



Opdrachtgever

SZW



Ministerie van Sociale Zaken en
Werkgelegenheid

Opdrachtnemer

Panteia, Research voor Beleid / L. de
Ruijg, M. van Oploo, M. Hollander

Onderzoek

*Hoe meer soms minder kan zijn : quick
scan van ongewenste effecten van zorg
op arbeidsparticipatie*

Einddatum – 3 november 2012

Categorie

Interventies/re-integratie-interventies

Hoe meer soms minder kan zijn : quick scan van ongewenste effecten van zorg

Conclusie

Verslag van een inventariserend onderzoek naar de onbedoelde en ongewenste effecten van zorg en hulp op arbeidsdeelname en gebruik van sociale zekerheid (met name Wajong). Achtergrond is de decennialange groei van de zorgvraag, waarbij niet alleen de behoefte aan gezondheidszorg (cure) toenam, maar ook de vraag naar jeugdzorg, speciaal onderwijs en het gebruik van rugzakjes (care). De onbedoelde en ongewenste effecten van zorg en medicalisering hebben vooral betrekking op klachten die niet evident biologisch van aard zijn en een zekere sociaal-culturele component bevatten. Vaak gaat het dan om klachten die pas sinds kort gediagnosticeerd kunnen worden of klachten waarvan de diagnose niet onomstreden is. In het rapport ligt de nadruk op psychische klachten zoals ADHD, autisme, depressie, posttraumatische stressstoornis (PSS), burn-out, borderline, en in mindere mate om relatief moeilijk te diagnosticeren fysieke klachten, zoals lage rugklachten en rsi/musculoskeletal disorders. Om een indruk te krijgen van omvang en aard van de problematiek worden eerst cijfers geanalyseerd over de relatie tussen ziekte, gezondheid, verzuim, arbeidsongeschiktheid en werk. Daarna wordt ingegaan op de negatieve effecten van diagnoses en de relatie met arbeidsparticipatie. Vervolgens wordt gekeken naar de negatieve effecten van bepaalde behandelingen op arbeidsparticipatie. Tot slot worden oplossingsrichtingen gepresenteerd om de onbedoelde en ongewenste effecten van zorg op arbeid te ondervangen.

Link naar bestand

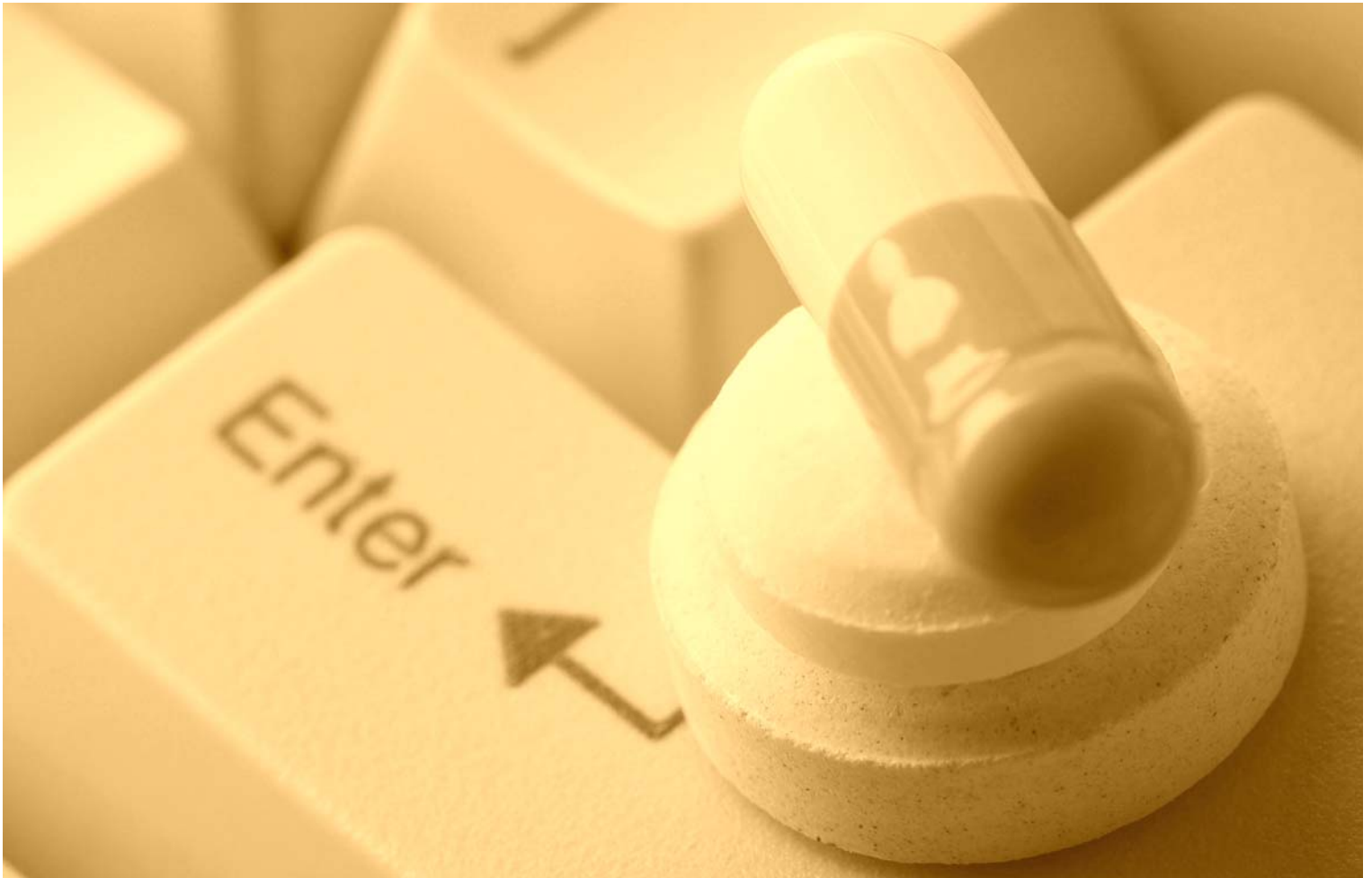
<http://www.onderzoekwerkeninkomen.nl/rapporten/y1713jvc>



Panteia

Research to Progress

Research voor Beleid | EIM | NEA | IOO | Stratus | IPM



Hoe meer soms minder kan zijn

Quick scan van ongewenste effecten van zorg op arbeidsparticipatie

Eindrapport

Een onderzoek in opdracht van het ministerie van Sociale zaken
en Werkgelegenheid

Lennart de Ruig, Marcia van Oploo en Marieke Hollander

Projectnummer: BA4057

Zoetermeer, 3 november 2012

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Panteia. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Panteia. Panteia aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.



Inhoudsopgave

1	Inleiding	11
1.1	Achtergrond: onbedoelde en ongewenste effecten van zorg	11
1.2	Probleemstelling	12
1.3	Opzet van het onderzoek	13
1.4	Leeswijzer	14
2	Gezondheid en arbeid in cijfers	15
2.1	Highlights uit dit hoofdstuk	15
2.2	Gezondheid van de bevolking	16
2.3	Verzuim en gezondheid van werknemers	19
2.4	Instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen	25
2.5	Arbeidsongeschikten en werk	28
3	Meer diagnoses: achtergronden en effecten	31
3.1	Highlights uit dit hoofdstuk	31
3.2	Veranderende maatschappij	32
3.3	Meer bekendheid van stoornissen	32
3.4	Vage en ruime diagnosecriteria	33
3.5	Aantrekkelijkheid van een diagnose	33
3.6	Het effect van stigmatisering	34
3.7	Het effect van zelfstigma en invaliderende werking	35
3.8	Glijbaaneffect	36
4	Interventies in relatie tot arbeidsparticipatie	37
4.1	Highlights uit dit hoofdstuk	37
4.2	Inadequaat gekozen interventie	37
4.3	Klachtgerichte focus van de interventie	40
4.4	Ontbreken van integrale benadering: systeemfalen	43
5	Slotbeschouwing en oplossingen	47
5.1	Slotbeschouwing	47
5.2	Oplossingsrichting: aanpassen systeemprikkels	48
5.3	Oplossingsrichting: stimuleren arbeidsparticipatie	49
	Bijlage 1 Deelnemers groepsdiscussie en geïnterviewden	53
	Bijlage 2 Literatuur	55



Samenvatting

Achtergrond van dit rapport

Dit rapport doet verslag van een inventariserend onderzoek naar de onbedoelde en ongewenste effecten van zorg en hulp op deelname aan arbeid en gebruik van sociale zekerheid. Het onderzoek vond plaats in opdracht van het ministerie van SZW in samenwerking met het ministerie van VWS en van OCW. Achtergrond van het onderzoek is de decennialange groei van de zorgvraag, waarbij niet alleen de behoefte aan gezondheidszorg (*cure*) toenam, maar ook de vraag naar jeugdzorg, speciaal onderwijs en het gebruik van rugzakjes (*care*). Deze groei heeft verschillende oorzaken. Eén van die oorzaken is ‘medicalisering’.¹

Het begrip medicalisering roept vanwege de negatieve connotatie meestal veel discussie op. Medicalisering is in essentie echter een neutrale term. Het begrip verwijst naar de neiging om menselijke omstandigheden en problemen in medische termen te definiëren, met medische begrippen te verklaren en met behulp van medische interventies te behandelen, waardoor deze problemen tot het domein van professionals in de zorg gaan behoren. Een van de consequenties is dat de zorg nieuwe aandoeningen identificeert, of door nauwkeurigere diagnosemethoden een grotere doelgroep onderscheidt. Dat kan leiden tot meer zorgconsumptie en dus stijgende zorguitgaven. Een ander ongewenst effect is dat meer zorg niet altijd betere zorg is en niet altijd leidt tot een grotere participatie in werk en maatschappij.

Om discussie over de term medicalisering te vermijden en omdat het fenomeen dat wij willen beschrijven breder is dan alleen de curatieve medische sector, willen wij in deze rapportage een andere term gebruiken. Die term moet aangeven dat het gaat over de effecten van dat proces op arbeidsparticipatie. We gebruiken daarom zoveel mogelijk de term: ‘onbedoelde en ongewenste effecten van zorg en hulp op arbeid’.

Voor het onderzoek zijn de volgende twee hoofdvragen geformuleerd:

1. Wat is er in de literatuur bekend over de onbedoelde en ongewenste effecten van zorg en hulp op arbeidsparticipatie en gebruik van sociale zekerheid?
2. Wat zijn oplossingsrichtingen? Hoe zijn de onbedoelde en ongewenste effecten op arbeidsparticipatie en gebruik van sociale zekerheid te voorkomen of beperken?

Het onderzoek had het karakter van een *quick scan*. De kern bestond uit literatuuronderzoek, aangevuld met telefonische interviews en een groepsdiscussie met experts. Er is binnen de beschikbare onderzoekstijd en het beschikbare onderzoeksbudget zoveel mogelijk relevante informatie gezocht over de onbedoelde en ongewenste effecten van zorg en hulp op arbeidsparticipatie en gebruik van sociale zekerheid. Een uitputtend beeld geeft dit rapport niet.

¹ Andere oorzaken zijn ondermeer sociaal-demografisch van aard (vergrijzing), medisch-technologisch en budgettair (vergoedingen zetten zorgaanbieders tot extra productie aan).

Gezondheid en arbeid in cijfers

Op basis van cijfermateriaal over de relatie tussen gezondheid en arbeid zijn de volgende conclusies te trekken:

- Er zijn geen tekenen dat de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking de afgelopen jaren is verslechterd. De psychische gezondheid lijkt zelfs enigszins verbeterd. Ook de algemene ervaren gezondheid van de Nederlandse bevolking is de afgelopen jaren niet verslechterd. Wel stijgt het aantal psychische diagnoses bij jongeren van 0-15 jaar gesteld door de huisarts. Ook het aantal gebruikers van psychostimulantia-middelen voor ADHD en nootropica (concentratieverbeterende middelen) is sterk gestegen in de afgelopen jaren.
- Er zijn ook geen tekenen dat de algemene gezondheid van werknemers de afgelopen jaren is verslechterd. Ook hier lijkt sprake van een licht positieve tendens van minder verzuim en een iets beter ervaren algemene gezondheid. De gezondheidsproblematiek van werknemers concentreert zich vooral bij de psychische klachten, zoals depressie en burn-out. Werknemers met psychische klachten verzuimen langer dan werknemers zonder psychische klachten en het herstel laat langer op zich wachten. Psychische klachten vormen dus een belangrijke belemmering voor het functioneren op het werk.
- Over een langere tijd gekeken neemt het aantal lopende arbeidsongeschiktheidsuitkeringen af. Het beroep op de WIA neemt de afgelopen jaren echter relatief sterk toe. Dat komt ondermeer doordat de aandoeningen van WIA-aanvragers verschuiven richting ernstiger problematiek en meer co-morbiditeit en doordat verzekeringsartsen vaker beperkingen toekennen in de functionele mogelijkheden van aanvragers met co-morbiditeit. Co-morbiditeit komt veel voor bij aandoeningen aan het bewegingsapparaat, stemmingsstoornissen (zoals depressie), spanningsklachten, reacties op ernstige stress, angststoornissen en problemen met het ademhalingsstelsel.
- Het beroep op de Wajong is in de afgelopen jaren sterk gestegen. Bij de meeste Wajongers is er sprake van een 'ontwikkelingsstoornis', zoals een verstandelijke beperking, autisme of ADHD. In tegenstelling tot de verwachting hebben autisme en ADHD niet het grootste aandeel in de groei. Er is vooral een stijging te zien van het aandeel jongeren met een verstandelijke beperking.
- Van degenen met een WIA-uitkering heeft 21% ultimo 2009 werk. Een groot deel van de niet-werkenden in de WIA van mening is dat zij gezien hun gezondheidsproblemen niet kunnen werken. Het aandeel arbeidsongeschikten dat herstelt van een psychische aandoening is klein. Volgens UWV is er tot nu toe geen 'beproeft, succesvolle re-integratieaanpak' voor de groep psychisch arbeidsongeschikten in de WIA.
- Van de Wajongers werkt ongeveer een kwart. Arbeidsparticipatie van Wajongers leidt echter niet snel tot uitstroom uit de uitkering. Wajongers met een ontwikkelingsstoornis werken naar verhouding het meest (30%) en Wajongers met een psychisch ziektebeeld het minst (13%).

Meer diagnoses: achtergronden en effecten

Steeds meer individuen - met name kinderen - krijgen een diagnose en daarmee toegang tot een voorziening. Experts zijn het er in het algemeen over eens dat dit niet komt doordat klachten daadwerkelijk toenemen, iets wat de cijfers uit de voorgaande paragraaf ook laten zien. De vraag is welke achtergronden dit heeft en welke negatieve effecten op arbeidspar-

ticipatie. De achtergronden van de toename van diagnoses zijn onder te verdelen in factoren die te maken hebben met:

- Veranderende maatschappij. Er worden hogere eisen gesteld aan scholieren en werknemers, en daarnaast maakt medische vooruitgang een verfijndere diagnostisering mogelijk met meer behandel mogelijkheden.
- Meer bekendheid van de diagnoses/stoornissen. Medische informatie komt via televisieprogramma's, medische websites en populaire tijdschriften vaker en gemakkelijker beschikbaar in de maatschappij, met grotere bekendheid en aanzuigende werking tot gevolg.
- Ruime en vage diagnosecriteria. De diagnosecriteria maken vaststelling van lichte problematiek mogelijk, met een toename van diagnoses tot gevolg.
- De aantrekkelijkheid van een diagnose. Voor zowel professionals als personen en/of diens ouders spelen er diverse prikkels die een diagnosestelling motiveren.

Een diagnose is niet alleen maar positief. Er zijn diverse negatieve effecten bekend die het hebben van een diagnose met zich meebrengt:

- Stigmatisering. Een diagnose kan leiden tot stereotypering, waardoor mensen door anderen worden benadeeld enkel op basis van hun label.
- Zelfstigma en invaliderende werking. Een diagnose kan maken dat iemand zelf lagere verwachtingen heeft over zijn capaciteiten.
- Glijbaanefect. Er zijn aanwijzingen dat er een diagnose kan leiden tot een glijbaanefect: de ene voorziening geeft als het ware toegang tot de andere.

Interventie in relatie tot arbeidsparticipatie

Het medische circuit stopt zelden bij het stellen van een diagnose, vaak begint het dan pas. Elke diagnose kent verschillende behandelrichtingen, meestal met oplossend maar vaak ook verlichtend resultaat als doelstelling. Onbedoelde en ongewenste effecten kunnen ook in de interventiefase optreden, namelijk als:

- De interventie zich niet richt op de feitelijke problemen, zoals een onderbelichting van sociale problematiek;
- Behandeling te lang uitblijft door wachtlijsten;
- Niet de juiste behandelaar wordt ingezet, dat wil zeggen geen specialistische zorg wordt geboden of juist te specialistische zorg;
- Niet de juiste interventie wordt ingezet, bijvoorbeeld alleen medicatie als ook therapie gewenst is;
- Onnodige risico's van een behandeling, waardoor iemand feitelijk langer uit de roulatie kan geraken. Het gaat hierbij zowel om klinische gevolgen (dwz. fysiek of psychisch letsel) als sociale gevolgen (bijv. pijnontwijkend gedrag).
- De focus op de klachten ligt in plaats van mogelijkheden. Hierbij gaat het met name om een onderbelichting van de arbeidsmogelijkheden, waardoor (re-)integratie strandt.
- Slechte samenwerking tussen verschillende betrokken partijen, waardoor een integrale aanpak van de problemen uitblijft.

Let wel: het is niet gezegd dat deze neveneffecten altijd optreden, het zijn mogelijke negatieve gevolgen die kunnen voortkomen uit zorg en hulp. Het uitblijven van een tijdige, adequate en effectieve interventie van de feitelijke problemen maakt dat mensen weinig of geen ondersteuning ontvangen om hun beperking te overwinnen. Individuen kunnen wen-

nen aan hun situatie, en raken gedemoraliseerd en worden passief. Dit noemt men ook wel de invaliderende werking van het systeem.

Slotbeschouwing en oplossingsrichtingen

De kern van het probleem is dat de voordelen van zorg en hulp voor de direct betrokkenen evident zijn (behandeling van de klacht, erkenning voor de patiënt, professionele en financiële belangen van de zorg- en onderwijssector) en de nadelen betrekkelijk onzichtbaar zijn en zich bovendien op lange termijn en macroniveau voordoen (stijgende zorgkosten, een remmende werking op de arbeidsparticipatie, et cetera). Het onderliggende probleem is volgens velen de verkokering van beleid en uitvoering in zorg, onderwijs en sociale zekerheid, waardoor belangen, prikkels en doelstellingen (gezondheid, educatie, arbeidsparticipatie) uiteenlopen.

In de afgelopen jaren zijn verscheidene initiatieven genomen om enerzijds de arbeidsparticipatie van mensen met beperkingen te vergroten en anderzijds de onbedoelde en ongewenste effecten van zorg en hulp op arbeidsparticipatie te verminderen. In de sociale zekerheid hebben stelselwijzigingen en een actievere aanpak van verzuim geleid tot minder instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen en minder verzuim. In het onderwijs is er meer oog voor arbeidsparticipatie van jongeren met een beperking, zoals ondermeer het wetsvoorstel kwaliteit (voortgezet) speciaal onderwijs laat zien. Het onderzoeksprogramma 'Participatie en Gezondheid' van de ministeries van SZW en VWS stimuleert onderzoekers en bedrijven om gezamenlijk te investeren in de duurzame inzetbaarheid van werknemers.

Tijdens de discussiebijeenkomst over de onbedoelde en ongewenste effecten van zorg en hulp op arbeidsparticipatie die in het kader van het onderzoek is gehouden, werd geconcludeerd dat bestaande initiatieven de 'achterliggende oorzaken' van de onbedoelde en ongewenste effecten nog onvoldoende adresseren. Het ligt dan ook voor de hand om oplossingsrichtingen te zoeken in de richting van systeemfalen en het veranderen van systeemprikkels. Naast dit soort meer fundamentele wijzigingen is het ook mogelijk bestaande initiatieven te versterken zonder systeemprikkels aan te pakken. De oplossingsrichtingen presenteren wij langs deze twee lijnen, die we noemen 'aanpassen systeemprikkels' en 'stimuleren arbeidsparticipatie'.

Systeemprikkels

Systeemprikkels zijn te wijzigen door bijvoorbeeld:

- De factor arbeid te incorporeren in DBC's of DOT's. Dat zou bijvoorbeeld kunnen betekenen dat GGZ-instellingen de terugkeer van patiënten naar werk feitelijk in het behandelplan moeten opnemen.
- Te werken aan integrale bekostiging van multidisciplinaire zorg voor aandoeningen die arbeidsbeperkend zijn, naar analogie van de in 2010 ingevoerde integrale bekostiging voor chronische aandoeningen.
- De prikkels, doelstellingen en belangen voor werkgevers en verzuim- en zorgverzekeraars om (psychische) aandoeningen te voorkomen en genezen meer op één lijn te brengen, zodat arbeidsparticipatie van de werknemer/verzekerde te allen tijde centraal komt te staan.

- Loskoppelen diagnose en uitkering. Het loskoppelen van diagnose en uitkering vermindert mogelijk de aanzuigende en stigmatiserende werking die het label Wajong kan hebben voor sommigen. Dit kan perverse prikkels bij ouders, jongeren en artsen wegnemen.

