

# Invloeden op de uitkomst van de TBA-herbeoordelingsoperatie

P. van Muijen, N.J. van Tilburg en P.G.W. Smulders

200010955

## Samenvatting

In dit artikel worden de resultaten beschreven van een steekproefonderzoek naar de invloeden op de uitkomst van de eenmalige beoordeling in het kader van de Wet Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (TBA). Onderzocht is wat de invloed is van zes persoons- en functiefactoren, vier gezondheidsfactoren en twee uitvoeringstechnische factoren op de herbeoordeling.

Het betrof een dossierstudie verricht op twee GAK-kantoren en gericht op het cohort uitkeringsgerechtigden jonger dan 35 jaar, beoordeeld in 1994 en 1995. Het onderzoek baseerde zich op gegevens van personen met een volledige arbeidsongeschiktheid (klasse 80-100%), voorafgaand aan de herbeoordeling. Van de totale populatie (n= 419) behield 48% (189 personen) de volledige uitkering. Van de resterende 52% (220 personen) verloren 169 personen de uitkering volledig en 51 personen gedeeltelijk. Uit de statistische analyses bleek dat de volgende zes factoren significant van invloed waren op de uitkomst van de herbeoordeling: de leeftijd, hoe lang geleden men begon met werken, hoe lang geleden men arbeidsongeschikt werd verklaard, in welk jaar de TBA-herbeoordeling plaatsvond en of men de diagnose 'psychomentaal' of de diagnose 'overig' verkregen had. Namelijk: hoe ouder, hoe later men begonnen was met werken, hoe langer geleden men arbeidsongeschikt werd verklaard, hoe later het TBA-onderzoek plaatsvond, hoe groter het toegekende arbeidsongeschiktheidspercentage. Toekenning van de diagnose 'psychomentaal' en de diagnose 'overig' ging ook significant méér samen met een hoger arbeidsongeschiktheidspercentage. Factoren als sekse, etniciteit, arbi-niveau en het aantal diagnoses, bleken niet van invloed op de uitslag van de herbeoordeling.

*Trefwoorden:* TBA, herbeoordeling, arbeidsongeschiktheid

## Inleiding

Per 1 augustus 1993 zijn door de Wet Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen, hierna de wet TBA genoemd, de arbeidsongeschiktheidsregelingen ingrijpend gewijzigd. 'Arbeidsongeschikt, geheel of gedeeltelijk, is hij die als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebreken geheel of gedeeltelijk niet in staat is om met gangbare arbeid te verdienen, hetgeen gezonde personen, met soortgelijke opleiding en ervaring, ter plaatse waar hij arbeid verricht of het laatst heeft verricht, of in de omgeving daarvan, met arbeid gewoonlijk verdienen' (lid 1 en 2 van artikel 18 Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering/art. 5 Algemene Arbeidsongeschiktheidswet). Aldus luidt de definitie van het begrip arbeidsongeschiktheid na de wetswijziging in het kader van de wet TBA. Een van de belangrijkste wijzigingen van de Wet TBA is de invoering van een nieuw medisch en arbeidskundig arbeidsongeschiktheids criterium, dat ten opzichte van het verleden werd aangescherpt. De mate van arbeidsongeschiktheid werd bepaald na invoering van de Wet TBA door een vergelijking tussen het vroeger verdiende loon en het loon dat men,

gezien zijn of haar handicap, nog zou kunnen verdienen. De wijziging bestaat hieruit dat, bij het zoeken naar functies die een arbeidsongeschikte nog kan vervullen, niet langer meer een rol speelt wat hij of zij altijd gedaan heeft en welke opleiding gevolgd is. Hierdoor zullen meer en andere functies in aanmerking komen dan vroeger het geval was en zullen meer mensen voor een geringer percentage arbeidsongeschikt of zelfs geheel arbeidsongeschikt worden verklaard.

Het nieuwe arbeidsongeschiktheids criterium gold niet alleen voor nieuwe arbeidsongeschikten maar ook voor mensen die op 1 augustus 1993 arbeidsongeschikt waren en op die datum jonger waren dan 50 jaar. Op 1 januari 1994 is met de herbeoordeling van de eerste groep - de mensen die op 1 augustus 1993 jonger waren dan 35 jaar - begonnen. Lopende uitkeringen werden aan de hand van de nieuwe criteria herbeoordeeld, een operatie die vijf jaar in beslag zou gaan nemen.

