

# Psychische klachten en de arbeidsmarkt

Psychische gezondheidsklachten behoren tot de belangrijkste oorzaken voor uitval uit de arbeidsmarkt. Wanneer informatie over het gebruik van psychische zorg voor de beroepsbevolking aan de kenmerken van banen, inkomenspositie, uitkeringen en studie wordt gekoppeld blijkt dat meer samenwerking tussen de ggz en instanties met betrekking tot gezond werk en re-integratie nodig is.

## MARCEL EINERHAND

Senior beleidsmedewerker bij het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

## BASTIAN RAVESTEIJN

Research fellow aan Harvard Medical School en onderzoeker aan de Universit  Paris Descartes

Ongeveer twintig procent van de Nederlandse bevolking heeft psychische klachten (OESO, 2014). Op enig moment in het leven krijgt zelfs ruim 43 procent van de Nederlandse bevolking hiermee te maken (De Graaf et al., 2010) en 38 procent van de ziektelast in rijke landen komt voor rekening van psychische klachten (Layard, 2017). Psychische klachten belemmeren veel mensen om aan het werk te blijven, hun werk op niveau te blijven doen of om aan werk te komen.

Uitgaven aan de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in Nederland zijn in het eerste decennium van de 21e eeuw verdubbeld en sneller gegroeid dan de uitgaven aan andere sectoren van de gezondheidszorg (Bijenhof et al., 2012). Naast de directe kosten voor behandeling zijn er nog andere maatschappelijke kosten van psychische klachten en stoornissen, in de sfeer van bijvoorbeeld ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De OESO schat de kosten voor werkgevers en overheid in Nederland op ruim twintig miljard euro, ofwel 3,3 procent van het bbp.

Psychische gezondheid is een belangrijk onderdeel van menselijk kapitaal – de vaardigheden die mensen economisch productief maken – maar problemen met psychische gezondheid worden zelden herkend. Ook zijn er belemmeringen voor samenwerking tussen de ggz en instanties met betrekking tot gezond werk en re-integratie, zoals arbodiensten, UWV en gemeenten. Een groeiende literatuur geeft aan dat werken en werkhervatting bevorderlijk kan zijn voor de gezondheid en het herstel daarvan, vooral ook bij psychische klachten (zie ook RIVM, 2014; Polder, 2016; Burdorf 2016; Schaafsma et al., 2015). Werken vermindert de kans op een depressie en geeft mensen structuur en meer gevoel van eigenwaarde, waardoor ze beter functioneren.

Het CBS heeft onderzoek gedaan naar het gebruik van

psychische zorg onder schoolgaanden, werkenden en uitkeringsgerechtigden van 18 tot 74 jaar (CBS, 2016a). Daarbij is gekeken naar het gebruik van twee belangrijke onderdelen van psychische zorg. Ten eerste de behandeling middels therapie in de ggz: in de eerste lijn voor enkelvoudige psychische klachten en in de tweede lijn voor complexere stoornissen. Ten tweede de behandeling met psychofarmaca. Zorg door de huisarts en langdurige zorg is buiten beschouwing gebleven.

Dit is de eerste keer dat informatie over gebruik van de ggz en psychofarmaca van de volledige bevolking van een land in een jaar (2013) wordt gekoppeld aan sociaal-economische kenmerken van de bevolking. Daarmee wordt zichtbaar wat de relatie is tussen psychische zorg en de dynamiek op de arbeidsmarkt.

## RELATIE MET WERK

Van de werkenden maakt 9,6 procent gebruik van psychische zorg (tabel 1). Dat is relatief weinig. En van de 5,2 procent werkenden die ggz-therapie gebruiken, maakt 38 procent – ofwel twee procentpunt – uitsluitend gebruik van de eerstelijns ggz-therapie die bedoeld is voor lichte klachten (niet in de tabel opgenomen). Flexwerkers maken wel iets meer gebruik van ggz-therapie maar gebruiken juist minder psychofarmaca. Arbeidsduur maakt behoorlijk wat uit. In banen korter dan 24 uur per week maakt twaalf procent gebruik van psychische zorg. Bij de grotere banen is dit 8,7 procent.