Stimuleren arbeidsparticipatie

Voor werknemers en arbeidsongeschikten zijn de volgende voorstellen voor het stimuleren van arbeidsparticipatie bij mensen met een aandoening beschreven:

- Preventie op de werkvloer. De eerste oplossingsrichting is het versterken van de preventieve maatregelen in het bedrijfsleven, met name in het MKB en met name gericht op psychische klachten. Dit vereist een werkgever die alert is op problemen in de werksomgeving en deze probeert op te lossen. Ook vereist dit een sterke en actieve rol van brancheorganisaties op het gebied van arbeidsomstandigheden, omdat MKB-bedrijven vaak niet zelf de capaciteit en faciliteiten hebben.
- Meer gebruik van multidisciplinaire richtlijnen. Wanneer een werknemer onverhoopt toch (langdurig) uitvalt als gevolg van psychische klachten, is het van essentieel belang dat de bedrijfsgeneeskunde en curatieve zorg samenwerken om de terugkeer naar werk zo spoedig mogelijk plaats te laten vinden. Een mogelijke oplossing bestaat uit het vaker inzetten van eenduidige richtlijnen voor terugkeer naar werk bij psychische klachten. Factoren die het eenduidig gebruik van dit soort richtlijnen stimuleren, zijn: het breed beschikbaar stellen van richtlijnen (op websites voor professionals, via beroepsverenigingen), het geven van training voor gebruikers en het zo duidelijk mogelijk maken van de richtlijnen (door middel van oefeningen, praktijkvoorbeelden).
- Inzetten van effectieve interventies. Het meest effectief blijkt een zogenoemde proces- en tijdcontingente benadering, waarbij niet de klachten en de belastbaarheid centraal staan, maar het functioneren en herwinnen van controle over het eigen leven. Rehabilitatie op de werkplek en aanpassing van de werkomstandigheden, de taken en/of de uren hebben een duidelijk positief effect op de kans op werkhervatting (of verkorten de duur tot werkhervatting).

Voor Wajongers zijn de volgende oplossingsrichtingen geformuleerd:

- Prikkel in het speciaal onderwijs. Scholen kunnen meer aandacht besteden aan arbeidsparticipatie, bijvoorbeeld door het aanbieden van stages, werkervaringsplaatsen, assessments, trainingen, beroepskeuzebegeleiding. De nieuwe wet kwaliteit (v)so legt hier een basis voor. Scholen kunnen dit echter niet alleen. Samenwerking met werkgevers, UWV, gemeenten en zorginstellingen is cruciaal.
- Lichte vormen van zorg. Experts benadrukken dat snelle, eenvoudige en laagdrempelige ondersteuning voor jongeren in de eerste plaats gegeven moet worden door opvoeders en scholen. Het uitgangspunt daarbij moet zijn om de jongere niet uit de eigen context te verplaatsen naar externe zorg, maar om de zorg naar de leefomgeving van het kind te brengen (*wrap-around-care*).



1 Inleiding

1.1 Achtergrond: onbedoelde en ongewenste effecten van zorg

De afgelopen decennia lieten een spectaculaire groei zien van de zorgvraag, waarbij niet alleen de behoefte aan gezondheidszorg (cure) toenam, maar ook de vraag naar jeugdzorg, speciaal onderwijs en het gebruik van rugzakjes (care). Deze groei heeft verschillende oorzaken. Eén van die oorzaken is 'medicalisering'.¹

Het begrip medicalisering roept vanwege de negatieve connotatie meestal veel discussie op. Medicalisering is in essentie echter een neutrale term. Het begrip verwijst naar de neiging om menselijke omstandigheden en problemen in medische termen te definiëren, met medische begrippen te verklaren en met behulp van medische interventies te behandelen, waardoor deze problemen tot het domein van professionals in de zorg gaan behoren.² Een van de consequenties is dat de zorg nieuwe aandoeningen identificeert, of door nauwkeurigere diagnosemethoden een grotere doelgroep onderscheidt. Dat kan leiden tot meer zorgconsumptie en dus stijgende zorguitgaven. Dit is het eerste effect dat de afgelopen jaren veel aandacht heeft gekregen. Een ander mogelijk effect is dat meer zorg niet altijd betere zorg is (zie bijvoorbeeld het recente rapport van Booz & Company).³

Recent heeft de Tweede Kamer dan ook als reactie op deze discussies bij de Stelselwijziging Jeugd als derde hoofddoel van de stelselwijziging 'demedicalisering' toegevoegd. De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) pleitte onlangs voor het 'ontzorgen' en 'normaliseren' van de jeugdzorg. De RMO schrijft: 'Kwetsbaarheid kan weliswaar lastig zijn, maar hoort bij het dagelijks leven. Onnodig problematiseren en etiketteren dient te worden tegengegaan (normaliseren). Kwetsbare gezinnen hebben naast een veilige en stimulerende opvoedingsomgeving ook een vorm van zorg nodig die de eigen kracht weet te versterken en de sociale omgeving kan activeren en benutten (ontzorgen)'.⁴

Zoals hierboven aangegeven is 'medicalisering' in het dagelijks gebruik een term die een negatieve bijklank heeft, en die daarom tot discussie leidt. Om die discussie te vermijden en omdat het fenomeen dat wij willen beschrijven breder is dan alleen de curatieve medische sector, willen wij in dit rapport een andere term gebruiken. Die term moet aangeven dat het gaat over de effecten van dat proces op arbeidsparticipatie. Vooral nog gaan wij uit van de omschrijving 'onbedoelde en ongewenste effecten van zorg en hulp op arbeid'. Uiteraard kan de term medicalisering niet vermeden worden, maar het gebruik in dit rapport is de beschrijving van een maatschappelijk proces en wordt in dit rapport als zodanig als een neutrale term gebruikt.

¹ Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2008), *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg*. Andere oorzaken zijn ondermeer sociaal-demografisch van aard (vergrijzing), medisch-technologisch en budgettair (vergoedingen zetten zorgaanbieders tot extra productie aan).

² Conrad, Peter (1992), 'Medicalization and social control', in: *Annual Review of Sociology*, Vol. 18, 209-232.

³ Booz & Company (2012), *Kwaliteit als medicijn. Aanpak voor betere zorg en lagere kosten*.

⁴ RMO (2012), *Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*, Den Haag, april 2012.

1.2 Probleemstelling

Dit rapport heeft als doel vooral de relatie tussen zorg/hulp en arbeid centraal te stellen. Daarbij speelt een belangrijke rol dat al enige jaren de relatie zorg/hulp en arbeid als problematisch wordt ervaren:

- De SER constateerde in 1998 structurele belemmeringen in de gezondheidszorg voor het optimaal behandelen van arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten.¹
- De Gezondheidsraad constateerde in 2005 dat het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid verbetering behoeft.²
- Een onderzoeksconsortium van TNO, KPMG/Plexus en de Universiteit van Maastricht stelde in 2010 dat er sprake is van een 'hardnekkig gebrek aan responsiviteit vanuit de curatieve gezondheidszorg en verzekeraars' om de relatie tussen gezondheidszorg en arbeid te verbeteren. Ook is er sprake van 'een onvermogen van werkgevers en werknemers om de beoogde regievoering op zich te nemen.'³
- De OECD laat in een recente analyse zien dat de prevalentie van psychische stoornissen in de afgelopen jaren niet is toegenomen, maar wel dat de gedachte is ontstaan dat het arbeidsvermogen van mensen met psychische stoornissen beperkter is dan dat van mensen zonder stoornissen.⁴

Er is dus reden om aandacht te besteden aan de relatie tussen zorg en arbeid. Dit rapport heeft de onbedoelde en ongewenste effecten van zorg en hulp op arbeid dan ook als thema, waarbij de focus ligt op diagnoses en hulpvragen waarbij medicalisering (in de neutrale betekenis) een rol lijkt te spelen. Het gaat dus om menselijke omstandigheden en problemen die betrekkelijk recent als een *medisch* probleem worden gezien, ofwel betrekkelijk recent gediagnosticeerd en/of behandeld kunnen worden. Denk aan klachten als autisme, ADHD, depressie, et cetera. Een bijzondere vraag is of bij dit type diagnoses en hulpvragen de relatie met arbeid in het bijzonder problematisch is.

Vanwege de mogelijk onbedoelde en ongewenste effecten van zorg en hulp (waaronder medicalisering) op arbeidsparticipatie heeft dit onderwerp de aandacht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). Het ministerie van SZW heeft in samenwerking met het ministerie van VWS en van OCW, Panteia/Research voor Beleid opdracht gegeven voor een inventariserend onderzoek. De inventarisatie moet het ministerie inzicht geven in de aard en omvang van de hierboven beschreven problematiek binnen voor SZW relevante terreinen.

¹ SER (1998), *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*, 19 juni 1998.

² Gezondheidsraad (2005), *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*.

³ TNO, KPMG/Plexus, Universiteit van Maastricht (2010), *Samenvatting Thema 1: Onderzoeksprogramma Arbeid en Gezondheidszorg*.

⁴ OECD (2012), *Sick on the job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, 17 januari 2012.

Voor het onderzoek zijn de volgende twee hoofdvragen geformuleerd, waarbij de focus ligt op nieuwere, vaak snelgroeiende diagnoses:

1. Wat is er in de literatuur bekend over de onbedoelde en ongewenste effecten van zorg en hulp op arbeidsparticipatie en gebruik van sociale zekerheid?
2. Wat zijn oplossingsrichtingen? Hoe zijn de onbedoelde en ongewenste effecten op arbeidsparticipatie en gebruik van sociale zekerheid te voorkomen of beperken?

Aangezien dit een brede vraagstelling is, is het onderzoek nader afgebakend:

- Het onderzoek heeft betrekking op zorg en hulp in brede zin: de somatische geneeskundige zorg, de geestelijke gezondheidszorg, de bedrijfsgezondheidszorg, de jeugdzorg en het speciaal onderwijs komen aan bod.
- Zoals uit de vraagstelling blijkt, is het onderzoek afgebakend tot de onbedoelde en ongewenste effecten van zorg en hulp op arbeidsparticipatie en gebruik van sociale zekerheid. Vanzelfsprekend werkt zorg doorgaans gunstig uit op ziekten, klachten en problemen. Vaak stelt een diagnose patiënten gerust en leidt een diagnose tot erkenning van klachten. Deze positieve effecten komen echter niet aan bod in dit rapport.
- De onbedoelde en ongewenste effecten van zorg/medicalisering hebben vooral betrekking op klachten die geen evident biologische aard hebben en daardoor een zekere sociaal-culturele component bevatten. Vaak gaat het dan om klachten die pas sinds kort gediagnosticeerd kunnen worden en/of klachten waarvan de diagnose niet onomstreden is. In dit rapport ligt de nadruk op psychische klachten zoals ADHD, autisme, depressie, posttraumatische stress, burn-out/stress, borderline, en in mindere mate om relatief moeilijk te diagnosticeren fysieke klachten, zoals lage rugklachten en rsi/musculoskeletal disorders.
- De onbedoelde en ongewenste effecten van zorg en hulp zijn in het rapport onderverdeeld naar diagnose en behandeling. Diagnoses kunnen bijvoorbeeld een aanzuigende of invaliderende werking hebben. Ook kan een diagnose negatieve effecten hebben, zoals een stigmatiserende werking. Een behandeling kan negatieve effecten hebben als er geen aandacht is voor arbeidsparticipatie, of als zorg en sociale zekerheid niet samenwerken. Behandeling moet daarbij breed worden opgevat. Het gaat om alle interventies die betrekking hebben op gezondheid, welzijn en (arbeids)participatie.

1.3 Opzet van het onderzoek

Het onderzoek had het karakter van een quickscan. Er is binnen de beschikbare onderzoekstijd en het beschikbare onderzoeksbudget zoveel mogelijk relevante informatie gezocht. Een uitputtend beeld geeft dit rapport niet.

De kern bestond uit literatuuronderzoek. Via Web of Science en Google Scholar is naar artikelen, rapporten en beschouwingen gezocht door middel van combinaties van Nederlandse of Engelse trefwoorden, zoals diagnosis, labour participation, medicalisering, social security, WIA, benefits, disability, et cetera. De artikelen, rapporten en beschouwingen zijn daarna geraadpleegd en samengevat. Ook is in de literatuurlijsten van artikelen en rapporten gezocht naar andere relevante bronnen. Een overzicht van de literatuur is opgenomen in bijlage 2. Tijdens het literatuuronderzoek zijn enkele telefonische interviews uitgevoerd met personen die gepubliceerd hebben over onderwerpen die een relatie hebben met de

onbedoelde en ongewenste effecten van zorg en hulp. De hoofdvragen van het onderzoek zijn aan deze experts voorgelegd en er is gevraagd naar literatuurtips. Bijlage 1 geeft een overzicht van de geïnterviewden.

Een belangrijke conclusie op basis van het literatuuronderzoek en de expertinterviews is dat er een grote hoeveelheid literatuur is die indirect betrekking heeft op de onbedoelde en ongewenste effecten van zorg op arbeid. Er zijn weinig artikelen die een overkoepelend beeld geven van alle factoren, actoren en prikkels in samenhang. Wel biedt de literatuur een (gefragmenteerd) beeld van deelverbanden en -onderwerpen, zoals:

- de brede maatschappelijke ontwikkelingen die ten grondslag liggen aan medicalisering;
- de factoren die de stijging van bepaalde diagnoses verklaren (vaak ADHD en autisme);
- de kwaliteit van diagnosestelling door verschillende medische professionals;
- het verband tussen bepaalde aandoeningen/diagnoses en arbeidsparticipatie of gebruik van sociale zekerheid;
- factoren of interventies die (terugkeer naar) werk bevorderen bij mensen met een aandoening;
- de criteria/werkwijze die wordt gehanteerd om te bepalen of personen ziek of arbeidsongeschikt zijn;
- de beschikbaarheid van evidence based behandelingen van aandoeningen;
- de mate waarin de zorg aandacht heeft voor (arbeids)participatie.

Het onderzoek is afgesloten met een groepsdiscussie waarvoor diverse experts zijn uitgenodigd. Het primaire doel van de groepsdiscussie was het bedenken van oplossingsrichtingen, maar er is ook gesproken over de aard en oorzaken van onbedoelde en ongewenste effecten van zorg. Bijlage 1 geeft een overzicht van de deelnemers aan de groepsdiscussie.

1.4 Leeswijzer

Om een indruk te krijgen van de omvang en aard van de problematiek, bevat het volgende hoofdstuk cijfers over de relatie tussen ziekte, gezondheid, verzuim, arbeidsongeschiktheid en werk. Hoofdstuk 3 gaat in op de negatieve effecten van diagnoses en de relatie met arbeidsparticipatie. Hoofdstuk 4 staat in het teken van de negatieve effecten van bepaalde behandelingen op arbeidsparticipatie. In hoofdstuk 5 zijn ten slotte oplossingsrichtingen beschreven om de onbedoelde en ongewenste effecten van zorg op arbeid te ondervangen.

2 Gezondheid en arbeid in cijfers

Dit hoofdstuk bevat cijfermateriaal over de relatie tussen gezondheid, verzuim, arbeidsongeschiktheid en werk. Samen geven deze cijfers een beeld van de aard en omvang van de problematiek en bij welke klachten, doelgroepen en voorzieningen de arbeidsparticipatie beperkt is.

2.1 Highlights uit dit hoofdstuk

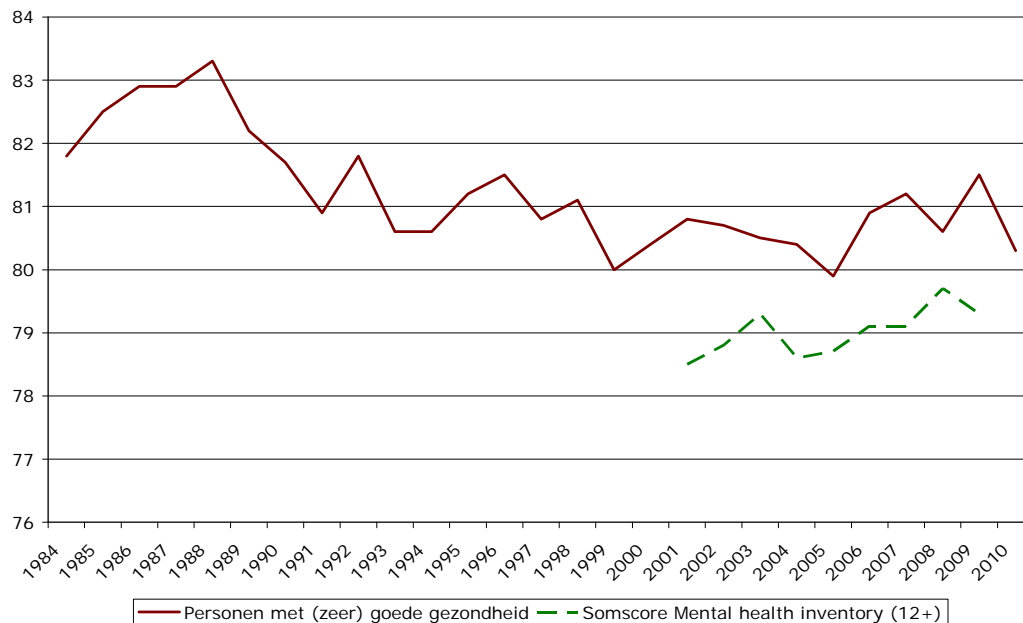
- Er zijn geen tekenen dat de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking de afgelopen jaren is verslechterd. De psychische gezondheid lijkt zelfs enigszins verbeterd. Ook de algemene ervaren gezondheid van de Nederlandse bevolking is de afgelopen jaren niet verslechterd. Wel stijgt het aantal psychische diagnoses bij jongeren van 0-15 jaar gesteld door de huisarts. Ook het aantal gebruikers van psychostimulantia-middelen voor ADHD en nootropica (concentratieverbeterende middelen) is sterk gestegen in de afgelopen jaren.
- Er zijn ook geen tekenen dat de algemene gezondheid van werknemers de afgelopen jaren is verslechterd. Ook hier lijkt sprake van een licht positieve tendens van minder verzuim en een iets beter ervaren algemene gezondheid. De gezondheidsproblematiek van werknemers concentreert zich vooral bij de psychische klachten, zoals depressie en burn-out. Werknemers met psychische klachten verzuimen langer dan werknemers zonder psychische klachten en het herstel laat langer op zich wachten. Psychische klachten vormen dus een belangrijke belemmering voor het functioneren op het werk.
- Over een langere tijd gekeken neemt het aantal lopende arbeidsongeschiktheidsuitkeringen af. Het beroep op de WIA neemt de afgelopen jaren echter relatief sterk toe. Dat komt ondermeer doordat de aandoeningen van WIA-aanvragers verschuiven richting ernstiger problematiek en meer co-morbiditeit en doordat verzekeringsartsen vaker beperkingen toekennen in de functionele mogelijkheden van aanvragers met co-morbiditeit. Co-morbiditeit komt veel voor bij aandoeningen aan het bewegingsapparaat, stemmingsstoornissen (zoals depressie), spanningsklachten, reacties op ernstige stress, angststoornissen en problemen met het ademhalingsstelsel.
- Het beroep op de Wajong is in de afgelopen jaren sterk gestegen. Bij de meeste Wajongers is er sprake van een 'ontwikkelingsstoornis', zoals een verstandelijke beperking, autisme of ADHD. In tegenstelling tot de verwachting hebben autisme en ADHD niet het grootste aandeel in de groei. Er is vooral een stijging te zien van het aandeel jongeren met een verstandelijke beperking.
- Van degenen met een WIA-uitkering heeft 21% ultimo 2009 werk. Een groot deel van de niet-werkenden in de WIA van mening is dat zij gezien hun gezondheidsproblemen niet kunnen werken. Het aandeel arbeidsongeschikten dat herstelt van een psychische aandoening is klein. Volgens UWV is er tot nu toe geen 'beproeft, succesvolle re-integratieaanpak' voor de groep psychisch arbeidsongeschikten in de WIA.
- Van de Wajongers werkt ongeveer een kwart. Arbeidsparticipatie van Wajongers leidt echter niet snel tot uitstroom uit de uitkering. Wajongers met een ontwikkelingsstoornis werken naar verhouding het meest (30%) en Wajongers met een psychisch ziektebeeld het minst (13%).

2.2 Gezondheid van de bevolking

2.2.1 Ervaren (geestelijke) gezondheid en diagnoses door huisartsen

De gezondheid van de bevolking is op verschillende manieren te meten. Een van die manieren is het vragen naar de ervaren gezondheid van burgers in enquêtes. Het CBS voert dergelijk onderzoek jaarlijks uit. De vragen hebben onder andere betrekking op de ervaren algemene gezondheid van alle burgers en de ervaren geestelijke gezondheid van twaalf-plussers (Mental Health Inventory). De volgende grafiek laat zien hoe de ervaren algemene en geestelijke gezondheid zich de afgelopen jaren hebben ontwikkeld.

Figuur 2.1 Ervaren gezondheid 1984-2010 en somscore Mental health inventory (12+) 2002-2009



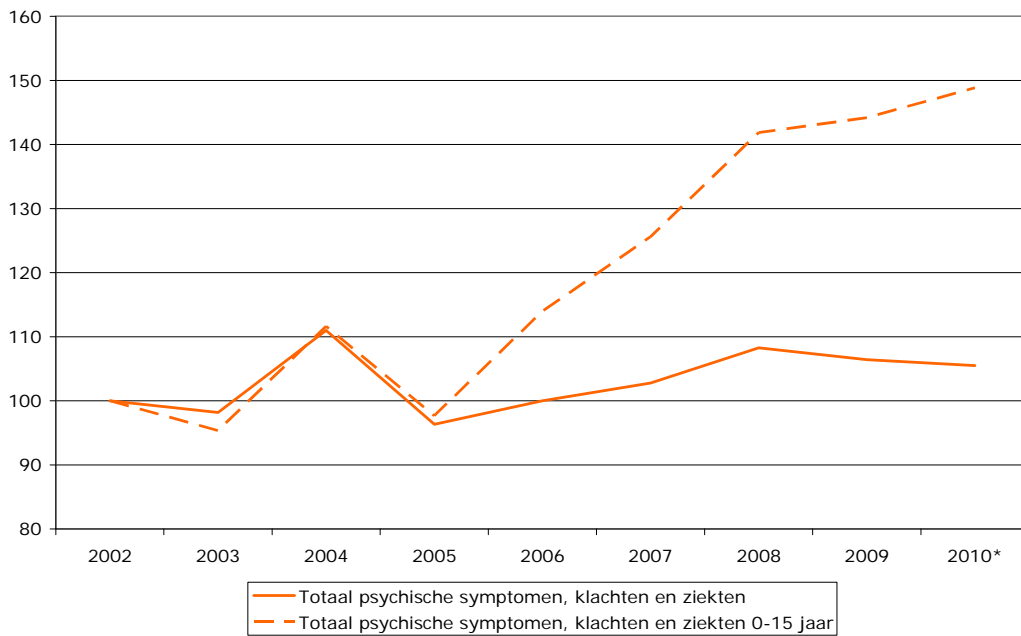
Bron: CBS, Statline

Het percentage personen dat vindt dat de gezondheid (zeer) goed is, schommelt tussen de 80% en ruim 83%. Er lijkt een neerwaartse trend zichtbaar tussen 1984 en 2000. Na 2000 is de trend licht stijgende. De daling tussen 2009 en 2010 wordt mogelijk veroorzaakt door wijzigingen in de meetmethode. Kijkend naar de ervaren geestelijke gezondheid, is een omgekeerde trend zichtbaar. Vanaf 2001 neemt de ervaren geestelijke gezondheid toe van 78,5 in 2001 tot 79,7 in 2008. In 2009 is een iets lagere score gemeten van 79,3. Op basis van deze cijfers is te concluderen dat de meeste mensen vinden dat zij (zeer) gezond zijn, maar dat de tendens licht dalend is. Daar tegenover staat een groeiend percentage mensen dat ervaart geestelijk gezond te zijn.