Uit de landelijke dagbladen bleek al snel hoe beladen deze operatie was. Er was veel kritiek op de uitvoeringsinstellingen. Diverse instanties, waaronder de KNMG en het Ctsv deden nader onderzoek naar schrijnende ge-

vallen en onredelijke beoordelingen<sup>2</sup>. Wat in de media veel stof deed opwaaien, is dat ook chronisch zieken worden afgeschat met het vooruitzicht op een werkeloosheidsuitkering en nadien een bijstandsuitkering. De roep om aanpassing van de te hanteren criteria bleef uiteindelijk niet zonder gehoor, zodat de oudere leeftijdscategorieën gingen profiteren van een minder stringente beoordeling volgens de oude arbeidsongeschiktheidscriteria. Dit kwam door een 'soepeler' beoordeling op arbeidskundige gronden, waarbij het begrip 'passende arbeid' in plaats van 'gangbare arbeid' van toepassing werd. Ook het aantal te duiden functies diende hoger te zijn. Dit resulteerde erin dat de kans op een hogere uitkeringsklasse of volledige arbeidsongeschiktheid op arbeidskundige gronden toenam.

### Vraagstelling

Bij aanvang van de eenmalige herbeoordeling TBA wordt de verzekeringsarts geconfronteerd met personen die soms reeds jaren uit het arbeidsproces zijn en chronische klachten melden op grond waarvan eerder tot al of niet volledige arbeidsongeschiktheid is besloten. De verzekeringsarts dient een uitspraak te doen over mogelijkheden tot functioneren in arbeid, waarbij hij gebruik maakt van een recent ontwikkelde standaard, de standaard 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden'.

In dit artikel wordt aandacht besteed aan de factoren die van invloed zijn op de eenmalige herbeoordeling TBA. Centraal staat de herbeoordelingsoperatie van het eerste cohort. De mogelijke oorzakelijke factoren zijn in het verleden eerder onderwerp geweest van uitgebreid onderzoek en beschreven in de literatuur<sup>3-6,10</sup>. Ze worden in twee categorieën onderscheiden, voorwaardelijke en onvoorwaardelijke. De voorwaardelijke kans op WAO-instroom wordt door de aard en ernst van de ziekte bepaald. Ziekte is dus een eerste voorwaarde om toegang te krijgen tot de uitkering. Andere oorzakelijke factoren die indirect een effect hebben op de kans tot toetreding tot WAO, gegeven de aanwezigheid van ziekte, zijn persoonsgebonden factoren, factoren in de arbeidssituatie en uitvoeringstechnische factoren<sup>7-10</sup>. Deze factoren spelen wel een rol ten aanzien van toetreding tot WAO, maar dan op een meer indirecte wijze dan de oorzakelijke factor ziekte. Bij afwezigheid van de laatste (ziekte) kan, in principe, van toetreding tot WAO geen sprake zijn.

Samengevat gaat het om de volgende typen voorspellers: gezondheid als voorwaardelijke voorspeller en persoon, functie en uitvoeringstechnische factoren (bijvoorbeeld jaar van vorig onderzoek en jaar van TBA-onderzoek) als onvoorwaardelijke voorspellers. De globale vraagstelling is verder uitgewerkt in de volgende vier hypothesen:

- Er bestaat een positieve relatie tussen het aantal geconstateerde ziektediagnoses en

de mate van arbeidsongeschiktheid, er vanuit gaande dat meer diagnoses ook meer (functionele) beperkingen geven en het lastiger zal zijn voldoende passende functies te duiden.

- Verwacht wordt dat factoren als leeftijd, geslacht, etniciteit, arbi-niveau, jaar intrede arbeidsongeschiktheid, van voorspellende waarde zijn met betrekking tot de mate van arbeidsongeschiktheid, waarbij hogere leeftijd, vrouw-zijn, allochtoon-zijn, lager arbi-niveau, langer arbeidsverleden, een grotere kans op arbeidsongeschiktheid geven.
- Na herbeoordeling blijven personen met een psych mentale diagnose vaker volledig arbeidsongeschikt dan personen met klachten van het bewegingsapparaat.
- Indien er na herbeoordeling sprake is van een blijvende volledige arbeidsongeschiktheid, zal in de meeste gevallen sprake zijn van een medische arbeidsongeschiktheid, waarbij dus de gezondheidstoestand van doorslaggevende betekenis is.