## UITKERINGSGERECHTIGDEN

Uitkeringsgerechtigden (exclusief AOW) maken drie keer zo vaak gebruik van psychische zorg als werkenden. Binnen de groep uitkeringsgerechtigden gebruiken vooral arbeidsongeschikten en mensen in de Ziektewet veel ggz-therapie en psychofarmaca. Van de uitkeringsgerechtigden in de ggz ontvangt 89 procent hulp in de tweedelijns ggz (niet in de tabel opgenomen). Het percentage uitkeringsgerechtigden dat uitsluitend eerstelijns en dus lichtere GGZ zorg krijgt is daarmee aanzienlijk kleiner dan voor werkenden (11 procent versus 38 procent).

Het hoogste percentage psychische zorg is er voor arbeidsongeschikten van wie de hoofddiagnose ‘psychische aandoeningen’ is. Dat lijkt fors met 52,8 procent, maar misschien is dat toch weer laag omdat er voor de andere helft

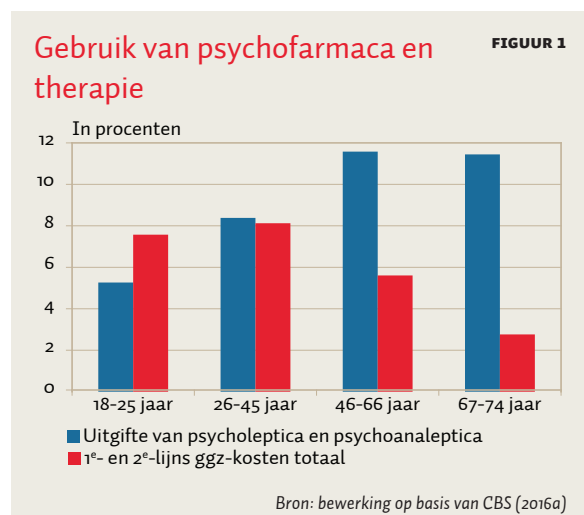
geen behandeling in de ggz of medicatie is. Aangenomen kan worden dat ook voor die circa 150.000 arbeidsongeschikten een redelijk zware psychische problematiek geldt waardoor zij afgekeurd zijn. Een deel van hen, 33.000 in 2013 (MLZ, 2017), wordt langdurig intramuraal voor geestelijke gezondheidsproblemen behandeld, dus buiten de ZVW-gefinancierde zorg. Waarom er geen behandeling of ondersteuning meer is voor de minstens 115.000 overige arbeidsongeschikten, is onbekend.

Het hoge percentage uitkeringsgerechtigden dat gebruikmaakt van ggz-therapie, in combinatie met, vergeleken bij werkenden, duurdere zorg, maakt dat deze groep – die 2,4 procent van de bevolking van 15 tot 74 jaar omvat – 58,2 procent van de totale kosten voor de ggz-therapie voor zijn rekening neemt. De mensen die vanwege psychische oorzaken een arbeidsongeschiktheidsuitkering hebben én die ggz gebruikten – 0,8 procent van de bevolking – waren verantwoordelijk voor 25,5 procent van de ggz-kosten. De bijstandsgerechtigden die ggz gebruikten vormen 0,7 procent van de bevolking en waren verantwoordelijk voor 16,8 procent van de totale ggz-kosten.