Het CBS doet ook onderzoek naar door de huisarts geregistreerde diagnoses. De cijfers geven een beeld van het aantal personen met één of meer 'zorgepisodes' geregistreerd door

de huisarts. Een zorgepisode bevat alle contacten met betrekking tot hetzelfde gezondheidsprobleem van een persoon met zijn huisarts binnen een kalenderjaar. De episode krijgt de diagnose gesteld bij het laatste contact. Hieronder is in indexcijfers weergegeven hoeveel personen een psychische diagnose gesteld krijgen en hoeveel personen van 0-15 jaar een psychische diagnose gesteld krijgen.

Figuur 2.2 Personen naar door de huisarts geregistreerde diagnose in indexcijfers (2002-2010), totaal aantal personen en 0-15 jarigen



Bron: CBS, Statline

Het blijkt dat het aantal personen met een psychische diagnoses gesteld door de huisarts in de periode 2002-2010 licht stijgt. Onder de groep jongeren van 0-15 jaar is er sprake van een forse stijging van 100 (2002) naar 149 (2010).

2.2.2 Psychische gezondheid op basis van DSM-IV

Een andere manier om de psychische gezondheid van de bevolking te meten, is het stellen van een diagnose op basis van de gegevens die respondenten invullen in enquête-onderzoek. Het Trimbos-instituut heeft in 1996 en 2007-2009 onderzoek uitgevoerd naar de prevalenties van DSM-IV-stemmings-, angst-, middelen- en aandachtstekort- of gedragsstoornissen onder 18 tot en met 64-jarigen. Daarbij heeft men in 2007-2009 ook onderscheid gemaakt tussen stoornissen die ooit in het leven optreden (lifetime-prevalentie) en in de afgelopen 12 maanden zijn opgetreden.

Tabel 2.1 Prevalentie van DSM-IV stoornissen, 1996 en 2007-2009

	Lifetime-prevalentie		12-maandsprevalentie	
	1996	2007-2009	1996	2007-2009
Enigerlei stemmingsstoornis (depressie etc.)	-	20,2%	7,4%	6,1%
Enigerlei angststoornis (sociale fobie etc.)	-	19,6%	10,2%	10,1%
Enigerlei middelenstoornis (alcoholmisbruik etc)	-	19,1 %	5,8%	5,6%
Enigerlei aandachtstekort of gedragsstoornis (ADHD etc.)	-	9,2%	-	2,1%
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	-	3,0%	-	-
Enigerlei DSM-IV-aandoening	-	43,6%	17,1%	17,5%

Bron: Trimbos-instituut in: *Tijdschrift voor psychiatrie* 54 (2012)

De resultaten laten zien dat psychische aandoeningen, gemeten volgens een op de DSM-IV-gebaseerde methode, frequent voorkomen. Ooit in het leven komen stemmings-, angst- en middelenstoornis bijna even vaak voor. Angststoornis is de meest voorkomende 12-maandsaandoening. Een lifetime-aandachtstekort- of gedragsstoornis werd bij 1 op de 10 gezien.

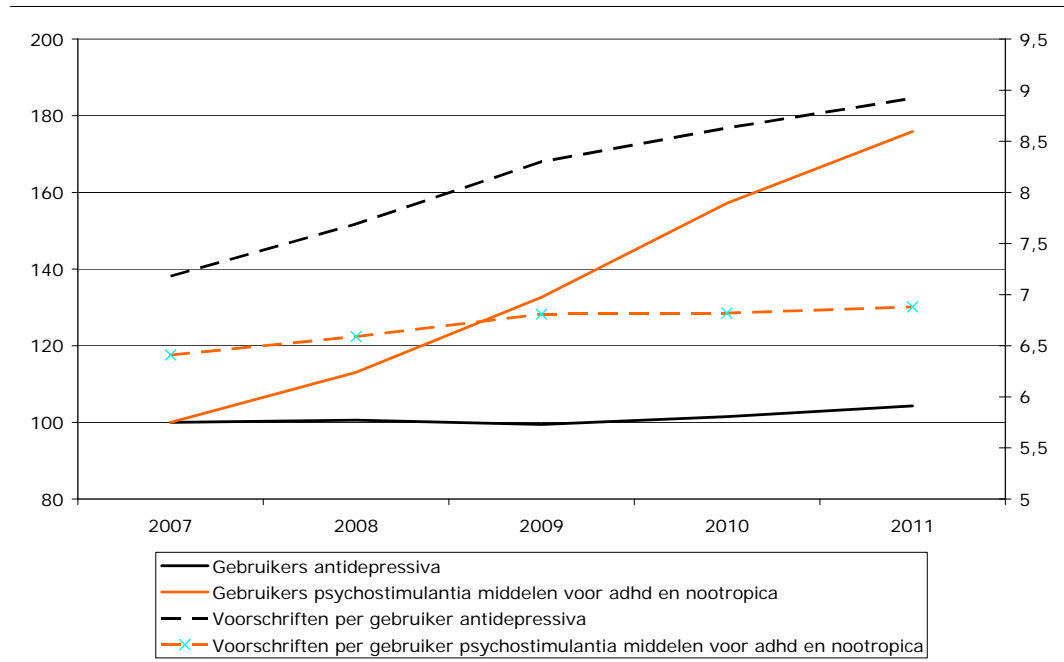
De 12-maandsprevalentie van angst-, middelen- en enigerlei stoornis verschilde niet tussen de studies in 1996 en 2007-2009. Het Trimbos-instituut concludeert dan ook dat er geen toename is van het relatieve aantal mensen in de bevolking met psychische problemen. Dit komt overeen met soortgelijke trendstudies uitgevoerd in Groot-Brittannië, de Verenigde Staten en Australië. Verder blijkt dat Nederland wat betreft het vóórkomen van ADHD, gedragsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis een middenpositie in. De prevalenties die in de Trimbos-studie gevonden werden, zijn overeenkomstig Europese studies maar lager dan die uit Amerikaans onderzoek.

Op basis van de hierboven besproken cijfers kunnen we concluderen dat er geen tekenen zijn dat de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking de afgelopen jaren is verslechterd. Er zijn zelfs tekenen dat de psychische gezondheid enigszins is verbeterd. Ook de algemene ervaren gezondheid van de Nederlandse bevolking is de afgelopen jaren niet verslechterd. Over een langere tijd gemeten is er wel een licht dalende tendens van de ervaren gezondheid te zien. Daarnaast is er een forse stijging van het aantal jongeren van 0-15 jaar met een door de huisarts gestelde psychische diagnose.

2.2.3 Medicijngebruik

Wanneer gesproken wordt over medicalisering gaat het vaak over een toenemend gebruik van medicijnen. Op basis van cijfers die het College voor Zorgverzekeringen bijhoudt is het gebruik in beeld te brengen. Relevante medicijnen in dit verband zijn antidepressiva, die worden voorgeschreven bij depressie, burn-out maar ook bij andere stress- en angstgerelateerde klachten, en psychostimulantia, die worden voorgeschreven bij ADHD.

Figuur 2.3 Aantal gebruikers van antidepressiva en psychostimulantia in indexcijfers (2007=100) en aantal voorschriften per gebruiker



Bron: CVZ, GIPdatabank

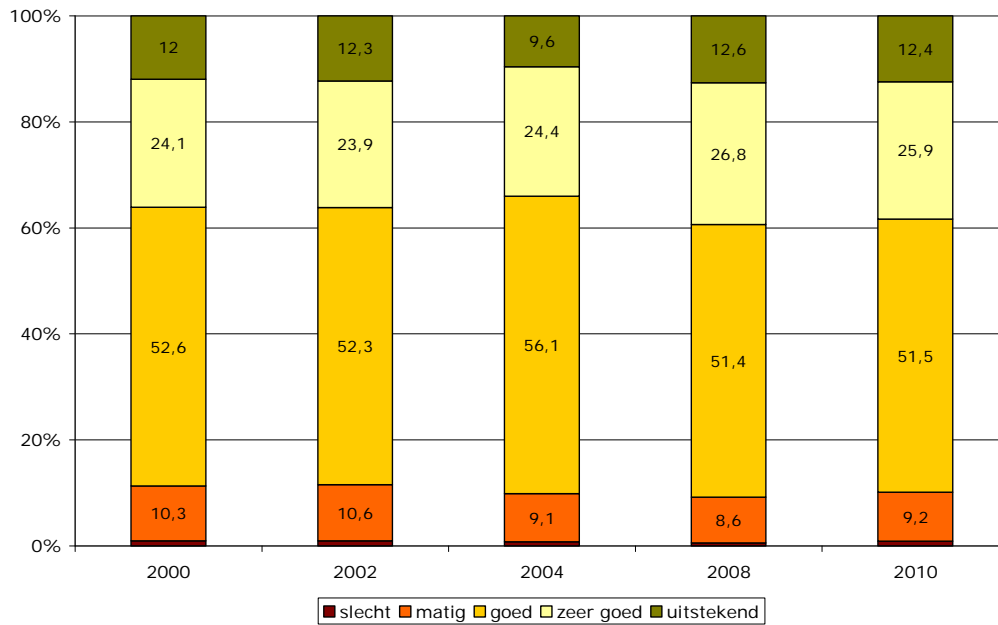
Het aantal gebruikers van antidepressiva is in de jaren 2007-2011 ongeveer gelijk gebleven. Het aantal voorschriften per gebruiker is gestegen van 7,17 in 2007 naar 8,92 in 2011. Het aantal gebruikers van psychostimulantia-middelen voor ADHD en nootropica (concentratieverbeterende middelen) is sterk gestegen. Het aantal voorschriften per gebruiker is licht gestegen.

2.3 Verzuim en gezondheid van werknemers

2.3.1 Verzuim en gezondheid van werknemers

Het is ook relevant om de gezondheid van werknemers te bestuderen. In de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden wordt gevraagd hoe werknemers hun gezondheid ervaren (op een vijfpuntsschaal). Cijfers zijn beschikbaar voor 2000, 2002, 2004, 2008 en 2010.

Figuur 2.4 Ervaren gezondheid van werknemers

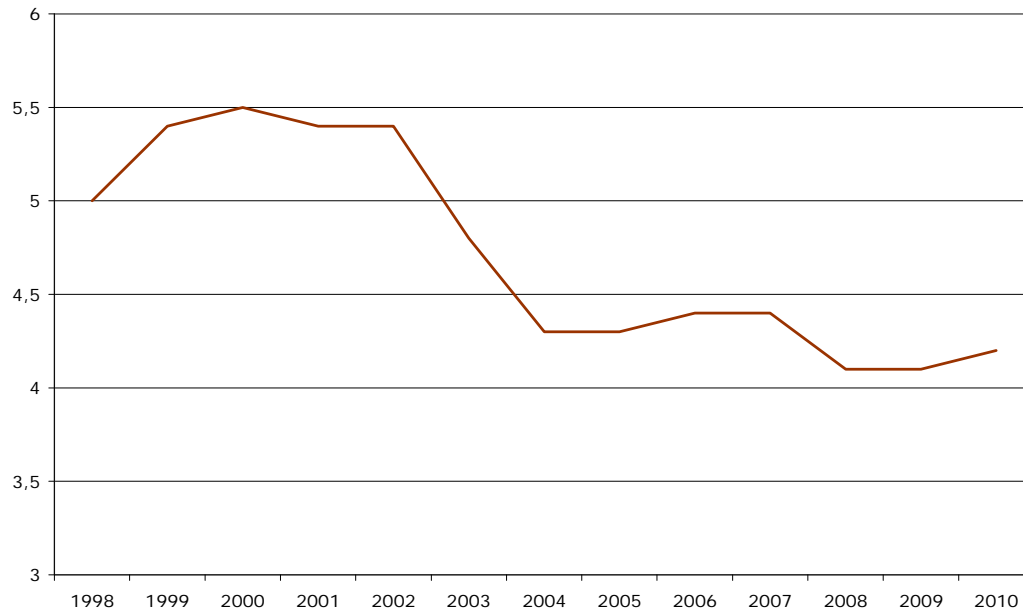


Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden, 2000, 2002, 2004, 2008, 2010

Een overgrote meerderheid van de werknemers vindt hun gezondheid goed, zeer goed of uitstekend (in 2010 is dit in totaal 89,8%) De ervaren gezondheid van werknemers is tot en met 2008 iets verbeterd. Meer werknemers vinden hun gezondheid zeer goed of uitstekend, minder werknemers zeggen dat hun gezondheid matig of slecht is. In 2010 lijkt deze trend enigszins te keren, maar nog altijd zijn er meer werknemers dan in 2000, 2002 of 2004 die hun gezondheid zeer goed of uitstekend vinden.

Een positieve trend is ook zichtbaar als we kijken naar het ziekteverzuim van werkenden, een andere indicator waarmee we de gezondheid van werkenden kunnen vaststellen. Eind jaren zeventig lag het verzuim in Nederland op zo'n 10%. Het is onder invloed van een reeks wetten en inspanningen gedaald naar rond de 4% in 2009. Dat betekent dat ziekteverzuim niet alleen afhankelijk is van de gezondheid van werknemers, maar ook van 'institutionele' factoren, zoals het verzuimbeleid.

Figuur 2.5 Verzuimpercentage 1998-2010



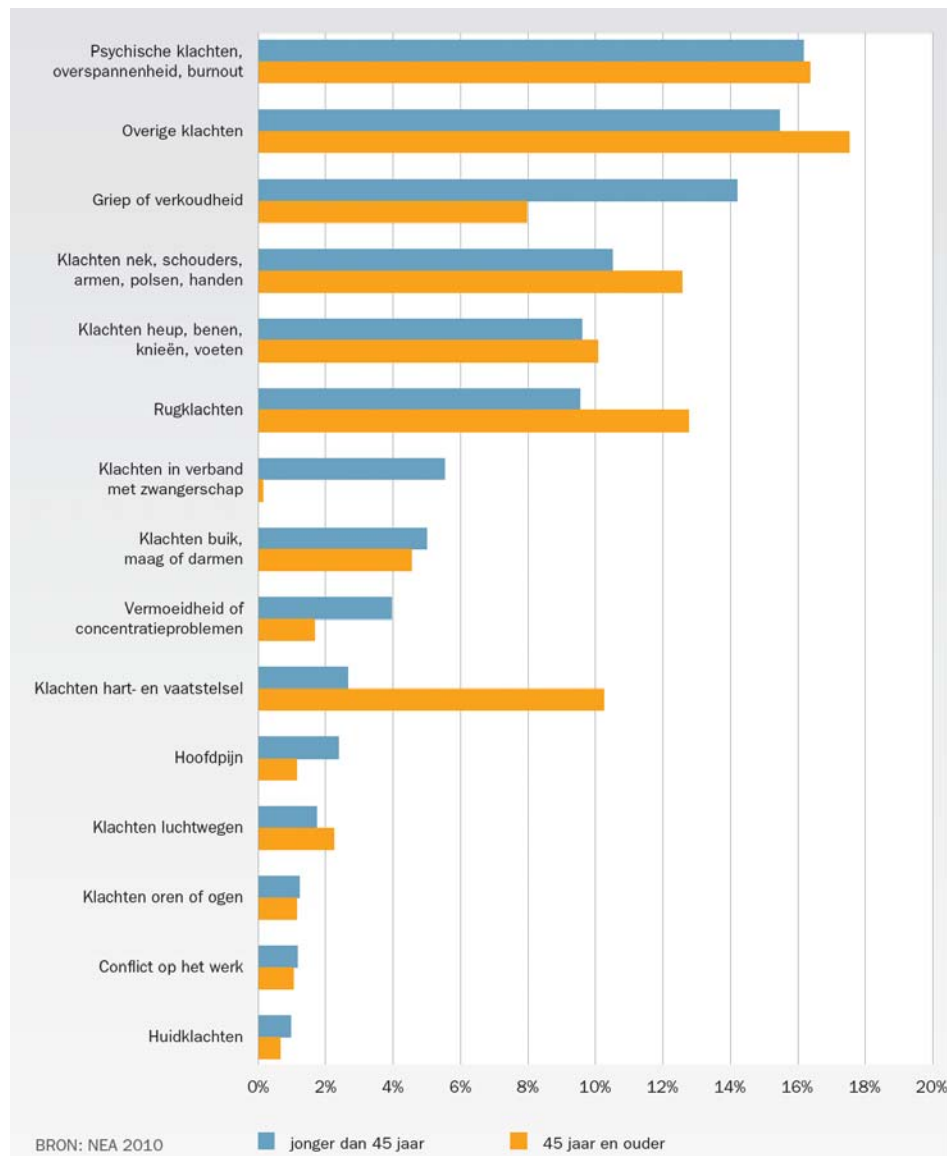
Bron: CBS, Statline

De daling van het ziekteverzuim van de afgelopen jaren is in 2010 ten einde gekomen. In 2010 was het ziekteverzuimpercentage onder Nederlandse werknemers 4,2%. In 2009 was dit nog 4,1%. Toch is het verzuim nog altijd historisch laag.

2.3.2 Verzuim door psychische klachten

Het relatief positieve beeld van de gezondheid van werkenden kantelt enigszins als er wordt gekeken naar andere indicatoren, zoals de hersteltijd, de tijd die werknemers nodig hebben om weer te herstellen, en het aantal verzuimdagen. Over het algemeen zijn de meeste werknemers binnen korte tijd weer hersteld. Uit onderzoek blijkt dat 58% van de werknemers die verzuimen binnen een week weer is hersteld. Er zijn echter grote verschillen in de hersteltijd tussen gezondheidsklachten. Het herstel laat het langst op zich wachten bij verzuim vanwege psychische klachten. Ook het aantal verzuimdagen ligt hoog bij psychische klachten. De volgende figuur laat zien dat psychische klachten over het algemeen de meeste verzuimdagen veroorzaken, namelijk 16 van de 100 verzuimdagen.

Figuur 2.6 Duur verzuim naar oorzaak voor werknemers jongeren dan 45 jaar en werknemers ouder dan 45 jaar



Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden, 2010

Psychische klachten – al dan niet in combinatie met fysieke klachten – leiden dus tot langduriger verzuim en werknemers met psychische klachten hebben over het algemeen meer tijd nodig om het werk te hervatten dan werknemers die verzuimen vanwege fysieke klachten. Psychische klachten zijn dus in sterke mate beperkend voor het arbeidsfunctioneren. Dit geldt in het bijzonder voor depressie [85]. In vergelijking met een fysieke klacht zoals lage rugpijn, valt op dat een groot deel van de werknemers met deze klachten het werk relatief snel hervat. Slechts een klein gedeelte van de werknemers met lage rugpijn verzuimt drie maanden of langer.

Het Trimbos-instituut heeft voor verschillende psychische aandoeningen onderzocht hoeveel additionele verzuimdagen daarmee gepaard gingen, dat wil zeggen het aantal extra verzuimdagen van de respondenten die de aandoening hadden ten opzichte van de respondenten die deze aandoening niet hadden.

Tabel 2.2 Additioneel verzuim door psychische aandoeningen

Stoornis	Additioneel verzuim in dagen per jaar
<i>Enigerlei stemmingsstoornis</i>	23,1
Depressieve stoornis	22,8
Dysthymie (lichte depressie)	18,6
Bipolaire stoornis (wisselende stemmingen)	19,5
<i>Enigerlei angststoornis</i>	10,0
Paniekstoornis	26,3
Agorafobie zonder paniekstoornis	-0,1
Sociale fobie	10,3
Specifieke fobie	6,9
Gegeneraliseerde angststoornis	22,2
<i>Enigerlei middelenstoornis</i>	-0,8
Alcoholmisbruik	-9,7
Alcoholafhankelijkheid	11,5
Drugsmisbruik	46,9
Drugsafhankelijkheid	3,9
<i>ADHD</i>	11,4
<i>Enigerlei psychische aandoening</i>	10,5

Bron: Trimbos-instituut

Van de hoofdgroepen van psychische aandoeningen gaat stemmingsstoornis met het grootste aantal additionele directe verzuimdagen gepaard (gemiddeld 23,1 dagen). De categorie angststoornis hangt significant samen met additionele directe verzuimdagen (10,0 dagen). Opvallend is dat bij de hoofdgroep middelenstoornis en bij ADHD geen van de onderscheiden typen verzuim tot een significant aantal additionele verzuimdagen leidt, met uitzondering van ADHD voor verminderd kwalitatief functioneren (17,7 dagen). Veel psychische aandoeningen dus gaan gepaard met additioneel verzuim.