### Methode van onderzoek

Er is een zogenaamd retrospectief cohort-onderzoek uitgevoerd op twee verschillende GAK-kantoren (Dordrecht en Assen)<sup>14</sup>. Het betrof het eerste cohort van personen, de leeftijdsgroep tot 35 jaar, die herbeoordeeld werd in de periode januari 1994 tot en met januari 1995.

Dossiers die in de studie werden opgenomen, dienden te voldoen aan de voorwaarde '80-100% arbeidsongeschikt vóór aanvang van de herbeoordeling'. Uitgesloten werden daarbij de dossiers met als uitgangssituatie 80-100% arbeidsongeschikt in het kader van de AAW (jeugdgehandicapten/zelfstandigen) en 80-100% arbeidsongeschikt, onder toepassing van artikel 33/44. Het laatstgenoemde artikel betreft personen met theoretisch WAO-klasse 80-100%, doch eventueel werkend in de praktijk, waarbij de verdiensten verzekerd worden zodat op praktische gronden een lagere WAO-klasse aan de orde is.

In Dordrecht werden 203 dossiers in de studie betrokken, vanuit Assen 216. Van de totale populatie was 223 mannen en 196 vrouw. De verdeling man/vrouw tussen beide kantoren was niet significant verschillend.

In deze studie onderscheiden we drie typen 'voorspellers', namelijk persoons- en functiekenmerken, 'uitvoeringstechnische' kenmerken en gezondheidskenmerken (zie tabel 1).

Tabel 1 laat zien dat het gemiddelde geboortjaar van de 419 arbeidsongeschikten 1962 was. In 1994-1995 waren deze personen gemiddeld 32-33 jaar oud. Het aantal allochtonen was gering: 44 in totaal waarvan de meesten afkomstig waren uit de regio Dordrecht. Het gemiddelde arbi-niveau was 2,43 (de meeste arbeidsongeschikten hadden niveau 2 of 3). Het arbi-niveau werd genoteerd aan de hand van de meest recente arbeidskundige rapportage. Indien dit problemen

Tabel 1 Gemiddelden, standaarddeviaties, minimum- en maximumwaarden en aantal respondenten per kenmerk in het onderzoek

Voorspellende en afhankelijke kenmerken	Gemiddelde waarde	Standaarddeviatie	Minimum waarde	Maximum waarde	n
<b>I Persoons- en functiekenmerken:</b>					
geslacht (man vs vrouw)	1,47	0,50	1	2	419
geboortejaar (1955 tot 1967)	62,02	2,11	55	67	419
ethniciteit (autochtoon vs allochtoon)	1,11	0,31	1	2	419
arbi-niveau (1=min; 6=max)	2,43	0,99	1	6	417
jaar entree op de arbeidsmarkt (1970-1992)	81,85	4,27	70	92	396
jaar entree arbeidsongeschiktheid (1978 - 1994)	87,32	3,38	78	94	419
<b>II 'Uitvoeringstechnische' kenmerken:</b>					
jaar vorig onderzoek (1980 tot 1995)	90,63	2,88	80	95	416
jaar onderzoek TBA (1994 of 1995)	94,07	0,26	94	95	419
<b>III Gezondheidskenmerken:</b>					
aantal (sub-) diagnoses (1 tot 4)	1,87	0,91	1	4	419
eerste diagnose-cat. psychomenteel (nee-ja)	0,56	0,50	0	1	419
eerste diagnose-cat. bewegingsapparaat (nee-ja)	0,21	0,41	0	1	419
eerste diagnose-cat. 'overige' (nee-ja)	0,20	0,40	0	1	419
<b>IV Afhankelijke kenmerken:</b>					
arbeidsongeschiktheidspercentage na TBA (1-8)	4,65	3,34	1	8	419
bij 80-100% arbeidsongeschikt na TBA:					
medisch, arbeidsdeskundig of beroep (1-3)	1,33	0,52	1	3	199

gaf werd de arbeidskundig analist geraadpleegd.

Het jaar 'entree op de arbeidsmarkt' was gemiddeld 1981 en liep van 1970 tot 1992. Het jaar waarin de arbeidsongeschiktheid was ingegaan liep van 1978 tot 1994, met 1987 als gemiddelde jaar. Het jaar waarin het vorige onderzoek plaatsvond werd ook genoteerd; die onderzoeken vonden plaats van 1980 tot 1995. Het TBA-beoordelingsjaar was 1994 of 1995 (zie tabel 1).