## LEEFTIJD

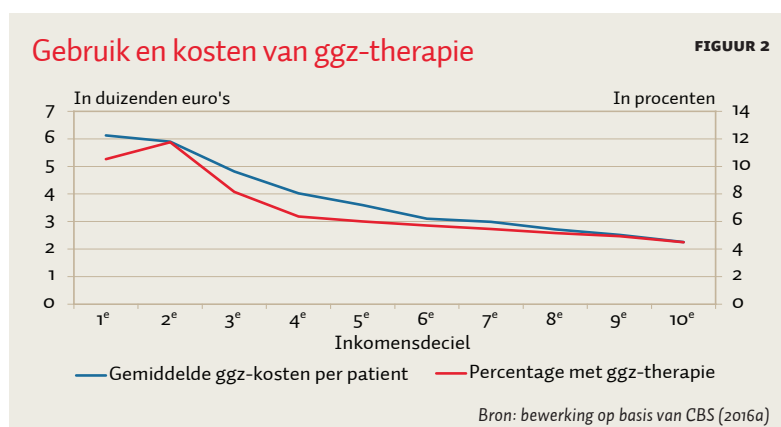
Van de schoolgaanden vanaf achttien jaar krijgt 9,8 procent psychische zorg. Dit is in overeenstemming met Layard (2017) die heeft berekend dat in welvarende landen psychische ziekten de voornaamste gezondheidsproblemen vormen voor mensen jonger dan 45 jaar. Driekwart van de psychiatrische stoornissen manifesteert zich voor het eerst vóór de leeftijd van 24 jaar, en de helft voor de leeftijd van 14 jaar (Kessler et al., 2005).

Het is ook mogelijk dat de hierboven beschreven patronen in het zorggebruik voor een deel de leeftijdsverschillen tussen sociaal-economische categorieën reflecteren. Het gebruik van het type psychofarmaca en ggz-zorg verschilt immers sterk per leeftijdscategorie (figuur 1). Voor de leeftijden tot 45 jaar is er een groot aandeel ggz-therapie; in de latere leeftijdscategorieën is dit duidelijk lager. Het gebruik van psychofarmaca laat een tegenovergesteld beeld zien. Als meer jongeren een flexibel contract hebben, verwachten we dus een groter aandeel ggz-therapie bij werknemers zonder vast contract. Een aanwijzing daarvoor zien we ook in tabel 1.



## PSYCHISCHE ZORG EN INKOMEN

Het is bekend dat er een relatie bestaat tussen sociaal-economische status, opleidingsniveau en gezondheid. Zo is het verschil in levensverwachting tussen laag- en hoogopgeleiden circa zes jaar en kan het verschil in jaren in gezonde levensverwachting op 25-jarige leeftijd zelfs oplopen tot bijna achttien jaar (CBS, 2016b). Figuur 2 toont per inkomensdeciël de gemiddelde ggz-kosten per patiënt en het percentage mensen dat ggz-therapie gebruikt. Beide zijn voor de laagste inkomensgroepen drie maal hoger dan voor de hoogste inkomensgroepen, waardoor de totale kosten in de laagste inkomensdecieën ruim zes maal hoger zijn vergeleken met het hoogste inkomensdeciël. Deze gradiënt is veel sterker dan voor somatische kosten, waarbij de totale kosten voor de laagste inkomensdecieën slechts 1,5 keer groter zijn dan voor het hoogste inkomensdeciël. De lichte stijging van het eerste naar het tweede inkomensdeciël wordt verklaard doordat veel studenten en ondernemers een laag inkomen