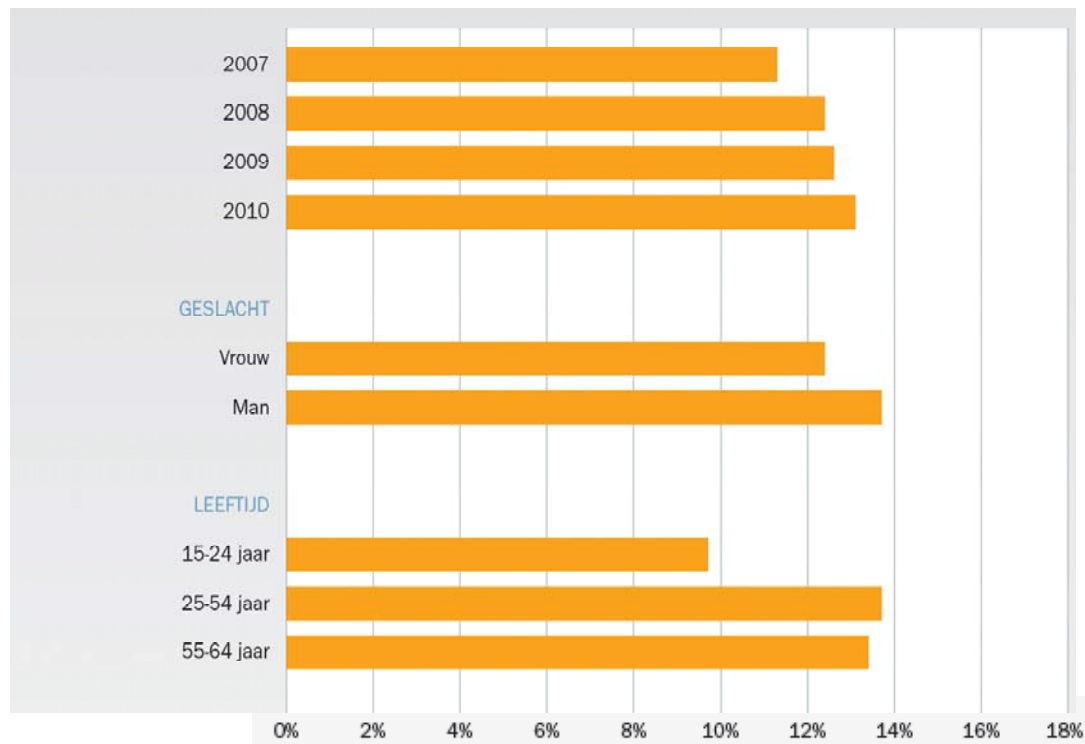
Op basis van de hierboven staande cijfers valt te concluderen dat er geen tekenen zijn dat de algemene gezondheid van werknemers – afgaande op enquêteonderzoek en verzuimcijfers – de afgelopen jaren is verslechterd. Er lijkt eerder sprake van een licht positieve ten-

dens van minder verzuim en een iets beter ervaren algemene gezondheid. De gezondheidsproblematiek van werknemers concentreert zich vooral bij psychische klachten. Werknemers met psychische klachten verzuimen langer dan werknemers zonder psychische klachten en het herstel laat langer op zich wachten. Psychische klachten vormen dus een belangrijke belemmering voor het functioneren op het werk.

2.3.3 Burn-out klachten

Een relatief veelvoorkomende diagnose bij werknemers is burn-out. Werknemers met burn-out klachten zijn 'opgebrand door het werk', voelen zich emotioneel uitgeput en hebben het gevoel het werk niet meer goed aan te kunnen.

Figuur 2.7 Percentage werknemers met burn-outklachten



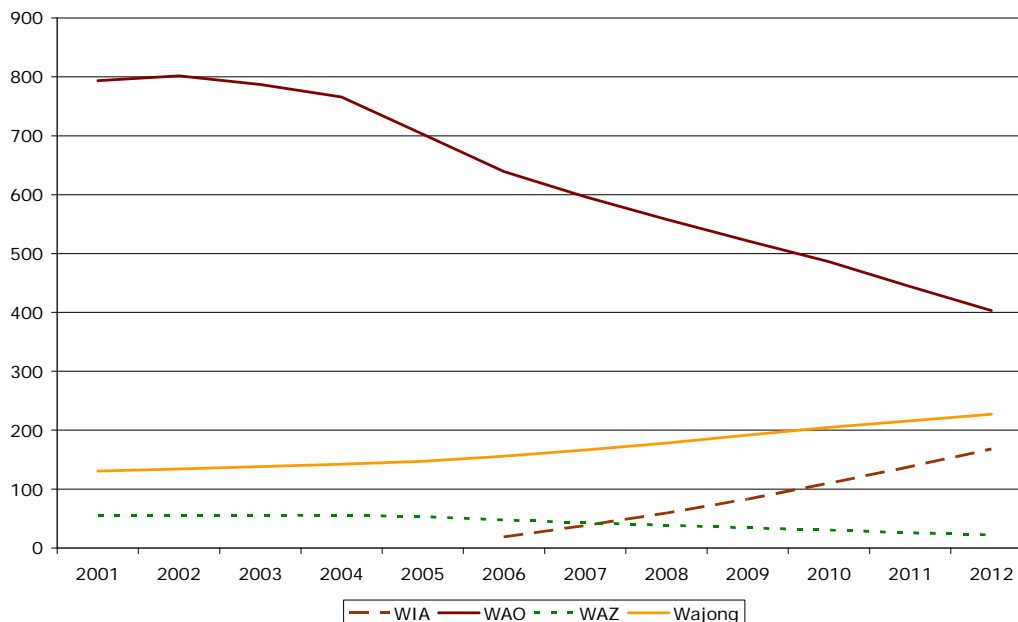
Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2010

Cijfers op basis van zelfrapportage laten zien dat het percentage werknemers met burn-out klachten de laatste jaren is toegenomen. In 2010 kampte 13 procent van de werknemers met een burn-out, in 2007 was dat nog 11 procent. Hieruit kunnen we concluderen dat burn-out – naast psychische ziekten - een van de diagnoses is waarin de gezondheidsproblematiek van werknemers steeds meer naar voren treedt.

2.4 Instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen

Gezondheidsklachten bij werknemers kunnen leiden instroom in arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, de WIA of voorheen de WAO. Klachten die zich voordoen in de jeugd kunnen leiden tot instroom in de Wajong.

Figuur 2.8 Aantal lopende WAO-, WIA-, WAZ- en Wajonguitkeringen, 2001-2012 (prognose)



Bron: UWV

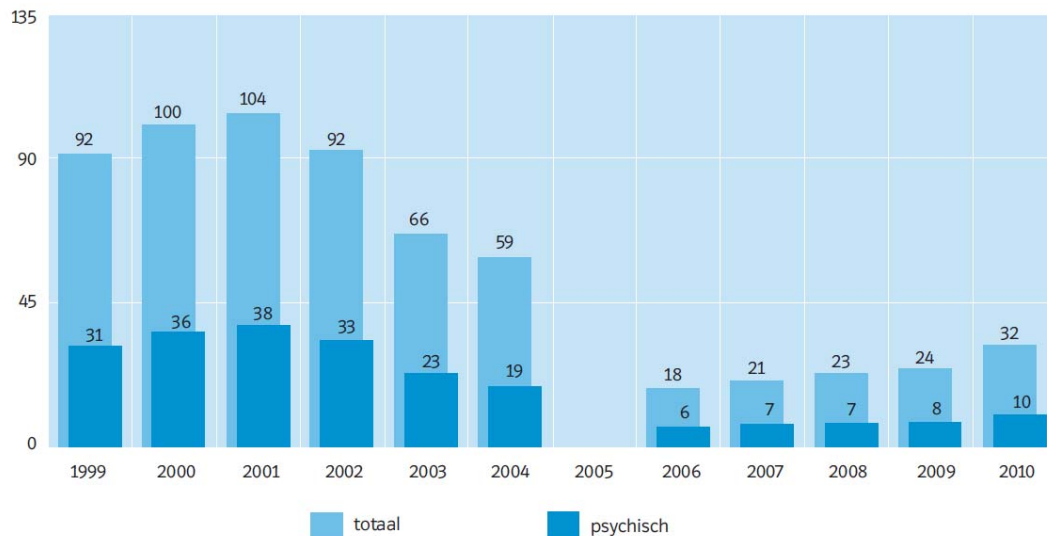
Over een langere tijd gekeken neemt het aantal lopende arbeidsongeschiktheidsuitkeringen af. Dat geldt vooral voor de WAO, omdat deze regeling sinds 2006 alleen nog toegankelijk is voor oude gevallen. Ook het beroep op de WAZ (Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen) neemt af, omdat de WAZ in 2004 is afgeschaft. Het beroep op de opvolger van de WAO – de WIA – neemt vanzelfsprekend toe. De stijging is echter groter dan verwacht (zie onder). Het meest opvallend is de forse toename van het aantal lopende Wajong-uitkeringen. In tien jaar tijd is het beroep op de Wajong bijna verdubbeld.

2.4.1 Diagnosestelling in de WIA/WAO

Bij een claimbeoordeling voor de WIA (of voorheen de WAO) stelt de verzekeringsarts ondermeer een hoofddiagnose vast en, indien er meer aandoeningen zijn, één of twee neven diagnoses. De verzekeringsartsen baseren de hoofd- en neven diagnoses grotendeels op de bevindingen van medisch specialisten. UWV kan dus weinig invloed uitoefenen op de gestelde diagnoses.

In het kader van dit onderzoek is het interessant om na te gaan hoe vaak moeilijk te objectiveren diagnoses worden gesteld. Dit is het beste mogelijk voor psychische aandoeningen, omdat UWV daarover recent cijfers heeft gepubliceerd.¹ De onderstaande figuur laat zien hoe het aantal mensen dat jaarlijks arbeidsongeschikt wordt wegens een psychische aandoening, zich sinds 1999 heeft ontwikkeld.

Figuur 2.9 Aantal personen dat instroomde in de WAO 1999-2004 en WIA 2006-2010 (x1000)



Bron: UWV

Te zien is dat het aantal mensen dat psychisch arbeidsongeschikt is verklaard sinds 2001 is gedaald. De piek lag in 2001 op 38 duizend psychisch arbeidsongeschikten. In 2010 stroomde 10 duizend mensen de WIA in met een psychische aandoening. Het aandeel met een psychische aandoening als hoofddiagnose daalt sinds de invoering van de WIA, van 34% in 2005 naar 31% in 2010. De meest voorkomende WIA-diagnose is depressie. Deze aandoening omvat 10% van de WIA-instroom in 2010. Na depressie is overspannenheid de tweede psychische aandoening. Opgeteld vormen surmenage en burn-out 3,8% van de WIA-instroom. De diagnose 'posttraumatische stressstoornis' wordt bij bijna 3% gesteld, en is daarmee de derde psychische diagnose in de WIA-instroom.

Psychische aandoeningen komen relatief vaak voor als nevendiagnose. Er is dan sprake van co-morbiditeit. Wanneer een psychische aandoening als nevendiagnose wordt opgeteld bij de psychische aandoeningen als hoofddiagnose, heeft 41% van de WIA-instromers een psychische aandoening. Co-morbiditeit kan ook voorkomen bij niet-psychische aandoeningen. Uit onderzoek van UWV blijkt dat het aantal aandoeningen met co-morbiditeit sterk is gestegen tussen 2006 en 2009, van 41% in 2006 tot 50% in 2009. Er is een relatief sterke stijging van co-morbiditeit bij aandoeningen aan het bewegingsapparaat (uitgezonderd rug-

¹ UWV Kennisverslag 2012-I, maart 2012.

aandoeningen) en stemmingsstoornissen. Binnen de minder voorkomende diagnosegroepen ziet UWV een stijging van co-morbiditeit bij spanningsklachten, reacties op ernstige stress, angststoornissen en ademhalingsstelsel.

De relatief sterke stijging van het aantal WIA-uitkeringen in de afgelopen jaren heeft meerdere oorzaken waarvan er één een relatie heeft met het onderhavige onderzoek.¹ Het blijkt dat de aandoeningen van WIA-aanvragers verschuiven richting ernstiger problematiek en meer co-morbiditeit. De toename van co-morbiditeit is relatief groot bij aandoeningen aan het bewegingsapparaat en stemmingsstoornissen. Daarnaast is ook een stijging te zien bij een aantal kleinere psychische diagnosegroepen. Met name bij WW'ers is er vaak sprake van co-morbiditeit, en ook de stijging in co-morbiditeit is bij WW'ers veel hoger dan gemiddeld.

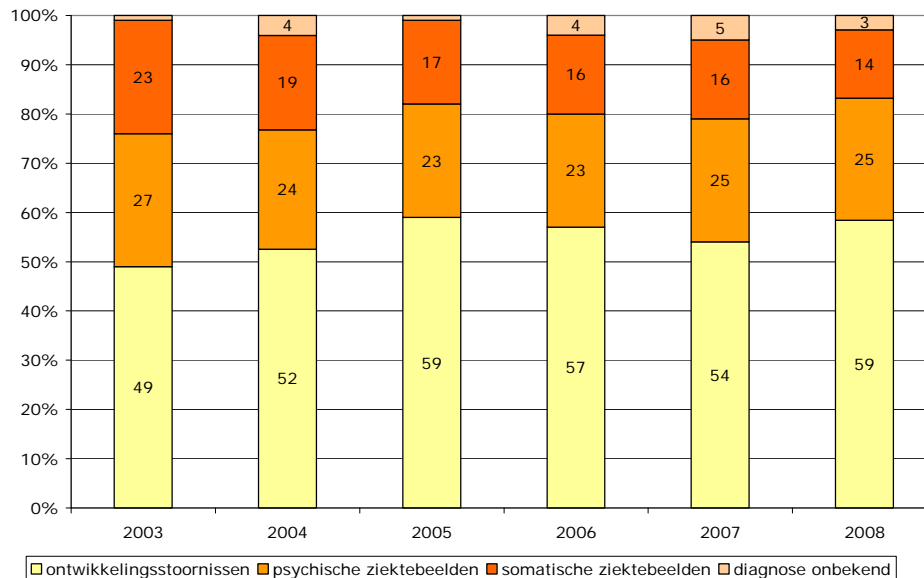
Deze veranderingen zorgen volgens UWV op zichzelf niet voor een hoger toekenningspercentage, maar vooral het feit dat de met de aandoeningen gepaard gaande beperkingen in de functionele mogelijkheden voor het verrichten van arbeid zijn verminderd, draagt bij aan de stijging van het toekenningspercentage.

2.4.2 Wajong

Het beroep op de Wajong is in de afgelopen jaren sterk gestegen. In 2011 bedroeg de instroom 16 à 17 duizend personen per jaar, een ruime verdubbeling ten opzicht van de eeuwwisseling. Bij de meeste Wajongers is er sprake van een 'ontwikkelingsstoornis', zoals een verstandelijke beperking, autisme of ADHD. De instroom van Wajongers met een ontwikkelingsstoornis is de afgelopen jaren gestegen (zie figuur 2.10). Dit geldt vooral voor jongeren met een verstandelijke beperking. In tegenstelling tot de verwachting hebben autisme en ADHD niet het grootste aandeel in de groei. Er is vooral een stijging te zien van het aandeel jongeren met een verstandelijke beperking.

¹ UWV Kennismemo 10/07, Analyse stijging WIA-instroom II, 23 juni 2010.

Figuur 2.10 Instroom in de Wajong naar type beperking, 2003-2008



Bron: UWV

Het aandeel jongeren met psychische ziektebeelden, zoals schizofrenie of een persoonlijkheidsstoornis, is ongeveer gelijk gebleven. Het aandeel jongeren met somatische ziektebeelden neemt af. Ook bij Wajongers is er vaak sprake van comorbiditeit (42%). Het percentage comorbiditeit is hoger naarmate de verstandelijke beperking lichter is.

2.5 Arbeidsongeschikten en werk

Arbeidsongeschikten hoeven niet geheel buiten het arbeidsproces te staan. Wanneer veel arbeidsongeschikten onder aangepaste omstandigheden kunnen werken, relateert dat de cijfers over stijgende instroom in uitkeringen.

2.5.1 WAO/WIA

Een behoorlijk aandeel van degenen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering heeft werk. Van degenen met een WIA-uitkering heeft 21% ultimo 2009 werk. Binnen de verschillende WIA-groepen is een groot verschil in werkaandeel. Van de groep met een gedeeltelijke WGA-uitkering werkt 54% in een dienstverband. Bij de IVA-uitkering gaat het om 9%. De situatie bij ex-vangnetters is ongunstig om werk te vinden. Vangnetters zijn zieke WW'ers, uitzendkrachten en einde dienstverbanders. Kansen om bij de oude werkgever terug te keren zijn beperkt. Van de ex-vangnetters met zo'n uitkering is ultimo 2009 27% aan het werk (voor de niet vangnetters gaat het om 63%).

Een opvallende uitkomst uit de WIA-evaluatie is dat een groot deel van de niet-werkenden in de WIA van mening is dat zij gezien hun gezondheidsproblemen ook niet kunnen werken,

ook als zij in termen van de WIA gedeeltelijk arbeidsgeschikt zijn. De perceptie van uitkeringsontvangers vormt dus een belemmering voor de arbeidsparticipatie. Een andere belemmering zijn de beperkte mogelijkheden en effectiviteit van re-integratie-inspanningen voor arbeidsongeschikten. Het aandeel arbeidsongeschikten dat herstelt van een psychische aandoening is klein. Volgens UWV is er tot nu toe geen 'beproefde, succesvolle re-integratieaanpak' voor de groep (jonge) psychisch arbeidsongeschikten in de WIA.

2.5.2 Wajong

Van de Wajongers werkt ongeveer een kwart. Arbeidsparticipatie van Wajongers leidt echter niet snel tot uitstroom uit de uitkering. Slechts 0,5 procent van de Wajong-populatie stroomt uit wegens 'herstel'. Er zijn grote verschillen in de arbeidsparticipatie tussen diagnosegroepen. Wajongers met een ontwikkelingsstoornis werken naar verhouding het meest (30%) en Wajongers met een psychisch ziektebeeld het minst (13%). Ook binnen de diagnose-groepen zijn er verschillen:

- Binnen de groep met psychische ziektebeelden werken Wajongers met minder ernstige psychische ziektebeelden als overspannenheid en reacties op ernstige stress relatief vaak (26% respectievelijk 24%). Bij Wajongers met ernstige (psychiatrische) ziektebeelden is het percentage dat werkt laag. Van de Wajongers met bijvoorbeeld schizofrenie en overige psychosen als diagnose werkt 10%.
- Wajongers met lichte en zeer licht verstandelijke beperkingen werken vaker dan Wajongers met andere ontwikkelingsstoornissen. Wajongers met ADHD en overige ontwikkelingsstoornissen werken naar verhouding minder.
- Verder is er een duidelijk verschil in het percentage werkenden tussen Wajongers bij wie wel en geen sprake is van co-morbiditeit. Van de Wajongers met een lichte of zeer licht verstandelijke beperking die daarnaast een tweede diagnose hebben werkt ongeveer 10%-punt minder dan Wajongers zonder tweede diagnose.

3 Meer diagnoses: achtergronden en effecten

In de inleiding van dit rapport is de aanleiding voor dit onderzoek geschetst: een toename van het gebruik van voorzieningen voor sociale zekerheid (met name de Wajong), terwijl het aantal mensen met (psychische) gezondheidsproblemen niet toeneemt. Integendeel, in het vorige hoofdstuk bleek juist dat de gezondheid van Nederlanders de laatste jaren verbetert. Steeds meer individuen - met name kinderen - krijgen een diagnose, en daarmee toegang tot een voorziening. Experts zijn het er in het algemeen over eens dat dit niet komt doordat klachten daadwerkelijk toenemen. Over wat dan wel de redenen zijn dat het aantal diagnoses stijgt en of dit een goede ontwikkeling is, verschillen de meningen.

Hoewel de focus van dit onderzoek niet ligt op oorzaken van medicalisering, besteden we hier in dit hoofdstuk toch kort aandacht aan, omdat deze inzichten relevant zijn voor mogelijke oplossingsrichtingen. Een groot voordeel van een diagnose is natuurlijk dat deze toegang biedt tot een voorziening die kan ondersteunen of helpen genezen. De gevolgen zijn echter niet alleen maar positief. In dit hoofdstuk focussen we ons hoofdzakelijk op de negatieve effecten van een diagnose die uit de literatuur naar voren komen.

3.1 Highlights uit dit hoofdstuk

De achtergronden van de toename van diagnoses zijn onder te verdelen in factoren die te maken hebben met:

- **Veranderende maatschappij.** Er worden hogere eisen gesteld aan scholieren en werknemers, en daarnaast maakt medische vooruitgang een verfijndere diagnostisering mogelijk met meer behandelmogelijkheden.
- **Meer bekendheid van de diagnoses/stoornissen.** Medische informatie komt vaker en gemakkelijker beschikbaar in de maatschappij, met een aanzuigende werking tot gevolg.
- **Ruime en vage diagnosecriteria.** De diagnosecriteria maken vaststelling van lichte problematiek mogelijk, met een toename van diagnoses tot gevolg.
- **De aantrekkelijkheid van een diagnose.** Voor zowel professionals als personen en/of diens ouders spelen er diverse prikkels die een diagnosestelling motiveren.

Een diagnose is niet alleen maar positief. Er zijn diverse negatieve effecten bekend die het hebben van een diagnose met zich meebrengt:

- **Stigmatisering.** Een diagnose kan leiden tot stereotypering, waardoor mensen door anderen worden benadeeld enkel op basis van hun label.
- **Zelfstigma en invaliderende werking.** Een diagnose kan maken dat iemand zelf lagere verwachtingen heeft over zijn capaciteiten.
- **Glijbaaneffect.** Er zijn aanwijzingen dat er een diagnose kan leiden tot een glijbaanefect: de ene voorziening geeft als het ware toegang tot de andere.

3.2 Veranderende maatschappij

Een veelgenoemde oorzaak voor medicalisering is dat de maatschappij van tegenwoordig hogere eisen stelt aan zijn burgers, zowel in scholing als in werk [49, 65, 88]. Zo komen functies in schaal 1 en 2 nauwelijks meer voor. Dit betekent dat een afwijking van de norm eerder een beperking kan opleveren, waardoor uitval dreigt [65, 88].