Wat betreft de gezondheid van de persoon die werd beoordeeld, zijn diagnoses gecodeerd in het dossier volgens de nummerlijst en alfabetische lijst van ziekte- en ongevallen diagnoses (uitgave Federatie van Bedrijfsverenigingen, FBV). Minimaal één en maximaal vier diagnoses konden worden omschreven naar FBV-code. Diagnoses werden onderverdeeld in vier diagnosegroepen te weten:

- groep 1: psychomenteel: psychische/psychiatrische klachten en cognitieve functiestoornissen na bijvoorbeeld een CVA, trauma capitis;
- groep 2: energetisch: hart en longziekten;
- groep 3: houdings- en bewegingsapparaat: locomotore klachten;
- groep 4: overige: alle diagnoses die niet in bovengenoemde groepen konden worden ondergebracht, zoals spijsvertering, huid, KNO, oncologisch.

Het aantal diagnoses werd genoteerd zoals aangetroffen in de dossiers. Het gemiddeld

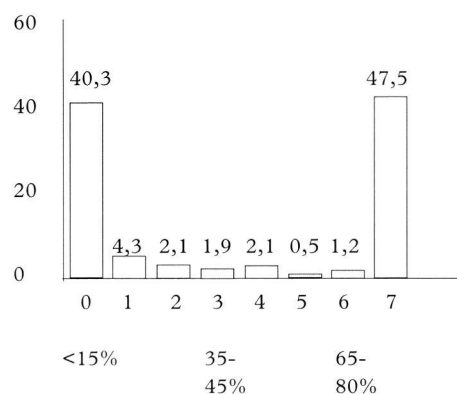
aantal was 1,87 diagnoses per persoon. In de meerderheid werd slechts één diagnose genoemd (177 keer), in 150 dossiers werden twee diagnoses aangetroffen, in 63 dossiers 3 en in 29 dossiers 4 diagnoses. Bij de eerste diagnose zijn psychomentele klachten het meest aan de orde met 56,3%; daarna komen de bewegingsapparaatklachten met 21,2%, de diagnose 'overig' met 20,0% en de diagnose energetische klachten met slechts 2,4%.

Teneinde een indeling naar arbeidsongeschiktheidsklassen te maken, werd de klasse na herbeoordeling genoteerd (zie tabel 1 en figuur 1). Er was tussen de twee GAK-kantoren Assen en Dordrecht geen significant verschil ten aanzien van de wijziging van de arbeidsongeschiktheidsklassen na de TBA-herbeoordelingsoperatie. Ook de verdeling van de diagnoses over de vier hoofdgroepen was niet significant verschillend. In Dordrecht werd wel vaker een volledige medische arbeidsongeschiktheid aangetroffen (Chi kwadraattest  $p = 0,002$ ).

De gehele populatie van 419 dossiers werd na beoordeling verdeeld in twee groepen: de groep <15-80% en de groep 80-100% na herbeoordeling.

Indien geen belastbaarheidspatroon (d.i. een profiel van beperkingen in relatie tot fysieke en psychische klachten van de verzekerde, aan de hand van een lijst van 28 punten) was opgesteld, werd uitgegaan van een volledige arbeidsongeschiktheid op medische gronden. Indien wel een belastbaarheidspa-

Figuur 1 Percentage arbeidsongeschikten per klasse na TBA-onderzoek



troon was opgesteld, maar onvoldoende gangbare functies konden worden geduid (of het loonverlies meer dan 80% bedroeg ten opzichte van de maatman), werd uitgegaan van een volledige arbeidsongeschiktheid op arbeidskundige gronden.

Multipale regressieanalyses werden uitgevoerd om twee vragen te beantwoorden, namelijk:

- Welke kenmerken bepalen of iemand in een lage of hoge arbeidsongeschiktheidsklasse terecht komt bij de TBA-herbeoordelingsronde, uitgaande van een volledige arbeidsongeschiktheid voorafgaande aan de herbeoordeling?
- Wat zijn de voorspellende kenmerken ten aanzien van een medische of arbeidskundige beoordeling indien de betreffende per-

soon is ingedeeld in de arbeidsongeschiktheidsklasse 80-100%?