**Werk, arbeidsongeschiktheid en ggz, 18 tot 74 jaar** TABEL 1

|  | Gebruik van psychische zorg in 2013 |              |               | Uitstroom uit werk en uitkering tussen 2013 en 2014 |                                   |
|--|-------------------------------------|--------------|---------------|---|-----------------------------------|
|  | Totaal (zonder overlap)             | Ggz-therapie | Psychofarmaca | Zonder ggz-therapie of psychofarmaca                | Met ggz-therapie of psychofarmaca |
| <i>In procenten</i>                                  |                                     |              |               |   |                                   |
| <b>Totaal</b>  | 13,0                                | 6,5          | 9,6           |   |                                   |
| <b>Werkenden</b>                                     | 9,6                                 | 5,2          | 6,2           | 7,4   | 11,4                              |
| Zelfstandige   | 8,7                                 | 4,5          | 5,7           | 6,6   | 9,9                               |
| Werknemer  | 9,8                                 | 5,3          | 6,3           | 7,3   | 11,4                              |
| <b>Contract</b>                                      |                                     |              |               |   |                                   |
| Minimaal 1 vast contract                             | 9,8                                 | 5,1          | 6,5           | 4,8   | 8,3                               |
| Geen vast contract                                   | 9,8                                 | 6,0          | 5,8           | 13,6  | 19,0                              |
| <b>Arbeidsduur hoofd baan</b>                        |                                     |              |               |   |                                   |
| 24 uur of minder                                     | 12,0                                | 6,3          | 8,2           | 11,9  | 15,0                              |
| Meer dan 24 uur                                      | 8,7                                 | 4,9          | 5,4           | 5,4   | 9,2                               |
| <b>Uitkeringsgerechtigden</b>                        | 30,8                                | 16,8         | 24,7          | 22,9  | 11,5                              |
| WW   | 14,8                                | 8,2          | 9,9           | 48,5  | 40,0                              |
| AO   | 38,2                                | 19,2         | 32,9          | 6,9   | 4,5                               |
| Diagnose psychische aandoening of gedragsstoornissen | 52,8                                | 30,0         | 46,5          | 5,2   | 3,7                               |
| Overige diagnose                                     | 27,1                                | 10,8         | 22,6          | 7,7   | 5,8                               |
| Bijstand   | 30,9                                | 18,4         | 23,3          | 15,4  | 10,8                              |
| Ziektewet  | 44,7                                | 32,2         | 32,7          | 34,4  | 19,3                              |
| <b>Schoolgaand</b>                                   | 9,8                                 | 7,1          | 4,9           |   |                                   |

Bron: bewerking op basis van CBS (2016a)

rapporteren, maar gemiddeld in betere gezondheid verkeren dan andere mensen met een laag inkomen.

Het is opvallend dat de kosten voor een ggz-behandeling van personen met een laag inkomen zo veel hoger zijn. Over causaliteit, dus of een laag inkomen leidt tot psychische aandoeningen, en vice versa, is op basis van deze gegevens geen uitsluitsel te geven. Dat psychische problemen kunnen leiden tot verlies van werk en daarmee tot een lager inkomen is een aannemelijke redenering. Omgekeerd blijkt ook uit psychologisch onderzoek dat het leven in armoede een beperkend effect kan hebben op de handelingsmogelijkheden. Armoede en de stress in het dagelijks bestaan eist een deel van de capaciteit van het denkvermogen op waardoor er minder capaciteit over is voor de pogingen om uit de armoede te komen (Mullainathan en Shafir, 2013). Eenzelfde samenhang wordt gevonden voor psychische klachten en schulden (Terpstra en Tielen, 2008).

### UITVAL UIT WERK EN BLIJFKANS IN DE UITKERING

Een psychische aandoening heeft ook negatieve gevolgen voor de in- en uitstroomkans in de uitkering. Voor alle typen

werkenden in 2013 hadden degenen die gebruikmaakten van ggz-therapie of psychofarmaca een grotere kans om niet meer te werken in 2014 (tabel 1). Tegelijkertijd geldt voor mensen met een uitkering dat juist degenen met psychische zorg minder vaak uit de uitkering stromen. Dat is het geval bij alle uitkeringen. Het hoogste percentage uitstromers uit een uitkering zit in de regelingen die het dichtst bij de arbeidsmarkt zitten, namelijk de Ziektewet en WW. Maar mensen met psychische zorg maken in alle regelingen de kleinste kans om de uitkering weer te verlaten.

### DISCUSSIE

De verwevenheid van economische (in)activiteit en psychische gezondheid zorgen ervoor dat psychische gezondheidsproblemen ook buiten de zorg tot hoge maatschappelijke kosten leiden. De OESO heeft de gelijktijdige focus op zowel de psychische klachten als werk ook vertaald naar formele beleidsaanbevelingen. In de praktijk blijkt dat samenwerking moeizaam gaat tussen de ggz en enerzijds bedrijfsartsen als mensen nog werken en anderzijds instanties zoals UWV en gemeenten die mensen naar werk begeleiden. Die samenwerking is nu lastig omdat de logica – waaronder de doelstelling en de financiering – van die instanties niet bevorderlijk is voor samenwerking. Zorggeld is niet bedoeld om participatie te bevorderen, en re-integratiegeld niet om de gezondheid te bevorderen. Maar zorggeld kán wel de arbeidsparticipatie bevorderen en re-integratiegeld kán wel de gezondheid bevorderen. Dit vraagt om een geïntegreerde aanpak waarbij de zorgkolom en instanties met betrekking tot gezond werk en re-integratie samenwerken om herstel te bevorderen, met nieuwe instrumenten die deze samenwerking bevorderen. Ons vervolgonderzoek zal zich richten op het in kaart brengen van de maatschappelijke opbrengsten van de ggz en het identificeren van barrières die de toegang tot gepaste zorg belemmeren.