Sommigen menen dat een betere herkenning van ziektebeelden de oorzaak is. Het UWV bijvoorbeeld concludeert dat de instroom veroorzaakt wordt door een andere diagnostiek, namelijk erkenning van nieuwe ziektebeelden en betere herkenning van bestaande ziekten [99]. De nieuwe methoden voor diagnosestelling en de verfijning van bestaande technieken, maakt dat deze kleinere afwijkingen zijn te traceren [15]. Niet alleen neemt de prevalentie hierdoor toe, het zorgt ook voor een verschuiving van het ziektebeeld. Mildere gevallen worden nu ook tot de ziekte gerekend. Zo wordt steeds lichtere problematiek van labels als ADHD, PDD-NOS, Asperger, MCDD en ODD voorzien [44]. Ook kan verbeterde diagnostische technologie maken dat afwijkingen in een eerder stadium worden ontdekt, nog voordat het tot problemen heeft geleid. Dit leidt tot zogenoemde *pseudoziekten*: ziekten waarvan patiënten zonder de diagnostische test nooit zouden weten dat zij ze hebben [15]. Zo worden risicofactoren zoals een hoge bloeddruk nu behandeld als ziekte, terwijl niet iedere patiënt hier kwalijke gevolgen van gaat ondervinden.

Doordat ook de behandelmogelijkheden toenemen zijn er ook meer klachten waar het medische circuit oplossingen voor kan bieden, wat het effect van medicalisering versterkt [15]. Ook de druk van de farmaceutische en biomedische industrie wordt in dit kader wel eens genoemd, of het feit dat er steeds meer afgestudeerde psychologen zijn.

De betere herkenning wordt veelal als een gunstige ontwikkeling beschouwd, omdat de behandeling hierdoor eerder kan starten en latere problemen voorkomen zouden worden.

3.3 Meer bekendheid van stoornissen

In de vorige paragraaf werd al genoemd dat een grotere bekendheid van bepaalde stoornissen ertoe leidt dat deze beter worden herkend en vaker worden gediagnosticeerd. Dit effect treedt niet alleen op bij professionals maar ook bij leken. Medische informatie komt vaker en gemakkelijker beschikbaar in de maatschappij. Patiënten en cliënten zijn de eersten die professionele begrippen en houdingen overnemen en doorgeven aan hun omgeving. Doordat bijvoorbeeld autisme bekender is geworden, gaan mensen meer letten op de symptomen hiervan en hier vaker hulp voor zoeken. Doordat een vereenvoudigde versie van professionele (medische) kennis wordt doorgegeven aan het grotere publiek, kan de vraag naar medische diensten toenemen [64]. Zo is bijvoorbeeld aangetoond dat sociale beïnvloeding ertoe leidt dat het in dezelfde omgeving wonen als iemand met autisme, de kans vergroot om zelf deze diagnose te krijgen [7]. Blijkbaar kan het vaker stellen van een diagnose *an sich* leiden tot het meer stellen van deze diagnose, simpelweg door de grotere bekendheid die hier het gevolg van is. Het gaat hier dus om een zelfversterkend effect.

3.4 Vage en ruime diagnosecriteria

Sommige auteurs stellen dat de diagnosecriteria in de DSM-IV zo ruim en vaag zijn dat diagnoses ook gesteld worden als er slechts sprake is van lichte problematiek. In het boek 'Anders en toch hetzelfde' [101] wordt geconcludeerd dat verruiming van de criteria van en vage criteria voor de autistisch spectrum stoornissen zoals autisme, asperger en PDD-NOS, tot overdiagnosticering en vals positieven heeft geleid en dat daadwerkelijke toename van de problematiek niet waarschijnlijk is. Zo zou het aantal mensen dat volgens de DSM-criteria ten minste eenmaal gedurende hun leven aan een psychische stoornis leidt dusdanig hoog zijn, dat er vraagtekens gezet kunnen worden bij de validiteit hiervan [9].

Dat indicatiecriteria voor bepaalde stoornissen ruim en vaag zijn, heeft niet alleen invloed op het aantal personen dat wordt gediagnosticeerd en behandeld in het GGZ-circuit, maar ook op het aantal diagnoses dat wordt gesteld in het kader van voorzieningen voor speciaal onderwijs en sociale zekerheid. Zo zouden de indicatiecriteria voor de indicatie speciaal onderwijs cluster 4 (gedrags- en psychische problemen) onvoldoende discrimineren met als gevolg dat meer leerlingen voor de zorg van cluster 4 in aanmerking komen dan strikt noodzakelijk is [65].

Behalve psychische stoornissen kunnen ook andere aandoeningen lastig te diagnosticeren zijn vanwege vage criteria, zoals klachten aan het bewegingsapparaat. Vage criteria maken het voor indicatiestellers lastig te bepalen of personen met deze klachten wel of niet kunnen werken, blijkt uit Canadees onderzoek [2]. Het blijkt verder dat juist bij aandoeningen die lastig te diagnosticeren zijn, de duur van het voorzieningengebruik relatief lang is [2].

3.5 Aantrekkelijkheid van een diagnose

3.5.1 Aanzuigende werking

Eén van de verklaringen voor de toename van het aantal diagnoses is het Nederlandse systeem van toegang tot voorzieningen in de AWBZ, het onderwijs en de sociale zekerheid en de financiering die hieraan gekoppeld is. Zo geeft een DSM-diagnose veelal automatisch toegang tot een persoonsgebonden budget (pgb) of een 'rugzakje' [44]. Een indicatie voor deze aanzuigende werking is bijvoorbeeld te zien in cijfers over instroom van kinderen in cluster 4 van het speciaal onderwijs, die hoger is dan zou worden verwacht uit internationale cijfers over de prevalentie van gerelateerde stoornissen (145/10.000 versus 60 á 100/10.000) [98]. Dit wordt treffend verwoord in een rapport van de Gezondheidsraad uit 2009: *'Een etiket levert geld op en zonder etiket geen hulp. Dit financieringsmechanisme werkt het risico op enige overdrijving van de problemen vanuit school of de ouders in de hand. Ook kan er een zeker risico op oogkleppen optreden, zogenaamde 'slagboomdiagnostiek' met als enig doel: een classificatie waarin geen ruimte is voor het in kaart brengen van de specifieke beperkingen en mogelijkheden van de persoon in kwestie.'* [98].

Ruime en vage criteria, zoals in de vorige paragraaf beschreven, versterken mogelijk deze aanzuigende werking, juist omdat objectieve diagnosestelling hierdoor moeilijker is. Ook in het buitenland wordt gerapporteerd over dit mechanisme. Zo werd in Canada een aanzuigende werking gezien van de verhoging van de toelage voor arbeidsongeschiktheid op 'las-

tig te diagnosticeren aandoeningen' zoals klachten aan het bewegingsapparaat [2]. In Canada zijn pieken te zien in het aantal diagnoses voor PDD-NOS op momenten dat hiervoor speciale voorzieningen in het leven werden geroepen [8].

3.5.2 Prikkel voor professionals

De literatuur beschrijft diverse prikkels voor professionals die diagnosestelling in de hand werken. Om te beginnen kijkt een arts altijd vanuit zijn beroepsperspectief naar een probleem. Dit maakt dat andere oorzaken – zoals sociale problematiek – over het hoofd kunnen worden gezien [15, 21]. Daarnaast kunnen artsen soms druk ervaren om een diagnose te stellen, om hiermee tegemoet te komen aan de wensen van de patiënt [5]. Ook is het stellen van een diagnose door middel van het scoren van DSM-criteria simpeler en minder tijdrovend dan te proberen de klachten te begrijpen in de sociale context [44]. Ook worden perverse prikkels genoemd voor het regulier onderwijs om door te verwijzen naar het speciaal onderwijs, gelegen in de bekostigingssystematiek [65]. Hier speelt ook mee dat de kwaliteit van een school steeds vaker wordt gekoppeld aan het percentage geslaagden en/of het percentage zittenblijvers.

3.5.3 Wegnemen van schuldgevoelens

Door klachten te labelen als een stoornis worden deze buiten de eigen verantwoordelijkheid geplaatst. Als er 'een stofje in de hersenen ontbreekt' kan de persoon en/of diens ouders daar niets aan doen. De klachten worden daarmee meetbaar en controleerbaar, tevens lijkt er een simpele oplossing voorhanden in de vorm van medicatie. Dit draagt bij aan de aantrekkelijkheid van het krijgen van een diagnose, en dus aan het aantal verzoeken aan professionals voor het stellen van een diagnose [44].

Ook de individualistische tendensen in de Westerse maatschappij worden genoemd als verklaring voor de toename van medicalisering en diagnostisering van klachten die voorheen niet als medische stoornis werden gezien [92]. In haar boek 'De depressie-epidemie' be- toogt Trudy Dehue dat in de huidige maatschappij mensen zich verplicht voelen om zelfverzekerd in het leven te staan en hun somberheid aan te pakken. Dit maakt dat een bezoek aan een arts bij uitval van school of werk de standaardreactie is geworden [21]. Ook dit vergroot de kans op medicalisering van problemen die niet per definitie medisch van aard zijn.

3.6 Het effect van stigmatisering

Stigmatisering wordt vaak genoemd als een negatieve consequentie van een diagnose. Diverse publicaties gaan in op stigmatisering als gevolg van labelling.

3.6.1 Stigmatisering en negatieve beeldvorming

Het nadeel van diagnostische classificaties is dat zij leiden tot generalisatie. Mensen met een diagnose worden als een homogene groep beschouwd en de verschillen tussen mensen

met en mensen zonder diagnose worden uitvergroot. Dit leidt tot stereotypering: mensen met een diagnose worden in termen van hun diagnose beoordeeld in plaats van op hun individuele kenmerken [95].

Aangetoond is dat leraren kinderen anders beoordelen wanneer hen verteld wordt dat deze kinderen ADHD hebben, dan wanneer dit niet wordt vermeld [88, 86]. Het label ADHD leidt tot negatieve gevoelens en tot minder vertrouwen bij de leraar ten opzichte van het kind. Deze negatieve beoordeling als gevolg van een label werd ook gezien bij andere labels die wijzen op een psychische- of gedragstoornis. De auteurs benadrukken dat deze bevinding zorgwekkend is omdat eveneens bekend is dat negatieve verwachtingen van een leraar negatief gedrag van kinderen kunnen versterken [88]. Het label werkt zo als een 'selffulfilling prophecy'.

Ook jongeren met een psychische stoornis in de Wajong kunnen te maken krijgen met stigmatisering. Zo zou de geringe arbeidsdeelname van Wajongers voor een deel verklaard kunnen worden door beeldvorming over mensen met psychische stoornissen en de achterblijvende productiviteit van een Wajonger [91]. Het blijkt verder dat mensen met een psychische beperking minder aantrekkelijk zijn voor werkgevers dan mensen met een fysieke beperking. Het hebben van een stigma maakt het voor mensen met een psychiatrische ziekte moeilijker een goede baan te verkrijgen en te houden, vanwege de vooroordelen van werkgevers of collega's [59]. Dit benadrukt het verband tussen medicalisering van psychische stoornissen en arbeidsongeschiktheid [96]. Hieruit volgt namelijk dat juist het vaker diagnosticeren van *psychische* stoornissen kan leiden tot minder arbeidsparticipatie.

3.6.2 Relatie tussen labelling en stigmatisering niet eenduidig

Er zijn ook auteurs die betogen dat stigmatisering kan optreden zonder dat er sprake is van een label, maar puur als gevolg van het afwijkende gedrag [16]. Daarbij zou een label of diagnose de negatieve effecten van het afwijkend gedrag juist helpen beperken, bijvoorbeeld omdat een diagnose kan helpen de aandoening bespreekbaar te maken en dat deze begrip en sympathie kan opwekken bij anderen [16, 17, 88].

Helder is dat de relatie tussen labelling en stigmatisering niet eenduidig is. Verschillende factoren zijn van belang, zoals de aard van het label en van het afwijkend gedrag. Zo bleken kinderen met dyslexie vaak blij te zijn met het label, omdat het alternatief is dat ze 'dom' zijn. Voor psychische stoornissen ligt dit wellicht anders en is het risico van stigmatisering groter, omdat het betrekking heeft op (afwijkend) gedrag. Ook of het gaat om een medisch of niet-medisch label kan verschil uitmaken. Zo blijkt burn-out in sommige landen niet als een medische aandoening gelabeld te worden. In deze culturen zijn deze klachten meer sociaal geaccepteerd en leiden ze minder tot stigmatisering [94].

3.7 Het effect van zelfstigma en invaliderende werking

In hoeverre een aandoening de lichamelijke, psychische, of sociale gezondheid beïnvloedt, blijkt slechts voor een deel af te hangen van de ernst van de aandoening, en vooral ook van de eigen perceptie van de aandoening (*illness perception*). Deze perceptie houdt ver-

band met arbeidsparticipatie. Het blijkt dat patiënten die hun aandoening ernstiger beoordelen zich vaker ziek melden en een hoger risico lopen op arbeidsongeschiktheid [42].

Uit bovenstaande volgt dat hoe iemand zelf zijn klachten of aandoening beoordeelt, van invloed is op zijn welbevinden en uiteindelijk de arbeidsparticipatie. Een (te) negatief beeld over de eigen aandoening is te zien als een *zelfstigma*. Dit kan ertoe leiden dat iemand verwacht niet in staat te zijn tot bepaalde activiteiten en het daarom ook maar niet meer probeert. In de sociale zekerheid heet dit fenomeen *de invaliderende werking van het systeem*, in de zorg *aangeleerde hulpeloosheid* [65, 69]. Een diagnose kan dit zelfstigma versterken: mensen kunnen gaan geloven dat zij minder waard zijn vanwege hun stoornis, dit is bijvoorbeeld bekend van psychiatrische patiënten [95]. Dit zelfstigma kan een gedragsmatig effect hebben: mensen gaan niet op zoek naar werk of een zelfstandige woning terwijl zij hierin anders succesvol zouden kunnen zijn [13].

Behalve tot een negatief zelfbeeld of een zelfstigma kan een diagnose ook leiden tot een (te) beschermende houding van de omgeving. Ouders ervaren soms angst voor wat een kind kan overkomen in de 'grote boze buitenwereld', waarbij men de capaciteiten van een kind onderschat. Zo wordt er door experts op gewezen dat Wajong-ers vanuit de thuissituatie, de school of de instelling eraan gewend zijn geraakt dat er voor ze gezorgd wordt. Ze voelen zich onvoldoende verantwoordelijk voor het eigen leven en dus ook voor het vinden van werk [65].

3.8 Glijbaaneffect

Tot slot staan we stil bij het *glijbaaneffect* als mogelijk negatief effect van diagnosestelling. Er zijn aanwijzingen dat het gebruik van een zorg- of onderwijsvoorziening, waar een diagnose toegang toe geeft, veelal automatisch tot instroom in de Wajong leidt.

Er zijn geen studies die aantonen dat het krijgen van een diagnose uiteindelijk de kans op arbeidsongeschiktheid vergroot, maar er zijn hiervoor wel aanwijzingen. Zo blijkt de instroom in het speciaal onderwijs gelijk op te lopen met de stijging van het aantal Wajongers [91]. En deze instroom houdt, zoals aan het begin van dit hoofdstuk beschreven, vooral verband met een toename van diagnoses, en niet van klachten. De vraag is dan in hoeverre deze kinderen geholpen zijn met hun diagnose als deze ze vervolgens naar de Wajong toeleidt.

Het is aannemelijk dat de cruciale plaats die diagnoses hebben ingenomen in ons systeem van toegang tot voorzieningen, een glijbaaneffect stimuleren: het 'toegangskaartje' voor de ene voorziening geeft ook automatisch toegang tot de andere voorziening. Voor de behandeling van een stoornis zijn diagnoses niet nodig, zo stelt kinder- en jeugdpsychiater Edo Nieweg: '*Behandeling richt zich in de praktijk op problemen en klachten en zou dus ook verricht kunnen worden zonder die eerst te classificeren*' [44]. Daarbij wegen de voordelen van een diagnose wellicht niet altijd op tegen de nadelen.

4 Interventies in relatie tot arbeidsparticipatie

Het medische circuit stopt zelden bij het stellen van een diagnose, vaak begint het dan pas. Elke diagnose kent verschillende behandelrichtingen, meestal met oplossend maar vaak ook verlichtend resultaat als doelstelling. In dit hoofdstuk komen mogelijke nadelen van interventies op arbeidsparticipatie aan bod. Hierbij gaat het zowel om het traject voorafgaand aan de interventie, de behandeling zelf als de gekozen insteek. Uiteraard hebben interventies in de meeste gevallen vooral positieve gevolgen, echter, in het onderhavige stuk zoeken we juist naar negatieve effecten met als doel deze te verminderen dan wel te voorkomen.

4.1 Highlights uit dit hoofdstuk

Medicalisering kan in de interventiefase diverse negatieve effecten voor arbeidsparticipatie met zich meebrengen, namelijk als:

- De interventie zich niet richt op de feitelijke problemen, zoals een **onderbelichting van sociale problematiek**;
- Behandeling te lang uitblijft door **wachlijsten**;
- **Niet de juiste behandelaar** wordt ingezet, dat wil zeggen geen specialistische zorg wordt geboden;
- **Niet de juiste interventie** wordt ingezet, bijvoorbeeld alleen medicatie als ook therapie gewenst is;
- **Onnodige risico's van een behandeling**, waardoor iemand feitelijk langer uit de roulatie kan geraken. Het gaat hierbij zowel om klinische gevolgen (dwz. fysiek of psychisch letsel) als sociale gevolgen (bijv. pijnontwijkend gedrag).
- **De focus op de klachten** ligt in plaats van mogelijkheden. Hierbij gaat het met name om een **onderbelichting van de arbeidsmogelijkheden**, waardoor (re-)integratie strandt.
- Slechte samenwerking tussen verschillende betrokken partijen, waardoor een **integrale aanpak van de problemen uitblijft**.

Let wel: het is niet gezegd dat deze neveneffecten altijd optreden, het zijn *mogelijke* negatieve gevolgen die kunnen voortkomen uit medicalisering. Het uitblijven van een tijdige, adequate en effectieve interventie van de feitelijke problemen maakt dat mensen weinig of geen ondersteuning ontvangen om hun beperking te overwinnen. Individuen kunnen wennen aan hun situatie, en raken gedemoraliseerd en worden passief. Dit noemt men ook wel de invaliderende werking van het systeem.

4.2 Inadequaat gekozen interventie

Voordat een interventie wordt ingezet, dient er een diagnose te zijn. Als deze diagnose niet de juiste problemen benoemd, zal de interventie onvoldoende effectief zijn. Als een patiënt (te) lang moet wachten op een interventie, kan de problematiek verergeren. Als vervolgens de patiënt niet bij de juiste specialist terecht komt of een interventie krijgt aangeboden die niet bewezen effectief is voor de betreffende problematiek, is de patiënt niet geholpen. En

als al deze obstakels zijn vermeden, kan er nog sprake zijn van een negatieve uitkomst als gevolg van de (onnodige) risico's die de interventie met zich meebrengt. In deze paragraaf komen deze aspecten nader aan bod.

4.2.1 Onderbelichting sociale problematiek

Als er sprake is van medicalisering van problemen met een sociale grondslag – zoals sociale stress, financiële problemen of werkloosheid [74] - kan een medische interventie de plank mislaan of zelfs averechts werken [21, 70, 71]. Zo hebben mentale stoornissen veelal multidimensionale kenmerken, waaronder biologische, psychologische en sociale aspecten [49].

Artsen zijn vanuit hun eigen expertise vaak niet in staat om werkgerelateerde ziekten te herkennen [18]. Volgens de schatting van TNO is 21% van het verzuim vermijdbaar (circa één miljard euro), waarbij de vermijdbare aspecten ongeveer gelijk verdeeld zijn tussen werkomstandigheden, privé-omstandigheden en (arbo)curatieve zorg [25]. Dit suggereert dat een betere herkenning van de sociale en werkgerelateerde oorzaken mogelijk is.

Volgens de OECD zou een behandeling zich niet alleen op de klinische behoeften van de patiënten moeten richten, maar ook hun sociale problemen [49]. Deze patiëntgerichte focus, waarbij de problemen aan de persoon zelf worden toegekend, kan een gevoel van schuld en machteloosheid voortbrengen [30]. Daarbij komt, als de feitelijke problemen onopgelost blijven, brengt dat mensen niet dichterbij arbeidsparticipatie.

4.2.2 Wachtlijsten en doorlooptijden

De doorlooptijden in de curatieve sector werken vertraging in de hand [18]. Ook hebben wachtlijsten een nadelig effect op werkherwinning [18]. Dit bestendigt bestaande klachten en bevordert het ontstaan van nieuwe klachten [25]. Psychosociale belemmeringen, afname van zelfvertrouwen en passiviteit bij de patiënt/werknemer zijn het gevolg [25, 89]. Overigens is deze redenering niet beperkt tot de medische zorg: het blijkt dat wachtlijsten voor re-integratie ook negatieve effecten hebben op de ziektebeleving, wat meer en langere ziektemelding tot gevolg heeft [85, 89]. Langdurige, gefaseerde voorbereidingstrajecten, kunnen soms zinvol zijn, maar werpen ook een reeks van nieuwe barrières op voor daadwerkelijke integratie [85].

Bij de overgrote meerderheid van de zieke werknemers wordt er door bedrijfsartsen en huisartsen niet gestuurd op een snelle herwinning van werkzaamheden, blijkt uit Return-2-Work-onderzoek van TNO [85]. Dit terwijl recent onderzoek heeft laten zien dat tijdige herwinning van werkzaamheden over het algemeen bijdraagt aan vermindering van gezondheidsklachten en herstel van functioneren [85]. De kans op terugkeer naar werk is het grootst als de interventie direct bij de eerste ziekmelding wordt gestart [49].

Terugdringen van de wachttijden levert veel op zoals het ZonMw-programma 'Sneller Beter' heeft laten zien [25]. Het lijkt vooral van belang hoe snel en concreet de aanpak van hulpverleners is: is er tijdig een probleemanalyse (binnen zes weken) en een plan van aanpak (binnen acht weken) [85].