## Resultaten

Nagegaan is wat de invloed is van de persoons-, functie-, uitvoeringstechnische en gezondheidskenmerken op de uitkomst van de herbeoordeling. Dit gebeurde met multipale regressieanalyse, waarbij elk verband gecorrigeerd werd voor de andere voorspellende kenmerken. Onderzocht is wat de invloed is als acht arbeidsongeschiktheidsklassen worden onderscheiden (zie figuur 1) en wanneer slechts twee klassen (namelijk <15-80% versus 80-100%) worden onderscheiden. De resultaten in tabel 2 worden weergegeven in zogenaamde beta-coëfficiënten.

Uit de rechterkolom van tabel 2 valt op te maken dat er tussen de groep <15-80% en de groep 80-100% geen significante verschillen zijn ten aanzien van geslacht, etniciteit en arbi-niveau. Ook het jaar van vorig onderzoek en het aantal diagnoses dat iemand is toegekend blijkt er niet toe te doen. Alle beta-coëfficiënten zijn namelijk niet significant. Het geboortjaar doet er wel toe. Hier is de beta -0,13: hoe ouder iemand is bij herbeoordeling hoe hoger het arbeidsongeschiktheidspercentage, ongeacht het aantal en het type hem of haar toegekende diagnoses. Het 'jaar entree op de arbeidsmarkt' heeft een relatie van 0,13 met het toegekende arbeidsongeschiktheidspercentage, hetgeen wil zeggen dat hoe later iemand op de arbeidsmarkt verscheen, hoe hoger zijn of haar toegekende WAO-percentage. Bovendien laat tabel 2 een licht significant negatief verband (beta= -0,12) zien tussen 'jaar entree in

Tabel 2 Resultaten van de multipale regressieanalyse met 'arbeidsongeschiktheidspercentage' als afhankelijk kenmerk (arbeidsongeschiktheid in respectievelijk 8 en 2 klassen ingedeeld)

Voorspellende kenmerken	Invloed indien arbeidsongeschiktheid in 8 klassen	Invloed indien arbeidsongeschiktheid in 2 klassen
geslacht (man vs vrouw)	0,01 (ns)	0,03 (ns)
geboortjaar (1955-1967)	-0,13 *	-0,13 *
eticiteit (allochtoon vs autochtoon)	-0,02 (ns)	-0,01 (ns)
arbi-niveau (1=min; 6=max)	-0,03 (ns)	-0,05 (ns)
jaar entree arbeidsmarkt (1970-1992)	0,11 #	0,13 *
jaar entree arb.ongesch. (1978-1994)	-0,07 (ns)	-0,12 #
jaar vorig onderzoek (1980-1995)	0,07 (ns)	0,08 (ns)
jaar onderzoek TBA (1994-1995)	0,14 **	0,10 *
aantal (sub-) diagnoses (1 - 4)	-0,02 (ns)	0 (ns)
eerste diagnose-cat. psychomentaal (nee-ja)	0,03 (ns)	0,29 #
eerste diagnose-cat. bewegingsapp. (nee-ja)	-0,21 #	0 (ns)
eerste diagnose-cat. 'overige' (nee-ja)	0,09 (ns)	0,24 #
Multipale correlatie	0,34	0,33

n= 419; ns = niet significant; \*\* p<0,01 \* p<0,05 # p<0,10

Tabel 3 Het aantal en type diagnose voor en na de herbeoordeling

Aantal en type toegekende diagnoses	<15-80% (na herbeoordeling)	80-100% (na herbeoordeling)	totaal (vóór herbeoordeling)
aantal toegekende diagnoses	1,92	1,80	1,87
psychomentaal	104 (=44,1%)	132 (=55,9%)	236 (=100%)
energetisch	8 (=80,0%)	2 (=20,0%)	10 (=100%)
bewegingsapparaat	69 (=77,5%)	20 (=22,5%)	89 (=100%)
overige	39 (=46,4%)	45 (=53,6%)	84 (=100%)
totaal	220* (=52,5 %)	199 (=47,5 %)	419 (=100 %)

\* in 5 van deze 220 gevallen werd na een gewonnen beroepszaak alsnog een volledige arbeidsongeschiktheid toegekend

de arbeidsongeschiktheid' en het toegekende WAO-percentages na herbeoordeling. Dit wil zeggen dat personen die reeds lang in de WAO zitten verhoudingsgewijs een hoger arbeidsongeschiktheidspercentage kregen toegekend, ongeacht hun andere persoons-, functie of gezondheidskenmerken.

