeld. Wanneer we behandeling door de huisarts buiten beschouwing laten, gaat het nog steeds om vrijwel iedereen. Bijna driekwart van de psychisch arbeidsongeschikten heeft na ziekmelding een specifiek op de psyche gerichte behandeling gehad (psycholoog, Riagg, psychiater) en bijna de helft wordt - anderhalf jaar na ziekmelding - nog steeds behandeld.

**Tabel 1. Zorgconsumptie door twaalf-maandszieken van augustus 1999, in periode van ziekmelding tot anderhalf jaar later, tussen haakjes: percentage dat anderhalf jaar na ziekmelding nog steeds onder behandeling is**

behandeld door:	psychische klachten (n=779) % ja	andere diagnose (n=1881) % ja
1. huisarts	81 (42)	78 (33)
2. psycholoog, Riagg, psychiater	72 (46)	18 (10)
3. specialist	40 (23)	79 (48)
4. fysiotherapeut	37 (15)	62 (24)
één van 1 t/m 4	98	98
één van 2 t/m 4	92	94
ziekenhuisopname	25	51

Voor de andere diagnosegroepen vinden we vergelijkbare percentages voor de behandeling door een specialist. Uit [tabel 1](#) blijkt ook dat de aard van de behandeling wel in grote mate, maar niet erg strikt samenhangt met de aard van de ziekte. Zo heeft 18 procent van de groep met een andere diagnose contacten met een psycholoog en dergelijke gehad en maken psychisch arbeidsongeschikten in ruime mate gebruik van de fysiotherapeut. Een kwart van hen is in het eerste anderhalf jaar na ziekmelding opgenomen geweest in een ziekenhuis of andere intramurale instelling. Bij de andere diagnosegroepen is dat de helft.

Helaas is er geen informatie beschikbaar over het moment waarop de behandeling is gestart of waarop men is opgenomen, evenmin over de duur en de effectiviteit van de behandeling. Mogelijk dat bij psychisch arbeidsongeschikten eerst enige tijd wordt afgewacht voordat tot behandeling wordt overgegaan of dat wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg langer zijn dan voor andere behandelingen.

### Discussie

In dit artikel is een aantal bevindingen gepresenteerd die de drie veronderstellingen uit de inleiding niet ondersteunen:

- » in het afgelopen decennium valt er geen duidelijke toename te constateren in het aandeel psychisch arbeidsongeschikten in de WAO-instroom;
- » psychische arbeidsongeschiktheid blijkt niet zo sterk verbonden met arbeidsconflicten als vaak wordt gedacht;
- » psychisch arbeidsongeschikten krijgen niet minder begeleiding tijdens het eerste ziektejaar en er is geen verschil in de mate waarin men een (klachterspecifieke) medische behandeling heeft (gehad).

Deze resultaten roepen de vraag op of een specifieke aanpak van psychische arbeidsongeschiktheid wel wenselijk is. Twijfel hieraan wordt gevoerd door de geconstateerde 'verwevenheid' tussen de diagnoses. Niet alleen bij de diagnosestelling, maar ook bij de oorzaken van arbeidsongeschiktheid, bij verzuimbegeleiding en medische behandeling blijkt dat de scheidslijn tussen psychische en andere arbeidsongeschikten niet erg scherp getrokken kan worden. De bevindingen geven aan dat bij de aanpak van psychische arbeidsongeschiktheid de oorzaken buiten het werk zeker niet moeten worden vergeten en dat bij de andere diagnosegroepen ook aandacht zou moeten zijn voor de psychische aspecten van het werk. Toch zijn er ook redenen te noemen die pleiten voor een specifieke

aanpak van psychisch zieken. Zo blijkt bijvoorbeeld dat zij vaker dan andere diagnosecategorieën volledig arbeidsongeschikt worden verklaard, maar dat zij tegelijkertijd, anderhalf jaar na ziekmelding, vaker dan andere zieken van mening zijn dat zij zouden kunnen werken. Bovendien blijkt dat psychische klachten vaker bij specifieke groepen voorkomen (jong, hoog opgeleid, vrouw, ambtenaar) en in specifieke werksituaties. Dat geeft zeker aanknopingspunten voor een specifieke aanpak in reïntegratie. Daarbij dient ons inziens wel te worden gewaakt voor een al te scherp onderscheid tussen psychische en andere arbeidsongeschikten. Belangrijk is dat de aanpak mede gebaseerd is op een algemene analyse van het arbeidsongeschiktheidsvraagstuk, ook bij een 'nieuwe WAO'

---

**1** Verondersteld wordt dat psychisch zieken niet snel zullen voldoen aan de nieuwe toelatingseis dat men minimaal vijf jaar volledig arbeidsongeschikt blijft.

**2** Zie onder andere P.G.M. Molenaar-Cox en A.M. van der Giezen, *Langdurige arbeidsongeschiktheid in 1999*, Lisv, Amsterdam, 2000.

**3** Het Lisv is per 1 januari 2002 opgegaan in het 'Uitvoeringsorgaan Werknemersverzekeringen'.

**4** Twaalf-maandszieken zijn werknemers die de grens van het eerste ziektejaar overschrijden.

**5** C.G.L. van Deursen, *Claimbehandeling WAO*, Lisv, Amsterdam, 2000.

**6** P.G.M. Molenaar-Cox en A.M. van der Giezen, *op. cit.*, blz. 91.

**7** In die jaren was het percentage 'onbekend' of 'onvoldoende omschreven' relatief groot (respectievelijk 25 en 21 procent). Psychisch zieken komen mogelijk relatief vaak in deze categorieën terecht.

**8** De voorlopige cijfers van 2001 laten dezelfde trend zien.

**9** T.J. Veerman en anderen, *Psychische klachten en de WAO*, Lisv, Amsterdam, 1998.

**10** P.G.M. Molenaar-Cox en A.M. van der Giezen, *op. cit.*, blz. 122 en verder.