4.2.3 Niet voldoende of te specialistisch

Te vaak is de behandelend arts niet een specialist, zo stelt de OECD. Slechts een kwart van de mensen met mentale problemen komt bij een specialist terecht [49]. Een Zweeds onderzoek sluit hierbij aan, de conclusie daarvan was dat huisartsen vaker én eerder patiënten met mentale problemen of onverklaarde somatische klachten naar een psychiater zouden moeten doorsturen [74]. Dit lijkt onbedoelde en ongewenste effecten in de hand te werken. Doordat er meer aandacht uitgaat naar relatief milde gevallen, kan het zijn dat ernstige(re) gevallen over het hoofd worden gezien of te weinig aandacht krijgen [15].

Volgens de OECD zou een verhoogde inzet van specialistische mentale zorg de gezondheidsuitkomsten verbeteren [49]. Tegelijkertijd zijn er geluiden dat een sterke specialisatie afstemmingsproblemen met andere professionals tot gevolg kan hebben [25]. In een recent rapport constateert de RMO dat 'zware hulpverlening' is opgerukt in het alledaagse leven, waardoor kwetsbare gezinnen worden geconfronteerd met een systeem dat hen apart plaatst van gezinnen zonder noemenswaardige opvoedproblemen en ook buiten de gewone pedagogische context [102].

4.2.4 Niet juiste interventie

Niet alleen ontvangen patiënten de interventie niet altijd van een adequate behandelaar, ook krijgen zij niet altijd de juiste interventie [74]. De behandeling van personen die voorzieningen aanvragen voor psychiatrische redenen, is internationaal gezien onvoldoende [41, 49, 74]. Publieke geestelijke gezondheidszorg is betrekkelijk ineffectief en – in ieder geval in de USA - zelfs aan het verslechteren [41]. Nog niet de helft van de mensen met ernstige mentale stoornissen ontvangt behandeling [41, 49]. Als er een behandeling wordt ingezet – zoals medicatie of psychotherapie – voldoet ongeveer de helft van de gevallen niet aan de minimale standaarden [49].

Medicatie is een belangrijk element in de behandeling, maar aanvullende therapieën of zelf therapie alleen is even zo vaak en zelfs belangrijker [49]. In Nederland wordt deze combinatie – gebaseerd op cijfers uit 2005 - minder vaak ingezet dan in andere Europese landen [49].

4.2.5 Onnodige risico's van interventie

Ook als wel de juiste behandeling door een adequate behandelaar op tijd wordt ingezet, is niet gezegd dat de patiënt hiermee is geholpen. Het inzetten van interventies bij relatief milde gevallen en bij pseudoziekten (zie vorig hoofdstuk) kan onnodig veel zorgen – en mogelijk ook beperkingen - teweeg brengen bij de patiënt, maar ook onnodige behandelingen tot gevolg hebben. Elke behandeling heeft een zeker risico, de vraag is of dit risico nog opweegt tegen de voordelen die een behandeling bij een relatief milde ziekte heeft. Hierbij speelt ook mee dat de meeste behandelingen zijn getest in klinische omstandigheden op relatief ernstige gevallen, het is niet altijd bekend wat de effectiviteit bij relatief milde gevallen is [15]. Zo zijn de lange-termijneffecten van Ritalin – medicatie ingezet bij ADHD - niet bekend, en dient altijd een zorgvuldige afweging te worden gemaakt tussen de baten die de patiënt er nu bij heeft en mogelijke schadelijke effecten op langere termijn. Ook is

niet altijd gezegd dat de verleende zorg überhaupt effectief kan zijn, omdat er sprake is van structurele beperkingen, handicaps of stoornissen en niet verwacht mag worden dat problemen snel of voor altijd worden opgelost [56].

Daarnaast zorgt een toename van het aantal behandelingen voor een toenemende kans op fouten, als gevolg van de vergrote complexiteit en verhoogde druk in de zorg [15]. Ook hierdoor lopen patiënten meer risico op schadelijke effecten van een behandeling die zij ondergaan.

Naast het feit dat iemand ziek kan worden als gevolg van falend handelen van de arts – ook wel *klinische iatrogenese* genoemd – bestaat er ook een kans op *sociale iatrogenese* [18]. Iemand kan zich zieker gaan gedragen dan feitelijk nodig is als gevolg van de medische aandacht. Zo kunnen therapeutische aanbevelingen voor bedrust een patiënt bevestigen in zijn pijnontwijkend gedrag en daarmee het ziekteverzuim verlengen [18].

Volgens onderzoek zou eenvijfde tot een kwart van de zorg overbodig of zelfs schadelijk zijn [25]. Ongeveer 5% van de ziekenhuisopnames resulteert in onbedoelde schade en verlenging van de opnameduur van circa 10 dagen [25]. Ineffectieve medische behandeling van patiënten kan daarmee resulteren in een ernstig risico van onnodig (langdurig) ziekteverzuim.

4.3 Klachtgerichte focus van de interventie

De focus van de interventie is ook een bepalende factor in de arbeidstoeleiding of re-integratie van de zieke scholier of werknemer. Als de focus te sterk ligt op de klachten en niet op de mogelijkheden - en in het bijzonder de arbeidsmogelijkheden – kan dit een negatieve invloed hebben op de arbeidsparticipatie.

4.3.1 Klachtcontingente aanpak

Niet alleen de wachttijd houdt de focus op de klachten, ook de aard van de behandeling is hierin bepalend. Tot nog niet zo lang geleden – en verschillende professionele behandelaars werken nog zo - bestond begeleiding uit het eerst inzetten op het reduceren van klachten en pas daarna op herstel van het functioneren op school of in werk [50, 56]. Dit wordt een *klachtcontingente aanpak* genoemd: de belasting wordt aangepast aan de ernst van de klachten en symptomen, en de voortgang van re-integratie is afhankelijk van de inschatting van de patiënt.

Hoewel klachtcontingente begeleiding bij de re-integratie van mensen met een (psychische) aandoening in eerste instantie een logische aanpak lijkt, kleven er ook nadelen aan. Zo kan de vanzelfsprekende focus op klachten en symptomen onnodig vertragend en invaliderend werken [50]. Ook blijken – in lijn met het voorgaande – klachtgerichte interventies niet automatisch tot verbeteringen in functioneren te leiden en zijn interventies die effectief zijn in het verminderen van klachten niet zonder meer ook effectief op werkgerelateerde uitkomsten, zoals ziekteverzuim [50]. Een alternatieve aanpak is om niet de focus op de klachtbe-

leving te legen, maar een tijdschema leidend te laten zijn in de terugkeer naar school of werk.

In de afgelopen decennia is in een deel van de GGZ steeds meer aandacht ontstaan voor de rehabilitatiebenadering waarbij niet beperkingen, maar wensen en mogelijkheden het vertrekpunt zijn voor de ondersteuning van mensen met psychische problemen bij hun sociale en maatschappelijke participatie [85]. Leidende gedachte achter de arbeidsrehabilitatie in de GGZ is dat werk niet ziekmakend maar juist herstelbevorderend kan zijn voor mensen met psychische problemen [85]. Deze gespecialiseerde ondersteuning bij arbeidsintegratie van mensen met psychische problemen is echter nog maar op bescheiden schaal beschikbaar vanuit de GGZ [85].

4.3.2 Arbeidsparticipatie onderbelicht

Behandeling is een kritische factor in het beperken van de symptomen en het verbeteren van de arbeidsvooruitzichten voor mensen met (mentale) gezondheidsproblemen, omdat zij hiervan arbeidsbeperkingen ondervinden. Echter, medische behandeling is vaak niet voldoende om patiënten aan het werk te helpen of aan het werk te houden [49].

De focus op arbeidsparticipatie ontbreekt vaak [20, 49, 85]. Met name bij langdurig verzuim is er eenzijdige aandacht voor de klachten en niet voor functioneel herstel, er is geen aandacht of expertise voor arbeidsrelevante aspecten [25]. Opmerkelijk is dat de bedrijfsarts in 71% van de gevallen adviseert het werk voorlopig niet te hervatten en dat in 16% van de probleemanalyses een advies over hervatting van de werkzaamheden ontbreekt [85]. De laatste tijd lijkt hier wel enige verbetering in te zitten, maar het gaat langzaam [25]. Er zijn wel succesvolle evidence based aanpakken ontwikkeld, maar de navolging van dergelijke richtlijnen laat te wensen over, met een suboptimale kwaliteit van de dienstverlening tot gevolg [25, 41].

Zo is sinds 2006 in de richtlijn 'Werk en psychische klachten' opgenomen dat de behandelbaar een activerende rol heeft in de begeleiding naar werk, persoon- en omgevingsgericht werkt, afstemt met andere professionals en een tijd- en procescontingente aanpak hanteert [85: NIP & LVE 2005]. In praktijk blijkt – zo'n 3 jaar na invoering - minder dan de helft van de psychologen de richtlijn toe te passen [85]. Dit impliceert dat zij een snelle hervatting van de werkzaamheden voor bepaalde typen diagnoses niet geschikt achten. Deze opvatting staat haaks op het idee achter de richtlijn dat het betrekken van werk en het werksysteem bij iedere werknemer die verzuimd vanwege psychische klachten relevant wordt geacht [85]. De assumptie dat een snelle werkhervatting de gezondheid van cliënten mogelijk zou kunnen schaden lijkt op basis van onderzoek ongegrond [85].

Zowel de probleemanalyse als een plan van aanpak zijn onderdeel van de Wet Verbetering Poortwachter (WVP). Ondanks deze wettelijke kaders blijkt dat niet iedere professional in de praktijk hiernaar handelt [85]. Behandelend artsen hebben vaak te weinig informatie over de fysieke eisen die een baan aan de werknemers stelt om een goede beslissing te kunnen nemen over wanneer en hoe de werknemers weer aan de slag kan [18].

Ook is het belangrijk dat de werkomgeving en de werkgever in het herstel worden betrokken [49]. Niet alleen bij werknemers maar ook bij werkgevers lijkt er een onvermogen te bestaan om de beoogde regievoering bij verzuim op zich te nemen [25]. Zij vinden weinig steun bij de professionals en schuiven de verantwoordelijkheid voor herstel en werkhervatting in hun richting. Het principe van snelle plaatsing en het op die manier direct benutten van de voordelen van werk is nog geen algemeen gebruik en wordt soms gehinderd door het ontbreken van beschikbare arbeidsplaatsen of het voldoende snel beschikbaar komen van ondersteuning op de werkplek [85].

Ook volgens de Wet Verbetering Poortwachter dient de werknemer een actieve rol te spelen in zijn eigen herstelproces. Ook dit gebeurt nog onvoldoende, althans volgens de werknemer zelf, 7 jaar na invoering van de WVP [85]. Ook is gebleken dat standaardtrajecten niet goed werken, van belang is dat ondersteuningstrajecten aansluiten bij het perspectief, de individuele wensen en eigen herstelplanningen van de betrokkene [85]. Motivationale factoren spelen een belangrijke rol als het gaat om werkhervatting [85]. Met name het geloof in eigen kunnen (*self-efficacy*) blijkt een belangrijke predictor in het werkhervattingsproces [85]. Dit geldt zowel voor psychische klachten als fysieke klachten [85]. Bij de werknemer kan het uitblijven van werkhervatting leiden tot negatieve gevoelens en vervreemding richting de werksituatie [25]. Te vaak is een individu ook na behandeling onvoldoende in staat terug te keren in de maatschappij, doordat er onvoldoende handvatten voor re-integratie zijn aangereikt [65, 66, 67].

4.3.3 Beperkte arbeidsgerichtheid van school

Veel mentale problemen ontstaan op jonge leeftijd, driekwart voor het 24^{ste} levensjaar, en een kwart al op een leeftijd van 7 jaar [49]. Mentale gezondheidsproblemen kunnen daarmee een negatief effect hebben op de educatie en als gevolg daarvan op het sociale en professionele leven als volwassenen [49]. School is dan ook de sleutellocatie voor de bescherming van de mentale gezondheid van de jeugd, als ook het aanleren van strategieën om met problemen om te gaan [49]. Hierbij is ook de betrokkenheid van ouders en opvoeders cruciaal, net als geschikte ondersteuning [49]. Als problemen niet juist worden behandeld, kan het gevaar met zich meebrengen dat de problemen verergeren en voortijdige schoolverlating tot gevolg hebben [49].

Het te vroeg toekennen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering is volgens de OECD geen goede oplossing [49]. De belangrijkste reden is dat met geschikte hulpverlening en ondersteuning de meeste mentale gezondheidsproblemen die in de jeugd en adolescentie optreden, sterk kunnen verbeteren [49]. Daarnaast is de weg terug naar de arbeidsmarkt als een jongere eenmaal in een uitkering zit moeizaam [49]. Reden hiervoor is dat ook vanuit de uitkering een invaliderend effect kan uitgaan, waarbij ouders en hulpverleners de jongere teveel in bescherming nemen [65].

De meeste scholen voor speciaal onderwijs (cluster 3 en 4) waren tot voor kort te weinig op arbeid gericht [46, 65]. Ze doen daarmee dus ook te weinig aan preventie van Wajong. Wel is het zo dat de laatste jaren de aandacht voor werk op de scholen voor speciaal onderwijs duidelijk toeneemt [46, 65]. Sommige scholen zijn al jaren voorloper in arbeidstoeleiding en de meeste scholen volgen in verschillende snelheden [46, 65]. Maar er zijn nog geen

bewezen effectieve methodieken voor arbeidstoeleiding en weinig goede praktijken die gedeeld worden tussen scholen [46, 65].

4.4 Ontbreken van integrale benadering: systeemfalen

Een fundamentele oorzaak waardoor mensen met een beperking niet adequaat worden geholpen, ligt in het feit dat er sprake is van gescheiden systemen. Elke sector – zorg, onderwijs, sociale zekerheid – heeft zijn eigen belangen en financieringsstromen. Dit betekent dat er lang niet altijd verder wordt gekeken dan het eigen terrein, zoals in de vorige paragraaf feitelijk ook al naar voren is gekomen. Het gevolg hiervan kan zijn dat een scholier of werknemer niet is geholpen doordat er geen integrale aanpak is. Dat het collectief van betrokken partijen (curatieve zorgaanbieders, werkgevers, verzekeraars, werknemers) er niet in slaagt de problematiek structureel aan te pakken wordt wel *systeemfalen* [25] of *many hands probleem* genoemd [43]. Oorzaak zijn vaak prikkels die strategisch gedrag kunnen veroorzaken.

Box 4.1 Systeemfalen: voorbeelden van prikkels

- Tussen de geldstromen in de zorg bestaan vaak schotten. Een voorbeeld: integrale zorg waarbij psychosociale inzet naast medische en fysiotherapeutische expertise wordt ingezet is vrijwel niet te organiseren zonder buitengewone creativiteit met bekostigingsspelregels [110]. De financiering vormt zo één van grootste drempels om samenwerking tussen beroepsgroepen en aandacht voor arbeid te stimuleren.
- Invoering van het systeem van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in 2008 in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) leidde ertoe dat betalingen plaatsvinden per verrichting. Hiermee is een prikkel geïntroduceerd om meer verrichtingen uit te voeren. Volgens een onderzoek van KPMG in opdracht van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) hebben zorgverzekeraars een informatieachterstand ten opzichte van zorgaanbieders waardoor er een belemmering is op een goede controle op de (kwaliteit van de) geleverde zorg [108]. Het CVZ wijst daarnaast op de prikkel die uitgaat van het tijdregistratiesysteem met tijdgrenzen [108]. Een aanbieder heeft er dan baat bij net uit te komen in een hogere grens (*upcoding*). Vooral nieuwe aanbieders lijken geneigd tot *upcoding*. Er zijn dus prikkels die leiden tot meer en duurdere geestelijke gezondheidszorg, maar niet per definitie tot effectievere geestelijke gezondheidszorg.
- Sinds de invoering van de Wet Werk en Bijstand in 2004 zijn gemeenten financieel verantwoordelijk voor het verstrekken van bijstandsuitkeringen. Gemeenten hebben door deze systematiek een grote financiële prikkel om het aantal bijstandsuitkeringen zo laag mogelijk te houden. Uit een analyse van het CPB blijkt dat dit leidde tot het doorverwijzen van bepaalde cliënten naar de door het Rijk gefinancierde Wajong.
- Het introduceren van bepaalde financiële prikkels kan ook leiden tot strategisch gedrag bij burgers. Uit een analyse van het CPB blijkt dat de uitgaven aan zorgleerlingen de afgelopen jaren ondermeer zijn gestegen door stijging van het aantal rugzakleerlingen [109]. De achterliggende oorzaak is vermoedelijk dat de leerlinggebonden financiering ('rugzakje') een latente vraag bij ouders opriep en zo nieuwe gevallen aantrok, zonder dat het budget grenzen stelde aan de deelname ('open einde regeling').

Hieronder beschrijven we wanneer en waardoor een integrale aanpak niet van de grond komt.

4.4.1 Weinig afstemming tussen hulpverleners onderling

De communicatie en coördinatie tussen hulpverleners onderling is in zijn algemeenheid slecht te noemen [18, 65, 85]. Zo bestaat er volgens werknemers nauwelijks overleg tussen huisarts en bedrijfsarts en verschillen deze artsen ook in hun diagnosestelling over de specifieke aard van (geestelijke) gezondheidsklachten bij dezelfde werknemers [85]. Bedrijfsartsen stellen dat er een remmende effect uitgaat van de behandelende artsen en dat dat van grote invloed is op de terugkeer naar werk [18]. Dat een behandelende arts en de bedrijfsarts nog steeds verschillende doelen hebben in plaats van gezamenlijke doelen bij het behandelen van de patiënt, lijkt de meest logische verklaring voor het gebrek aan communicatie [18].

Ook de relatie en communicatie tussen reguliere artsen en verzekeringsartsen is niet altijd optimaal [23, 25, 49, 75]. De knelpunten, voortvloeiend uit de jarenlange scheiding tussen behandeling en controle, zijn in feite nooit voortvarend aangepakt [23]. Hoewel de verzekeringsarts zeker in belangrijke mate gebaat is bij maximale communicatie met de huisarts, blijkt men in de praktijk slechts in ongeveer een kwart van de gevallen van langdurige arbeidsongeschiktheid met elkaar te overleggen [23]. Meestal ontstaat het contact uit eigen belang, bijvoorbeeld als de verzekeringsarts zelf informatie van huisarts of specialist nodig heeft om tot een eigen oordeel te kunnen komen [23]. Echter, terugkoppeling over bijvoorbeeld het besluit van de verzekeringsarts vindt zelden plaats [23]. Dit gebrek aan onderlinge afstemming en overeenstemming in probleemanalyse kan het werkhervattingsproces negatief beïnvloeden.

In de praktijk verloopt het combineren van voorzieningen voor jongeren met beperkingen of problemen moeizaam omdat daaraan verschillende indicaties, uitvoerders en financieringsbronnen ten grondslag liggen [65]. En ook opvattingen en cultuur verschillen soms sterk tussen de verschillende voorzieningen. Ook wordt gewezen op verschillen in cultuur bijvoorbeeld tussen de publieke jeugdzorg en de private GGZ of tussen de publieke jeugdgezondheidszorg en de jeugdzorg. Het overzicht van alle mogelijke regelingen voor jongeren met een beperking en alle mogelijke betrokken partijen maakt duidelijk dat het er veel zijn en dat het veeleer logisch is dat het leidt tot afstemmingsproblemen en regievragen [65].

Ook schoolondersteuningsdiensten komen in het algemeen niet voldoende tegemoet aan de behoeften van de kinderen, en missen coördinatie met het gezondheidssysteem en andere hulpinstanties [49]. Voor een praktijkgerichte opleiding is samenwerking tussen verschillende partijen – school en bedrijfsleven – noodzakelijk, wat vaak moeizaam tot stand komt [65]. De inzet op interventies om de leerling voor te bereiden op werk betreffen vooral stages [46]. Stages vormen zonder meer een goede voorbereiding op de arbeidsmarkt, maar de vraag is of de scholen wel beschikken over voldoende variëteit aan stages, over stages die ook een kwalificatie opleveren, of ze gebruik maken van andere werkorganisaties en of zij niet te veel schoolbegeleiders zijn in plaats van werkbegeleiders [46]. Werkgevers blijken in praktijk te weinig stageplekken beschikbaar te (kunnen) stellen voor jongeren met

bepkeringen [65]. Er is sprake van een toenemend risicobesef bij werkgever om een jongere met een Wajong-uitkering aan te nemen [65]. De samenwerking met UWV om jongeren aan werk te helpen verloopt vaak moeizaam [46], een verbetering vanuit beide partijen zou de werkgelegenheid van deze jongeren verbeteren.

4.4.2 Gescheiden financiering en gescheiden verantwoordelijkheden

Vaak is de bereidheid tot samenwerking wel aanwezig, maar kijkt men naar elkaar in termen in karikaturen – bijv. naar aanleiding van incidenten in de media – en ligt de focus op praktische bezwaren [65]. Samenwerking door verschillende partijen in de keten volgt niet logischerwijs uit de probleemanalyse waar een indicatie op is gebaseerd [65]. Cultuurverschillen staan samenwerking vaak in de weg [43, 87].

Mede door de verbrokkelde financiering en verantwoordelijkheden, is die samenhang soms lastig te realiseren [43, 87]. In het algemeen worden door de betrokkenen ten dele de middelen, maar vooral ook een goede bestuurlijke en organisatorische infrastructuur gemist voor de arbeidsintegratie van mensen met psychische problemen [87]. De belangrijkste complicerende factor is de spreiding van taken en verantwoordelijkheden over een groot aantal partijen [87].

De belangstelling voor samenwerking rond de doelgroep van mensen met psychische problemen is mede door de versnippering niet altijd even groot [87]. Zo wordt het principe van ondersteuning op individuele maat nog teveel belemmerd door het ontbreken van financiering voor een gedegen inventarisatie van de wensen en de mogelijkheden van cliënten [87]. Ook in de continuïteit van de ondersteuning, vooral in de overgang naar werk en bij langdurige ondersteuning in het werk, blijken verbeteringen gerealiseerd te kunnen worden. Een belangrijk aandachtspunt is verder de samenhang tussen de ondersteuning bij de arbeidsintegratie en de hulp die cliënten op andere terreinen ontvangen [87].