Tevens valt uit tabel 2 te concluderen dat hoe later het TBA-onderzoek plaatsvond, hoe groter het toegekende arbeidsongeschiktheidspercentage, opnieuw ongeacht persoons-, functie- of gezondheidskenmerken. Dit zou mogelijk het gevolg kunnen zijn van een aanpassing in de uitvoeringspraktijk waarbij de aanvankelijk zeer strikte criteria - naar aanleiding van inmiddels opgedane praktijkervaring - werden aangepast c.q. verruimd toegepast.

Indien gekeken wordt naar de invloed van de factoren op de arbeidsongeschiktheid in twee klassen, blijkt tevens dat toekenning van de hoofddiagnose psychomentaal en de hoofddiagnose 'overig' significant méér samengaat met een hoger toegekend arbeidsongeschiktheidspercentage.

In tabel 3 wordt ingezoomd op een paar gezondheidskundige elementen uit tabel 2. In tabel 3 staat namelijk de verdeling van het kenmerk 'diagnose' naar de klasse <15-80 en 80-100 weergegeven. Het aantal toegekende diagnoses doet er niet toe, want het verschil tussen 1,92 diagnoses voor de groep <15-80 en 1,80 diagnoses voor de groep 80-100 blijkt na toetsing niet significant. Verder valt uit tabel 3 op te maken dat er ten opzichte

Tabel 4 Resultaten van de multipale regressieanalyse met 'medische' versus 'arbeidskundige beoordeling' als afhankelijk kenmerk bij 80-100% arbeidsongeschiktverklaarden.

Voorspellende kenmerken	Invloed (beta-coëfficiënt)
geslacht (man vs vrouw)	- 0,07 (ns)
geboortejaar (1955 tot 1967)	0,13 (ns)
etniciteit (allochtoon vs autochtoon)	- 0,04 (ns)
arbi-niveau (1=min; 6=max)	0,10 (ns)
jaar entree arbeidsmarkt (1970 -1992)	0 (ns)
jaar entree arb.ongeschiktheid (1978 - 1994)	- 0,03 (ns)
jaar vorig onderzoek (1980 tot 1995)	- 0,03 (ns)
jaar onderzoek TBA (1994 of 1995)	- 0,06 (ns)
aantal (sub-) diagnoses (1 tot 4)	- 0,04 (ns)
eerste diagnose-cat. psychomentaal (nee-ja)	0,08 (ns)
eerste diagnose-cat. bewegingsapparaat (nee-ja)	0,39 #
eerste diagnose-cat. 'overige' (nee-ja)	0,47 #
Multipale correlatie	0,50

n= 194; ns = niet significant; # p<0,10

Tabel 5 Aantal en type diagnose bij personen met een volledige arbeidsongeschiktheid op medische en arbeidskundige gronden

Aantal en type toegekende diagnoses	80-100% medisch	80-100% arbeidsdeskund.	80-100% totaal
aantal toegekende diagnoses	1,81	1,80	1,81
psychomentaal	109 (=84,5%)	20 (=15,5%)	129 (=100%)
energetisch	2 (=100%)	0	2 (=100%)
bewegingsapparaat	7 (=36,8%)	12 (=63,2%)	19 (=100%)
overige	20 (=45,5%)	24 (=54,5%)	44 (=100%)
totaal	138 (=71,1%)	56 (=28,9%)	194 (=100%)

van de situatie vóór herbeoordeling een duidelijke omslag plaatsvindt ten aanzien van de verdeling van klachten van het bewegingsapparaat versus psychomentele klachten.

De gegevens in tabel 3 onderstrepen de uitkomsten van tabel 2. Zichtbaar is dat de diagnose 'psychomentaal' en de diagnose 'overige' verhoudingsgewijs veel voorkomt, respectievelijk 55,9% en 53,6%, onder de volledig arbeidsongeschiktverklaarden na herbeoordeling.

Aandoeningen van het bewegingsapparaat treft men relatief meer aan bij degenen die een lager arbeidsongeschiktheidspercentage kregen toegewezen na herbeoordeling.

In tabel 4 worden de resultaten weergegeven van de multi-pele regressieanalyse met 'medische versus arbeidskundige beoordeling' als afhankelijke variabele. De vraag die in deze tabel wordt beantwoord, is welke invloeden meegespeeld hebben in deze beslissing.

De hoofdconclusie is dat - indien de andere kenmerken onder controle worden gehouden - de eerste diagnose bewegingsapparaat en eerste diagnose 'overig' licht significant méér voorkomen bij 'arbeidskundige' dan bij 'medische beoordeling'. Alle andere factoren blijken er niet toe te doen.