Een recent voorbeeld van samenwerking is Individuele Plaatsing en Steun (IPS), ontwikkeld binnen de ggz om via werk de benodigde structuur, sociale contacten en waardering te bieden waardoor mensen met psychische problemen weer opknappen. In de VS zijn hier goede resultaten mee geboekt. UWV heeft – om de begeleiding naar werk mogelijk te maken – financiering beschikbaar gesteld in een experimenteel kader waardoor er tijdelijk een koppeling kan komen tussen ggz-zorg en begeleiding naar werk voor UWV-cliënten. Daarmee worden feitelijk twee financieringsbronnen (zorg en UWV) in een experimentele setting aan elkaar ‘geklikt’. Dit is een van de mogelijke manieren om de belangen van twee sectoren aan elkaar te verbinden. Het experiment met IPS vanuit UWV wordt gemonitord op praktische werkbaarheid en de baten op zowel gezondheids- als arbeidsmarktterrein.

#### LITERATUUR

- Bijenhof, A.M., M.A. Folkertsma, G.J. Kommer et al. (2012) *Kostenontwikkeling GGZ*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Te vinden op [www.volksgezondheidenzorg.info](http://www.volksgezondheidenzorg.info).
- Burdorf, L. (2016) *Werk, participatie en gezondheid*. PowerPointpresentatie te vinden op [www.divosa.nl](http://www.divosa.nl).
- CBS (2016a) *Geestelijke gezondheidszorg en arbeidsmarktpositie, 2013*. Maatwerktabel te vinden op [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
- CBS (2016b) *Gezonde levensverwachting; opleidingsniveau – 2011–2014*. Statistiek te vinden op [statline.cbs.nl](http://statline.cbs.nl).
- Graaf, R. de, M. ten Have en S. van Dorsselaer (2010) *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Nemesi-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Karanikolos, M., P. Mladovsky, J. Cylus et al. (2013) Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), 1323–1331.
- Kessler, R.C., P. Berglund, O. Demler en E.E. Walters (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593–602.
- Layard, R. (2017) *The economics of mental health*. IZA World of Labor, 321.
- MLZ (2017) *Gebruik zorg met verblijf*. Te vinden op [www.monitorlangdurigezorg.nl](http://www.monitorlangdurigezorg.nl).
- Mullainathan, S. en E. Shafir (2013) *Scarcity: why having too little means so much*. Basingstoke: Macmillan.
- OESO (2014) *Mental Health and Work: Netherlands*. Parijs: OESO.
- Polder, J. (2016) *Gezondheid werkt*. In: SZW, *Perspectief op de onderkant van de arbeidsmarkt*. Den Haag: SCP.
- RIVM (2014) *Een gezonder Nederland – Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Te vinden op [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl).
- Schaafsma, F.G., H. Michon, Y. Suijkerbuijk et al. (2015) *Kennissynthese arbeid en ernstige psychische aandoeningen*. Te vinden op [assets.trimbos.nl](http://assets.trimbos.nl).
- Terpstra, N. en H. Tielen (2008) *Schulden: wie heeft ze (niet)?* GGD Hollands Midden. Factsheet te vinden op [www.ggdhorkennisnet.nl](http://www.ggdhorkennisnet.nl).

#### In het kort

- ▶ Om winst te boeken op het terrein van gezondheid en van participatie is samenwerking nodig.
- ▶ Zorggeld kan de arbeidsparticipatie bevorderen en re-integratiegeld kan de gezondheid bevorderen.
- ▶ Samenwerken is het verbinden van belangen, ook wat betreft doelen en financiering.