Meerdere partijen pleiten voor regievoerders of casemanagers. Daar lijden met name diegenen onder die met ernstiger problemen te kampen hebben en de voorzieningen die (de verantwoordelijkheid voor) de ondersteuning op verschillende terreinen zoveel mogelijk trachten te integreren binnen één organisatie of team [43, 87]. Daar bestaat geen eenduidige en afdoende financiering voor [43, 87]. Door betrokkenen wordt aangegeven dat concrete samenwerking ook wel belemmerd wordt door de regelgeving [56]. Financieringsmogelijkheden van arbeidsrehabilitatie vanuit de zorgwetten – ZVW en AWBZ – nemen zelfs af [87]. Een hindernis bij arbeidstoeleiding door scholen is dat hiervoor verschillende afdelingen en geldstromen zijn [65].

Door bovenstaande factoren is de ondersteuning in de praktijk teveel afhankelijk van de bevoegdheid en het doorzettingsvermogen van individuele hulpverleners. Het heeft onvoldoende institutionele pleitbezorgers [87]. Bovendien wordt er niet (structureel) geleerd van goede praktijkvoorbeelden [65]. Dit betekent dat individuen met een beperking zelden een integrale aanpak van hun problemen ontvangen, en dat daarmee problemen in stand worden gehouden of verergeren met een mogelijk negatief effect op de arbeidsparticipatie.

5 Slotbeschouwing en oplossingen

5.1 Slotbeschouwing

De literatuur laat zien dat er nog veel ruimte tot verbetering is. De (psychische) gezondheid van de Nederlandse bevolking en werkenden is de afgelopen jaren niet verslechterd en zelfs iets verbeterd, maar het aantal psychische diagnoses bij jongeren neemt toe, net als het gebruik van medicatie voor ADHD. Psychische klachten bij werkenden leiden meestal tot een lange verzuimduur en vormen een belangrijke belemmering voor het functioneren op het werk. Een beproefde succesvolle re-integratieaanpak is er voor deze groep nog niet. Daarnaast is er de enorme groei van het aantal Wajong-uitkeringen en de beperkte kans op werk voor Wajong-ers. De arbeidsparticipatie van mensen met (vooral psychische) beperkingen vormt hiermee een belangrijk uitdaging voor de overheid.

In de afgelopen jaren zijn verscheidene initiatieven genomen om enerzijds de arbeidsparticipatie van mensen met (psychische) beperkingen te vergroten en anderzijds de onbedoelde en ongewenste effecten van zorg en hulp op arbeidsparticipatie te verminderen. In de sociale zekerheid hebben stelselwijzigingen en een actievere aanpak van verzuim geleid tot minder instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen en minder verzuim. In het speciaal onderwijs is er meer oog voor arbeidsparticipatie van jongeren met een beperking, zoals ondermeer het recente wetsvoorstel kwaliteit (voortgezet) speciaal onderwijs laat zien. Het onderzoeksprogramma 'Participatie en Gezondheid' van de ministeries van SZW en VWS stimuleert onderzoekers en bedrijven om gezamenlijk te investeren in de duurzame inzetbaarheid van werknemers.

Tijdens de discussiebijeenkomst over de onbedoelde en ongewenste effecten van zorg en hulp op arbeidsparticipatie die in het kader van het onderzoek is gehouden, werd geconcludeerd dat bestaande initiatieven de 'achterliggende oorzaken' van de onbedoelde en ongewenste effecten nog onvoldoende adresseren. De hoofdconclusie was dat er sprake is van een 'medicaliserende tendens' die door cultuurfactoren wordt gestimuleerd en dat daarnaast een aantal systeemprikkels niet optimaal staat afgesteld. Die conclusies zijn min of meer ook te trekken op basis van literatuuronderzoek. De kern van het probleem is dat de voordelen van zorg en hulp voor de direct betrokkenen evident zijn (behandeling van de klacht, erkenning voor de patiënt, professionele en financiële belangen van de zorg- en onderwijssector) en de nadelen betrekkelijk onzichtbaar zijn en zich bovendien op lange termijn en macroniveau voordoen (stijgende zorgkosten, een remmende werking op de arbeidsparticipatie, et cetera). Het onderliggende probleem is volgens velen de verkokering van beleid en uitvoering in zorg, onderwijs en sociale zekerheid, waardoor belangen, prikkels en doelstellingen (gezondheid, educatie, arbeidsparticipatie) uiteenlopen.

Het ligt voor de hand om oplossingsrichtingen te zoeken in de richting van systeemfalen en het veranderen van systeemprikkels, omdat cultuurfactoren lastig zijn te veranderen. Tijdens de hierboven genoemde discussiebijeenkomst werd gedacht aan het bij elkaar brengen van (de prikkels voor) curatieve zorg versus bedrijfsgeneeskunde, onderwijs versus arbeidsmarkt en sociale zekerheid versus zorg. Naast dit soort meer fundamentele wijzigingen is het ook mogelijk bestaande initiatieven te versterken zonder systeemprikkels aan te

pakken. De oplossingsrichtingen presenteren wij langs deze twee lijnen, die we noemen 'aanpassen systeemprkkel' en 'stimuleren arbeidsparticipatie'.

5.2 Oplossingsrichting: aanpassen systeemprkkel

Uit de literatuur over de ongewenste en onbedoelde effecten van zorg op arbeidsparticipatie ontstaat het beeld dat de oorzaak ligt bij financiële prikkels die kunnen leiden tot strategisch gedrag en schotten tussen zorg, arbeid en onderwijs:

- De financieringssysteem in de zorg bevat prikkels die zorgverleners aanzetten tot het verrichten van zoveel mogelijk behandelingen en niet voor het realiseren van zoveel mogelijk gezondheidswinst en het stimuleren van (arbeids)participatie.
- De financiering in de zorg is bovendien zeer gefragmenteerd, waardoor samenwerking tussen beroepsgroepen en aandacht voor arbeid met moeite van de grond komt.
- Bij patiënten bestaat een grote (latente) vraag naar zorg en hulp die (in het verleden) gestimuleerd wordt/werd door 'open einde regelingen' als de Wajong, de AWBZ, de leerlinggebonden financiering en de tegemoetkoming ouders van thuiswonende gehandicapte kinderen (TOG).

Aandacht voor arbeid in zorg

Een mogelijke oplossing om meer aandacht voor arbeid in de gezondheidszorg te verkrijgen is het incorporeren van de factor arbeid in DBC's of DOT's. Dat zou bijvoorbeeld kunnen betekenen dat GGZ-instellingen de terugkeer van patiënten naar werk feitelijk in het behandelplan moeten opnemen. Ook kan gewerkt worden aan integrale bekostiging van multidisciplinaire zorg voor aandoeningen die arbeidsbeperkend zijn, naar analogie van de in 2010 ingevoerde integrale bekostiging voor chronische aandoeningen. Deze structuur maakt het voor zorgaanbieders van verschillende disciplines gemakkelijker om zorg voor de patiënt te organiseren, en voorkomt onduidelijkheden over regie en verantwoordelijkheden. Een dergelijke structuur zou een uitkomst kunnen bieden voor multidisciplinaire zorg initiatieven op het grensvlak van arbeid en zorg [110].

Ook binnen de private inkomens- en zorgverzekeraars wordt vaak niet goed samengewerkt. De oriëntatie van zorgverzekeraars is vooral gericht op het 'repareren' van medische problemen en niet, zoals bij inkomensverzekeraars en werkgevers, op het algehele functioneren van de werknemer in het werk en in de maatschappij. Experts vertellen dat zorgverzekeraars bepaalde behandelingen die een positief effect op arbeidsparticipatie hebben niet altijd vergoeden. De prikkels, doelstellingen en belangen voor werkgevers en verzuim- en zorgverzekeraars om (psychische) aandoeningen te voorkomen en genezen zouden dus meer op één lijn gebracht kunnen worden. Als oplossingsrichting valt te denken aan een model waarbij de werkgever, de zorgverzekeraar en de inkomensverzekeraar, eventueel op sectoraal niveau, een gezamenlijke, op maat uitgewerkte aanpak ontwikkelen en de kosten en baten van die aanpak gezamenlijk verdelen [28].

Loskoppelen diagnose en uitkering

Een interessante gedachte om strategisch gedrag bij uitkeringsgerechtigden te verminderen is het recht op een uitkering los te koppelen van het hebben van een diagnose. Dit wordt ondermeer bepleit door de OECD [49, maar ook 65]. Voor bijvoorbeeld de Wajong zou dat betekenen dat het recht op de uitkering niet meer afhankelijk is van het al of niet ziek of

gehandicapt zijn, maar zoals bij veel andere uitkeringen, van het ontbreken van een inkomen [43]. In wezen is dit wat de nieuwe Wajong en de controversieel verklaarde Wet Werken naar Vermogen beogen.

Ook het passend onderwijs en de transitie jeugdzorg zijn gericht op het wegnemen van eenzijdige prikkels en strategisch gedrag. Door de financiering van de jeugdzorg in één hand te brengen, wordt beoogd perverse prikkels – die in het huidige stelsel een onnodige druk op gespecialiseerde zorg veroorzaken – uit het systeem te halen. Zowel het passend onderwijs als de transitie jeugdzorg gaan uit van de gedachte dat niet de indicatiestelling centraal dient te staan, maar de handelingsgerichtheid: wat moet er gebeuren om het kind optimaal te laten participeren? Het loskoppelen van diagnose en uitkering in de Wajong vermindert mogelijk de aanzuigende en stigmatiserende werking die het label Wajong kan hebben voor sommigen.

5.3 Oplossingsrichting: stimuleren arbeidsparticipatie

Naast het voorstellen van systeemveranderingen, is het ook mogelijk relatief ‘kleine’ maatregelen voor te stellen. De vraag is dan niet: hoe is de kern van het probleem op te lossen, maar veeleer: wat zijn de *quick-wins*? Om dat soort maatregelen op het spoor te komen, is het zaak te kijken naar de concrete situaties waarin en de specifieke doelgroepen en regelingen waarbij arbeidsparticipatie niet gestimuleerd wordt. Ook kan gekeken worden naar de (medische) interventies die wel een aantoonbaar positief effect op de arbeidsparticipatie hebben.

Een nadere beschouwing van de cijfers uit hoofdstuk 2 en de effecten zoals beschreven in hoofdstuk 3 en 4 leert dat de problematiek zich concentreert bij drie groepen:

- Werknemers en personen uit het vangnet-Ziektewet die vanwege psychische klachten uit het arbeidsproces vallen en kans lopen op instroom in de WIA.
- Arbeidsongeschikten met psychische klachten die belemmerd worden in de terugkeer naar arbeid, omdat er geen beproefde, succesvolle re-integratieaanpak voor deze groep is.
- Jongeren die met een ontwikkelingsstoornis (verstandelijke beperking, autisme, ADHD) de Wajong instromen en niet werken.

Kenmerkend voor deze drie groepen is dat ze klachten ervaren, al of niet een behandeling, ontvangen, al of niet gebruik maken van sociale zekerheidsregelingen, maar desondanks een relatief kleine kans hebben op werk of werkhervatting. De vraag is nu: welke oplossingsrichtingen zijn denkbaar om de arbeidsparticipatie van deze groepen te stimuleren? Daarbij is onderscheid te maken tussen werknemers en arbeidsongeschikten enerzijds en jongeren anderzijds. De eerste twee groepen bespreken we samen.

5.3.1 Werknemers en arbeidsongeschikten

Preventie op de werkvloer

Psychische ziekten zijn steeds vaker oorzaak van langdurige arbeidsongeschiktheid. Uitval op het werk door psychische klachten dient dus zoveel mogelijk voorkomen te worden. Werkgevers en werknemers zijn hiervoor verantwoordelijk. Uit onderzoek blijkt dat een uit-

gebreed bedrijfsbeleid wat betreft gezondheid op het werk en goede communicatie in geval van ziekte de verzuimtijd van werknemers reduceert en de kans op re-integratie verhoogt [48]. Een uitgebreid bedrijfsbeleid houdt ondermeer in: het nemen van preventieve maatregelen om overbelasting van werknemers te voorkomen, regelmatige gesprekken met medewerkers, tijdige signalering van klachten, snelle interventies bij ziekte, et cetera. In het MKB zijn dit soort maatregelen relatief zeldzaam [27]. Er lijkt nog veel ruimte voor verbetering.

De eerste oplossingsrichting is het versterken van de preventieve maatregelen in het bedrijfsleven, met name in het MKB en met name gericht op psychische klachten. Dit vereist een werkgever die alert is op problemen in de werkorganisatie en deze probeert op te lossen [48]. Ook vereist dit een sterke en actieve rol van brancheorganisaties op het gebied van arbeidsomstandigheden, omdat MKB-bedrijven vaak niet zelf de capaciteit en faciliteiten hebben.

Meer gebruik van multidisciplinaire richtlijnen

Wanneer een werknemer onverhoopt toch (langdurig) uitvalt als gevolg van psychische klachten, is het van essentieel belang dat de bedrijfsgeneeskunde en curatieve zorg samenwerken om de terugkeer naar werk zo spoedig mogelijk plaats te laten vinden. Kernwoorden hierbij zijn snelle interventie, het centraal stellen van arbeidsparticipatie, positief inspelen op de ziektebeleving en het ontwarren van medische en niet-medische oorzaken van het verzuim [21, 27]. In hoofdstuk 4 was te lezen dat dit onvoldoende plaatsvindt. Vooral de curatieve zorg adviseert te vaak rust, stelt de (behandeling van) medische oorzaken centraal in plaats van de arbeidsparticipatie of het aanpakken van niet-medische oorzaken. Bij de overgrote meerderheid van de werknemers wordt er dus niet 'gestuurd' op een snelle hervatting van werkzaamheden [85].

Een mogelijke oplossing bestaat uit het vaker inzetten van eenduidige richtlijnen voor terugkeer naar werk bij psychische klachten. Werknemers met gezondheidsproblemen moeten geen professionele adviezen krijgen die onderling tegenstrijdig zijn. Overkoepelende multidisciplinaire richtlijnen – *3B-richtlijnen*, richtlijnen voor beoordelen, behandelen en begeleiden – kunnen daarbij behulpzaam zijn. Deze richtlijnen worden de laatste jaren steeds vaker gebruikt, maar zijn nog geen gemeengoed bij alle artsen [47]. Factoren die het eenduidig gebruik van dit soort richtlijnen stimuleren, zijn: het breed beschikbaar stellen van richtlijnen (op websites voor professionals, via beroepsverenigingen), het geven van training voor gebruikers en het zo duidelijk mogelijk maken van de richtlijnen (door middel van oefeningen, praktijkvoorbeelden) [47].

Inzetten van effectieve interventies

Vervolgens is het de vraag welke informatie de richtlijnen moeten bevatten. Wat zijn effectieve interventies voor werknemers met psychische klachten? Het meest effectief blijkt een zogenaemde proces- en tijdcontingente benadering, waarbij niet de klachten en de belastbaarheid centraal staan, maar het functioneren en herwinnen van controle over het eigen leven [50, 21, 78]. Deze benadering is meer dan tien jaar geleden ontwikkeld door Jacques van der Klink, maar wordt nog niet door alle bedrijfs- en verzekeringsartsen toegepast. Bij een dergelijke aanpak wordt het herstelproces in drie fasen doorlopen waarin de activiteiten (waaronder werkhervatting) geleidelijk, stapsgewijs en volgens een vast tijdschema

worden opgebouwd. Niet de klachtbeleving, maar het tijdschema is dan leidend in de terugkeer naar werk.

In aanvulling hierop is het van belang dat er frequent contact is tussen bedrijfsarts en cliënt [50]. In geval van ernstige psychische klachten is de rehabilitatiebenadering effectief [87]. De centrale gedachte hierbij is ook dat niet beperkingen, maar wensen en mogelijkheden het vertrekpunt moeten zijn voor de ondersteuning van mensen met psychische problemen bij hun sociale en maatschappelijke participatie. Werk is niet ziekmakend maar herstelbevorderend voor mensen met psychische problemen. Een ander goed voorbeeld zijn de Stecr-werkwijzers voor de aanpak van arbeidsconflicten en van somatoforme¹ verschijnselen. Bij het laatste is door huisartsen aangetoond dat de somatiserende patiënt door middel van reattributie² gebracht kan worden tot herkenning van de niet-medische oorzaken [21]. Ten slotte blijken maatregelen die op de werkplek worden uitgevoerd bijzonder effectief te zijn [48]. Rehabilitatie op de werkplek en aanpassing van de werkomstandigheden, de taken en/of de uren hebben een duidelijk positief effect op de kans op werkherleving (of verkorten de duur tot werkherleving).

Voor langdurig zieke en arbeidsongeschikte werknemers zonder werkgever blijkt bemiddeling meestal effectiever te zijn dan andere typen van re-integratietrajecten [48]. In studies die de effectiviteit van verschillende instrumenten vergelijken komt ook naar voren dat goede contacten tussen de re-integratiediensten en werkgevers een belangrijke factor voor succes zijn. Het blijkt bovendien dat ondersteuning op de werkplek belangrijk is om een duurzame re-integratie te garanderen: het is niet voldoende om te zorgen dat een werknemer weer aan het werk kan, maar er moet ook voor worden gezorgd dat hij dit onder goede voorwaarden kan doen. Een combinatie met 'job coaching' vergroot daarom de effectiviteit van bemiddeling.

5.3.2 Jongeren met een ontwikkelingsstoornis (Wajong)

Naar de oorzaken van de groei van het aantal Wajonguitkeringen en oplossingen daarvoor is een grote hoeveelheid onderzoek verricht. Vanuit het perspectief van dit onderzoek zijn daar geen nieuwe oplossingsrichtingen aan toe te voegen. Wel zijn maatregelen te benoemen die mogelijk effectief zijn om de onbedoelde en ongewenste effecten in en om de Wajong te verminderen.

Prikkels in het onderwijs

Uit vele onderzoeken blijkt dat het praktijkonderwijs (PRO) en het voortgezet speciaal onderwijs (VSO) er de afgelopen jaren onvoldoende in slaagden jongeren naar de arbeidsmarkt toe te leiden. In sommige gevallen adviseerden scholen jongeren om een Wajonguitkering aan te vragen. Hoewel de aandacht voor arbeidsparticipatie in het onderwijs stijgt, is de cultuur op scholen volgens velen nog te beschermend en te veel gericht op de beperkingen van jongeren. 'Al heel jong ontstaat er iets dat lijkt op een grote Wajong pro-

¹ Een somatoforme stoornis is een psychische aandoening waarbij een persoon lichamelijke klachten heeft waarvoor geen somatische oorzaak (lichamelijke ziekte) is gevonden.

² Het stimuleren van de patiënt om lichamelijke klachten aan andere oorzaken toe te schrijven dan aan een lichamelijke ziekte.

ductielijfn', schrijft de RMO [91]. Scholen voor speciaal onderwijs kunnen meer aandacht besteden aan arbeidsparticipatie, bijvoorbeeld door het aanbieden van stages, werkervaringsplaatsen, assessments, trainingen, beroepskeuzebegeleiding. De introductie van de Wet kwaliteit (voortgezet) speciaal onderwijs kan hier mogelijk een impuls aan geven. Voor succesvolle arbeidstoeleiding is ook samenwerking met werkgevers, UWV, gemeenten en zorginstellingen nodig.

Scholen moeten dan wel belang hebben bij activiteiten die leiden tot het vergroten van participatiemogelijkheden van jongeren die (anders) in de Wajong terechtkomen. Dat is nu vaak niet het geval. Extra middelen voor jongeren die dat nodig hebben, zijn alleen beschikbaar voor bewezen 'handicaps' en diezelfde bewezen 'handicaps' sorteren voor, voor de Wajong [91]. Tijdens de discussiebijeenkomst in het kader van dit onderzoek werd de Onderwijsinspectie als voorbeeld aangehaald van verkeerd afgestelde prikkels. De Onderwijsinspectie bekritiseerde een school omdat deze te veel met werk en te weinig met educatie bezig was.

Lichte vormen van zorg

Volgens sommigen verergert de problematiek van jongeren met ontwikkelingsstoornissen en psychische problematiek nu vaak, omdat jongeren niet de juiste of niet voldoende zorg ontvangen [65]. Het gevolg is dat er later nieuwe en zwaardere interventies geïndiceerd omdat (als) de lichtere interventies het probleem niet hebben kunnen wegnemen. Vanuit dit perspectief wordt gepleit voor snelle, eenvoudige en laagdrempelige ondersteuning voor jongeren. Het uitgangspunt daarbij moet zijn om de jongere niet uit de eigen context te verplaatsen naar externe zorg, maar om de zorg naar de leefomgeving van het kind te brengen (*wrap-around-care*), dat wil zeggen naar opvoeders en scholen.