Tabel 5 zoomt weer in op een paar gezondheidskundige elementen, die ook in tabel 4 al aan de orde kwamen. In tabel 5 wordt namelijk de verdeling van het aantal diagnoses en de typen diagnosegroepen over 'medisch' of 'arbeidskundig' vermeld.

Uit deze tabel valt op te maken dat volledige arbeidsongeschiktheid in de meerderheid van de gevallen een medische is (geen belastbaarheidspatroon opgesteld), te weten 138 maal tegen 56 maal een arbeidskundige (Chi kwadraat  $p=0$ ). In vijf gevallen werd na een gewonnen beroepszaak alsnog een volledige arbeidsongeschiktheid geadviseerd. Van de 194 gevallen waarin een volledige arbeidsongeschiktheid werd aangenomen werd bij 129 een psychomentele aandoening als eerste diagnose genoemd. Een groot deel hiervan wordt gevormd door ernstige psychiatrische

stoornissen, met name psychotische toestandsbeelden.

In tabel 5 wordt geïllustreerd dat aandoeningen van het bewegingsapparaat en overige aandoeningen licht méér voorkomen bij 'arbeidskundig' ingedeelde 80-100% arbeidsongeschikten dan bij 'medisch' ingedeelde 80-100% arbeidsongeschikten. Ook wordt getoond dat het aantal ooit toegekende diagnoses niet blijkt te verschillen tussen de twee groepen (1,81 versus 1,80).

## Discussie

Als eerste moet worden opgemerkt dat het onderzochte cohort, de leeftijdsgroep jonger dan 35 jaar, niet representatief is voor de totale Nederlandse WAO-populatie. Voorts betreft het cohort een populatie die bij aanvang van de herbeoordeling reeds volledig arbeidsongeschikt was. De resultaten van herbeoordeling van cohorten van ouderen zullen mogelijk afwijken op grond van de aard en ernst van leeftijdsspecifieke aandoeningen. Hierbij valt te denken aan hart- en vaatziekten, tumoren, en langere expositieduur als oorzakelijke factoren. Daarbij kan er een minder strikt arbeidskundig beoordelingscriterium aan de orde zijn. Tevens kan de factor leeftijd zelf een rol spelen. In het verleden is gebleken dat een klacht bij oudere werknemers eerder dan bij jongeren aanleiding gaf tot arbeidsongeschiktheid. Tevens is in het verleden de beoordeling bij ouderen minder strikt uitgevoerd. Een en ander zou kunnen samenhangen met een toename van de factor comorbiditeit op latere leeftijd. Uit dit onderzoek blijkt overigens dat er geen relatie is tussen het aantal diagnoses en de mate van arbeidsongeschiktheid.

In 1987 is evenals in 1993, een stelselherziening ingevoerd waarop een herbeoordeling van jongeren tot 35 jaar volgde. Landelijk gezien waren de resultaten van deze wijziging niet indrukwekkend. Ongeveer 80% van de onderzochte populatie behield de uitkering, 10% werd verder afgeschat naar een lagere klasse en 10% had geen recht meer op een uitkering<sup>13</sup>. Deze resultaten steken schril af

tegen de bevindingen van dit onderzoek waarbij 40% van de populatie de uitkering volledig verliest.

#### *De hypothesen beschouwd*

Op de eerste plaats is verondersteld dat er een positieve relatie bestaat tussen het aantal geconstateerde ziektediagnoses en de mate van arbeidsongeschiktheid, er vanuit gaande dat meer diagnoses ook meer (functionele) beperkingen geven en het lastiger zal zijn voldoende passende functies te duiden. Er bleek echter geen verband aantoonbaar tussen het aantal diagnoses en de mate van arbeidsongeschiktheid na eenmalige herbeoordeling. Er is wel een licht verschil tussen het gemiddelde aantal diagnoses tussen de groepen <15-80 en 80-100, maar dat was niet significant. In de groep 80-100 na herbeoordeling was geen verschil in het aantal diagnoses tussen de medische en arbeidskundige subgroepen. Hieruit mag geconcludeerd worden dat het aantal aandoeningen geen voorspellende waarde heeft ten aanzien van het wel of niet voortbestaan van een volledige uitkering na herbeoordeling. Het onderzoek wijst wel uit dat de gezondheidstoestand een belangrijke factor is ten aanzien van het voortduren van een volledige arbeidsongeschiktheid. Psychomentele klachten 'beschermen' als het ware tegen afschatting na herbeoordeling volgens TBA-criteria. Blijvende volledige arbeidsongeschiktheid na herbeoordeling wordt namelijk in overwegende mate aangenomen op medische gronden waarbij psychomentele klachten het vaakst aan de orde zijn.