Bijlage 1 Deelnemers groepsdiscussie en geïnterviewden

Deelnemers groepsdiscussie

- Mw. J. (Janny) Bakker-Klein, wethouder gemeente Huizen
- Dhr. E. (Edo) Nieweg, jeugdpsychiater bij Lentis
- Dhr. K. (Kees) van der Wolf, onderwijskundige en hoogleraar
- Dhr W. (Willem) van Mechelen, hoogleraar sociale geneeskunde
- Dhr. J. (Jan) Besseling, senior researcher bij TNO
- Dhr. J.L. (Jan) Hoving, senior onderzoeker Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid
- Dhr. E. (Erik) Voerman, projectmanager Wajong UWV
- Dhr. M. Schaafsma, medewerkers binnen de PO-Raad, LECSO
- Dhr. F. (Frank) van Hoof, senior wetenschappelijk medewerker Reïntegratie Trimbos
- Dhr. H. (Herman) Kroneman, Verzekeringsarts SMZ UWV

Geïnterviewden

- Dhr. E. (Edo) Nieweg, jeugdpsychiater bij Lentis
- Dhr. R. (Ruud) Abma, cultuurpsycholoog Universiteit Utrecht
- Mw. G.C.G. (Trudy) Dehue, hoogleraar wetenschapstheorie en wetenschapsgeschiedenis Rijksuniversiteit Groningen

Bijlage 2 Literatuur

- [1] OECD (2006). *Sickness, disability and work - Breaking the barriers*, Norway, Poland, and Switzerland, vol 1. Paris: OECD Publishing
- [2] Michele Campolieti, *Moral Hazard and Disability Insurance: On the Incidence of Hard-to-Diagnose Medical Conditions in the Canada/Quebec Pension Plan Disability Program*, Canadian Public Policy / Analyse de Politiques, Vol. 28, No. 3 (Sep., 2002), pp. 419-441
- [3] Upmark, M., Lundberg, I., Sadigh, J., Allebeck, P. & Bigert, C. (1999). Psychosocial characteristics in young men as predictors of early disability pension with a psychiatric diagnosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34 (10), 533-540
- [4] Isabell Schierenbeck, *Medicalization of sickness absence*, *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, Volume 37, Number 3 / 2010, 241-250
- [5] Hussey, S., Hoddinott, P., Wilson, Ph., Dowell, J. and Barbour, R. (2004) *Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland*, *British Medical Journal*, 328, 88–91.
- [6] Marissa King and Peter Bearman, *Diagnostic change and the increased prevalence of autism*, *Int. J. Epidemiol.* (2009) 38 (5): 1224-1234
- [7] Ka-Yuet Liu, Marissa King, and Peter S. Bearman, *Social Influence and the Autism Epidemic*, *AJS*. 2010 March; 115(5): 1387–1434
- [8] Natasha Nassar, Glenys Dixon, Jenny Bourke, Carol Bower, Emma Glasson, Nick de Klerk and Helen Leonard, *Autism spectrum disorders in young children: effect of changes in diagnostic practices*, *Int. J. Epidemiol.* (2009) 38 (5): 1245-1254.
- [9] T. E. Moffitt, A. Caspia, A. Tylora, J. Kokauaa, B. J. Milnea, G. Polanczyka and R. Poulton, *How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment*, *Psychological Medicine* (2010), 40 : pp 899-909
- [10] Fombonne E, *The prevalence of autism*. *JAMA* 2003;289:87-89
- [11] Samnel O. Okpaku, MD, PhD, Amy E. Siblikin, PhD, and, Christoph Schenzlem; MA, *Disability Determinations for Adults with Mental Disorders: Social Security Administration vs Independent Judgments*, *Am J Public Health*. 1994 November; 84(11): 1791–1795.
- [12] Isabel Clímaco, Pedro Pita Barros, Óscar Lourenço, *Doctor-diagnosed or self-assessed depression: which determines labour participation*, July 2011, Draft version
- [13] J. L. Hoving, M. van der Meer, A. Y. Volkova and M. H. W. Frings-Dresen, *Illness perceptions and work participation: a systematic review*, *International Archives of Occupational and Environmental Health*, Volume 83, Number 6 (2010), 595-605

- [14] Vivienne Walters, Margaret Denton, Stress, Depression and Tiredness among Women: The Social Production and Social Construction of Health, *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie*, Volume 34, Issue 1, pages 53–69, February 1997
- [15] Fisher. E.S. en H.G. Welch (1999), 'Avoiding the Unintended Consequences of Growth in Medical Care. How Might More Be Worse?', in: *JAMA*. 1999;281(5):481-482.
- [16] Riddick, Barbara, 'An Examination of the Relationship Between Labelling and Stigmatisation with Special Reference to Dyslexia', in: *Disability & Society* Vol. 15, Iss. 4, 2000.
- [17] Portway, Suzannah M, Barbara Johnson, 'Do you know I have Asperger's syndrome? Risks of a non-obvious disability', in: *Health, Risk & Society*, Vol. 7, Iss. 1, 2005
- [18] Anema JR, Van Der Giezen AM, Buijs PC, Van Mechelen W (2002). 'Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return-to-work: a cohort study on low back pain patients sicklisted for 3-4 months', in: *Occup Environ Med*, Nov;59(11):729-33.
- [19] Beach J, Watt D (2003). 'General practitioners and occupational health professionals. Consensus statement to improve interaction is timely and welcome', in: *BMJ Editorial*, 327 302-3.
- [20] Verbeek J, Spelten E, Kammeijer M, Sprangers M. Return to work of cancer survivors: a prospective study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. *Occup Environ Med* 2003;60:352-357
- [21] R. Hoedeman, C. J. F. Bellink and F. J. Leenders, (De)medicaliseren en de rol van de diverse actoren, *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, Volume 12, Number 8 (2004), 236-239
- [22] B. V. M. Crul, Bijdrage van de huisarts aan de arbeidsparticipatie van mensen met een verminderde belastbaarheid (1), *Handboek Arbeid en Belastbaarheid 2009*, 67-73.
- [23] N. H. Th. Croon, Bijdrage van de verzekeringsarts in de publieke sector aan de arbeidsparticipatie van mensen met een verminderde belastbaarheid, *Handboek Arbeid en Belastbaarheid*, 2009, 83-93.
- [24] J. Bronsema, Bijdrage van de medisch adviseur in de private sector aan de arbeidsparticipatie van mensen met een verminderde belastbaarheid, *Handboek Arbeid en Belastbaarheid 2009*, 94-104.
- [25] C.W.J. Wevers, J. van Genabeek, Meer oog voor arbeid in de gezondheidszorg. Een theoretische verkenning naar belemmeringen en mogelijke oorzaken van de 'blinde vlek' voor arbeid in de zorg, Maart 2010
- [26] D. P. Mitchell, A. Betts, M. Epling, Youth employment, mental health and substance misuse: a challenge to mental health services, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Volume 9, Issue 2, pages 191–198, April 2002
- [27] BS Health Consultancy (2008), Effectiviteit van arbocuratieve zorg tegen het licht. Onderzoek naar de invloed en werkwijze van arbocuratieve zorg, 8 mei 2008.

- [28] Broek, Paul van den, Renate Streng, Michelle van der Linden (2008), Synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid: utopie of realiteit? Atos Consulting, Den Haag, februari 2008.
- [29] Oomens, P.C.J., J.J.J.M. Huijs, R.W.B. Blonk, Effectiviteit van de richtlijn 'Werk en psychische klachten' voor psychologen (kennisrapport), oktober 2009.
- [30] Holmqvist, M. (2009), 'Medicalization of unemployment: individualizing social issues as personal problems in the Swedish welfare state', in: *Work Employment & Society* September 2009 vol. 23 no. 3 405-421.
- [31] Førde, Reidun, Inclusion of psychosocial conditions in clinical practice and the problem of medicalization, *Theoretical Medicine and Bioethics*, Volume 17, Number 2 (1996), 151-161
- [32] Allan V. Horwitz, Creating an Age of Depression: The Social Construction and Consequences of the Major Depression Diagnosis, *Society and Mental Health* March 2011 vol. 1 no. 1 41-54
- [33] Peter Siminski, Patterns of disability and norms of participation through the life course: empirical support for a social model of disability, *Disability & Society*, Volume 18, Issue 6, 2003
- [34] Loeser, John D. MD, Sullivan, Mark MD, PhD, Diagnosis, and Disability: A Disastrous Diversion, *Clinical Orthopaedics & Related Research*: March 1997 - Volume 336 - Issue - pp 61-66, Symposium: The Classic
- [35] Antonio Maturo (2010), Bipolar disorder and the medicalization of mood: an epidemics of diagnosis?, in Ananya Mukherjea (ed.) *Understanding Emerging Epidemics: Social and Political Approaches (Advances in Medical Sociology, Volume 11)*, Emerald Group Publishing Limited, pp.225-242
- [36] H. Russell Searight and A. Lesley McLaren, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: The Medicalization of Misbehavior, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* Volume 5, Number 4 (1998), 467-495,
- [37] Agnes Meershoek, Anja Krumeich, Rein Vos, Judging without criteria? Sickness certification in Dutch disability schemes, *Sociology of Health & Illness*, Volume 29, Issue 4, pages 497-514, May 2007
- [38] Dennis Drew, M.A.; Charles E. Drebing, Ph.D.; Alice Van Ormer, Ph.D.; Marylee Losardo, M.S.P.A.; Christopher Krebs, M.A.; Walter Penk, Ph.D.; Robert A. Rosenheck, M.D., Effects of Disability Compensation on Participation in and Outcomes of Vocational Rehabilitation, *Psychiatric Services* 2001
- [39] Burkhauser, Richard V.; Butler, J.S.; Weathers, Robert R. II, How Policy Variables Influence the Timing of Applications for Social Security Disability Insurance, *Soc. Sec. Bull.* Volume 64, (2001-2002)

- [40] Richard V. Burkhauser, J. S. Butler, Yang-Woo Kim and Robert R. Weathers II, The Importance of Accommodation on the Timing of Disability Insurance Applications: Results from the Survey of Disability and Work and the Health and Retirement Study, *The Journal of Human Resources*, Vol. 34, No. 3 (Summer, 1999), pp. 589-611
- [41] Robert E. Drake, Gary R. Bond, Graham Thornicroft, Martin Knapp, Howard H. Goldman, Mental Health Disability: An International Perspective, *Journal of Disability Policy Studies* December 9, 2011
- [42] Cécile R. L. Boot, Monique Heijmans, Joost W. J. van der Gulden and Mieke Rijken, The role of illness perceptions in labor participation of the chronically ill, *International Archives of Occupational and Environmental Health*, Volume 82, Number 1 (2008), 13-20.
- [43] Veen, Romke van der (2011), 'De plaats van de Wajong in een activerende verzorgingsstaat', in: Kennis- en Innovatiecentrum Crossover, Het wassende weten. Opvattingen over de toekomstige arbeidsparticipatie van jongeren met een beperking in een veranderende arbeidsmarkt vanuit verschillende disciplines en verschillende perspectieven, april 2011.
- [44] Nieweg, Edo (2011), Een stoornis wordt steeds normaler, *Socialisme en Democratie*, Jaargang 68-Nummer 7-8
- [45] Colin Lindsay, Donald Houston, Fit for purpose? Welfare reform and challenges for health and labour market policy in the UK, *Environment and Planning A* 43(3) 703 – 721
- [46] Hagen, Branko, Tessa Overmars-Marx, De werktoekomst van VSO cluster-4 leerlingen. Een studie naar de bijdrage van cluster 4-scholen aan het (werk)toekomst van hun leerlingen (kennisrapport), 2009
- [47] Blonk, R.W.J., Huijs, J.J.J.M. en Oomens, P.C.J. 2009, effectiviteit van de richtlijn "Werk en psychische klachten" voor psychologen, Hoofddorp, TNO-arbeid
- [48] Koning, J. de, M. Collewet en J. Gravesteyn-Ligthelm (2008), PARTICIPATIE EN GEZONDHEID. THEMA 1: DE INVLOED VAN ARBEIDSPARTICIPATIE EN TERUGKEER NAAR WERK, Rotterdam, juni 2008.
- [49] OECD (2012), Sick on the job? Myths and Realities about Mental Health and Work, 17 januari 2012
- [50] UWV Kennisverslag 2012-I. Maart 2012
- [51] Dekkers-Sánchez PM, Wind H, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. 'What promotes sustained return to work of employees on long-term sick leave? Perspectives of vocational rehabilitation professionals.' *Scand J Work Environ Health* 2011; 37(6): 481-493.
- [52] Vermeulen SJ, Anema JR, Schellart AJM, Knol DL, Mechelen van W, Beek van der AJ. 'A Participatory Return-to-Work Intervention for Temporary Agency Workers and Unemployed Workers Sick-Listed Due to Musculoskeletal Disorders: Results of a Randomized Controlled Trial.' *Journal of Occupational Rehabilitation* 2011 Feb 19.

- [53] Michon, H, J.T. van Busschenbach, M. van Vught, A.D. Stant, Effectiviteit van individuele plaatsing en steun in Nederland; verslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie. Basisrapport scion-I, 2011, Rob Giel Onderzoekscentrum, Groningen, & Trimbos-instituut, Utrecht
- [54] Arnstein Mykletun; Simon Overland; Alv A. Dahl; Steinar Krokstad; Ottar Bjerkeset; Nicholas Glozier; Leif E. Aarø; Martin Prince, A Population-Based Cohort Study of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards, *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1412-1418.
- [55] Research voor Beleid (2011), Beter vroeg voor later? Het effect van vroege diagnose op latere arbeidsparticipatie, Zoetermeer, 16 augustus 2011.
- [56] Zola, I. K. (1972), *MEDICINE AS AN INSTITUTION OF SOCIAL CONTROL* . *The Sociological Review*, 20: 487–504
- [57] Ron de Graaf, Margreet ten Have, Saskia van Dorsselaer, *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking*, Trimbos-instituut, Utrecht, 2010.
- [58] de Graaf R, ten Have M, van Gool C, van Dorsselaer S., Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van nemesis-2., *tijdschrift voor psychiatrie* 54 (2012), 27-38.
- [59] UWV, Kenniscahier 07-01 De groei van de Wajonginstroom.
- [60] UWV Kwartaalverkenning 2010-IV.
- [61] UWV, KM 10-06 Analyse stijging WIA-instroom I.
- [62] UWV, KM 10-07 Analyse stijging WIA-instroom II.
- [63] Cuelenaere, B., Veerman, T.J. (2011) *Onderzoek Evaluatie WIA*. Leiden: Astri.
- [64] Swaan, Abram de (2004). *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Bert Bakker, Amsterdam.
- [65] Besseling, J., S. Andriessen, C. Wevers (2010), *Contourennotitie WAJONG-risicomodel*, 6 april 2010.
- [66] Sleeboom, I. , Hermanns J. en Hermanns, V. (2010) *Meedoen leer je door mee te doen*. Den Haag/Nieuwegein: ZonMW, Crossover.
- [67] Sociaal Economische Raad (2007). *Meedoen zonder beperkingen Meer participatie mogelijkheden voor jonggehandicapten*. Publicatienummer 6. Den Haag.
- [68] Suijker, F.W. (2007). *Verdubbeling van de instroom in de Wajong: oorzaken en beleidsopties*. Publicatie nr 156. Den Haag: Centraal Planbureau
- [69] Jepma, IJ., De visser, S. (2010). *De Beste start? Kansen op de arbeidsmarkt voor jongeren met een beperking*. Utrecht Sardes

[70] Carrier, J.G. (1983). Masking the social in educational knowledge: the case of learning disability theory. In: American Journal of Sociology 88, 948-974.

[71] Jan Høgelund, Anders Holm, Case management interviews and the return to work of disabled employees, Journal of Health Economics 25 (2006) 500–519

[72] B&A Consulting, COMBINATIES VAN ZORG BIJ JEUGDIGEN. RAPPORT, Den Haag, 20 april 2009

[73] SER, De winst van maatwerk: Je kunt er niet vroeg genoeg bij zijn. Voorbereiding op participatie van jongeren met ontwikkelings of gedragsstoornissen. Publicatienummer 7, 18 december 2009

[74] T. Apfel, Anita Riecher-Rössler, Delay of diagnosis and treatment in psychiatric patients applying for a disability pension – a challenge for all of us, SWISS MED WKLY 2008;138(23–24):348–354

[75] A K Mortelmans, P Donceel, D Lahaye, S Bulterys, Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve patient work resumption? A controlled intervention study, Occup Environ Med 2006;63:495–502

[76] Dr. Rienk Prins, Drs. Cathelijne van der Burg, Drs. Wendy Heijdel, EEN GEBROKEN BEEN IS TOCH MAKKELIJKER... Evaluatie van de Leidraad aanpak verzuim om psychische redenen, Astri, 2005

[77] Elsy Söderberg and Kristina Alexanderson, Gatekeepers in sickness insurance: a systematic review of the literature on practices of social insurance officers, Health and Social Care in the Community 13 (3), 211–223

[78] Roland Willem Bart Blonk, Het lukt niet zonder werk. Over psychische klachten, arbeidsparticipatie en herstel, Inaugurale rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar 'Arbeidsparticipatie en psychische klachten: in het bijzonder activering en reïntegratie' aan de Universiteit Utrecht op 29 maart 2006

[79] Britt E. Arrelø, Lars Borgquist, Kurt F. Svardsudd, Influence of local structural factors on physicians' sick-listing practice: a population-based study, European Journal of Public Health, Vol. 15, No. 5, 470–474

[80] V. Brenninkmeijer, S. E. Lagerveld and R. W. B. Blonk, Moeilijk objectiveerbare klachten in de praktijk van de bedrijfs- en verzekeringsarts. Een empirisch onderzoek, Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, Volume 14, Number 8 (2006), 424-430

[81] Will Whittaker, Matt Sutton, Margaret Maxwell, Rosalia Munoz-Arroyo, Sara MacDonald, Andrew Power, Michael Smith, Philip Wilson, Jill Morrison, Predicting which people with psychosocial distress are at risk of becoming dependent on state benefits: analysis of routinely available data, BMJ 2010;341:c3838

[82] Philip de Jong, Bas van der Klaauw, Maarten Lindeboom, SCREENING DISABILITY INSURANCE APPLICATIONS, Journal of the European Economic Association February 2011 9(1):106–129

[83] TNO, Toename gebruik ondersteuning voor jongeren met een gezondheidsbeperking, maart 2007

[84] Drs Gejo Duinkerken Drs Peter Wesdorp Drs Selle van der Woude, TUSSEN NIEUW DENKEN EN NIEUW DOEN, VERKENNING ATTITUDES ROND DE WAJONG, Zoetermeer, 1 april 2009

[85] Gerda Jehoel-Gijsbers (red.), Beperkt aan het werk Rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie. scp/cbs/tno Kwaliteit van Leven Den Haag, mei 2010

[86] Christina S. Batzle, Lisa L. Weyandt, Grace M. Janusis, and Terry L. DeVietti, Potential Impact of ADHD With Stimulant Medication Label on Teacher Expectations, *Journal of Attention Disorders*, September 2010; vol. 14, 2: pp. 157-166.

[86] Frank van Hoof, Aafje Knispel, Daniëlle Meije, Bob van Wijngaarden, Joost Vijselaar. Trendrapportage GGZ 2010, Deel 1 Organisatie, structuur en financiering

[88] Ohan, J. L., & Visser, T. A. W. (2009). Why is there a Gender Gap in Children Presenting for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Services? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 650–660

[89] Per Engström, Pathric Hägglund Per Johansson. Early Interventions and Disability Insurance: Experience from a Field Experiment, Discussion Paper No. 6553 May 2012

[90] Schuring, Dr M., Dr F.A. Reijenga, Drs B. Carlier, Prof Dr A. Burdorf, Gezondheidsbeleving van werklozen. Wat is bekend en wat zijn witte vlekken? (kennisrapport),

[91] RMO, Beperkt maar niet begrensd. Negen essays over participatie van jongeren met een beperking, Den Haag, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, april 2009.

[92] Kristjánsson, K. (2009), 'Medicalised pupils: the case of ADD/ADHD', *Oxford Review of Education*, Volume 35, Issue 1.

[93] Corné A. M. Roelen, P. C. Koopmans, R. Hoedeman, U. Bültmann, J. W. Groothoff and J. J. L. van der Klink, Trends in the incidence of sickness absence due to common mental disorders between 2001 and 2007 in the Netherlands, *European Journal of Public Health*, Volume 19, Issue 6, Pp. 625-630

[94] Wilmar B. Schaufeli, Michael P. Leiter, Christina Maslach, (2009) "Burnout: 35 years of research and practice", *Career Development International*, Vol. 14 Iss: 3, pp.204 – 220

[95] Corrigan, P.W. (2007), 'How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness', in: *Social Work* (2007) 52 (1): 31-39.

[96] Dalgin, R.S. & J. Bellini (2008). 'Invisible disability disclosure in an employment interview: impact on employers' hiring decisions and views of employability'. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 52(1): 6-15.

- [97] Estroff, S. E., D.L. Penn en J.R. Toporek (2004), 'From Stigma To Discrimination: An Analysis of Community Efforts To Reduce the Negative Consequences of Having a Psychiatric Disorder and Label', in: Schizophrenia Bulletin, Vol 30(3), 2004, 493-509.
- [98] Gezondheidsraad. Autismespectrumstoornissen: een leven lang anders. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009; publicatienr. 2009/09.
- [99] UWV (2007). Samenvatting dossieronderzoek Wajong, Kennismemo 07/18, 1 oktober 2007.
- [100] Gert van den Berg, Nji, Prevalentie van ADHD, 2008
- [101] M. G. J. Schmeets, A.P. Schut. Anders en toch hetzelfde. 2003.
- [102] RMO (2012), Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezondheidszorg, Den Haag, april 2012
- [103] Vollebergh WAM, Graaf Rd, Have Mt, Schoemaker CG, Dorsselaer Sv, Spijker J, Beekman ATF, Psychische stoornissen in Nederland, Trimbos-instituut 2003
- [104] Marlous Tuithof, Margreet ten Have, Saskia van Dorsselaer, Ron de Graaf, ADHD, gedragsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis. Vóórkomen en gevolgen in de algemene bevolking: resultaten van NEMESIS-2, Trimbos-instituut 2010
- [105] Nancy J. Wewiorski and Ellen S. Fabian, Association Between Demographic and Diagnostic Factors and Employment Outcomes for People with Psychiatric Disabilities: A Synthesis of Recent Research, Mental Health Services Research Volume 6, Number 1 (2004), 9-21
- [106] TNO, Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden, 2010
- [107] Visser, S., R. Westendorp, K. Cools, J. Kremer, A. Klink, Kwaliteit als medicijn. Aanpak voor betere zorg en lagere kosten, Booz&co, 2012.
- [108] College voor zorgverzekeringen, Geneeskundige GGZ (deel 1). Wat is nu verzekerde zorg en wat niet? Diemen, 2012.
- [109] Centraal Planbureau, Zorg om zorgleerlingen. Een blik op beleid, aantal en kosten van jonge zorgleerlingen, CPB-document No 192, november 2009.
- [110] Neeltje van Krieken, Johanneke Maenhout en Sanneke de Smit, De sleutel voor vermindering van ziekteverzuim ligt bij de zorg. De factoren die zorgen voor onnodig ziekteverzuim. Plexus.

Research voor Beleid
Bredewater 26
Postbus / P.O. Box 7001
2701 AA ZOETERMEER
tel: + 31 079 3 222 222
fax: + 31 079 3 222 212
The Netherlands
info@research.panteia.nl
www.research.panteia.nl