Ten tweede werd verwacht dat factoren als leeftijd, geslacht, etniciteit, arbi-niveau, jaar intrede arbeidsongeschiktheid, van voorspellende waarde zouden zijn voor de mate van arbeidsongeschiktheid, waarbij hogere leeftijd, vrouw-zijn, allochtoon-zijn, lager arbi-niveau, langer arbeidsverleden, een grotere kans op arbeidsongeschiktheid zou geven. Leeftijd blijkt inderdaad van invloed te zijn op de uitkomst van de herbeoordelingsoperatie. Naarmate de persoon in kwestie ouder is, is de mate van arbeidsongeschiktheid groter. Dit is in de literatuur eerder beschreven. Opvallend is dat dit effect ook in een beperkt leeftijdscohort zoals in de onderzochte populatie het geval was, aantoonbaar is. Factoren als geslacht, etniciteit en dergelijk blijken niet van invloed.

In de derde plaats werd verondersteld dat, na herbeoordeling, personen met een psychomentele diagnose vaker volledig arbeidsongeschikt zouden blijven dan personen met klachten van het bewegingsapparaat. Een doorgaande volledige arbeidsongeschiktheid na herbeoordeling was inderdaad significant vaker gerelateerd aan een psychomentele aandoening of aandoening uit de categorie overige. Klachten van het bewegingsapparaat geven slechts bij een gering aantal verzekerden aanleiding tot het aannemen van een doorgaande volledige arbeidsongeschiktheid. In de meeste gevallen vond een verlaging van

de uitkering plaats. Uit de literatuur is bekend dat instroom in de WAO bij jongeren voor een groot deel bepaald wordt door psychische klachten<sup>11</sup>. Ook uit dit onderzoek blijkt dat in de groep van blijvend 80-100% arbeidsongeschikten in 132 (66%) van de 199 gevallen als eerste diagnose psychische klachten worden genoemd. Het Ctsv vond dat jonge arbeidsongeschikten, met klachten van het bewegingsapparaat of een laag loon, relatief vaker werden getroffen door de wetswijzigingen TBA<sup>12</sup>.

Ten slotte werd aangenomen dat, indien er na herbeoordeling sprake is van een blijvende volledige arbeidsongeschiktheid, er in de meeste gevallen sprake zou zijn van een medische arbeidsongeschiktheid, waarbij de gezondheidstoestand van doorslaggevende betekenis is. Samenvattend blijkt dat bij een blijvende arbeidsongeschiktheid dit in de meeste gevallen beruiste op een medische arbeidsongeschiktheid op grond van psychomentele klachten. Niet alleen instroom in de WAO blijkt voor een groot deel bepaald door psychische klachten; een doorgaande blijvende arbeidsongeschiktheid na herbeoordeling blijft op grond van veelal psychische klachten voortduren.

Een opvallende en niet-verwachte bevinding in dit onderzoek was de relatie tussen de uitkomsten van de herbeoordeling en het jaar waarin deze plaatsvond. In 1995 werd gunstiger beoordeeld dan in 1994. Dit is mogelijk toe te schrijven aan een omslag van beoordeling ten aanzien van en toepassing van de uitvoeringspraktijk wegens de op dat moment reeds ontstane maatschappelijke discussie over de TBA-criteria.

Ook was niet verwacht (tabel 2) dat het 'jaar entree op de arbeidsmarkt' een significante relatie zou hebben met het - bij herbeoordeling - toegekende arbeidsongeschiktheidspercentage (hoe later iemand op de arbeidsmarkt was verschenen, hoe hoger zijn of haar toegekende WAO-percentages bij herbeoordeling).

Tot slot was onverwacht en opvallend dat er een licht significant negatief verband was tussen het 'jaar entree in de arbeidsongeschiktheid' en het toegekende WAO-percentages bij herbeoordeling. Dit wil zeggen dat personen die reeds lang in de WAO zitten verhoudingsgewijs een hoger arbeidsongeschiktheidspercentage werden toegekend, ongeacht hun andere persoons-, functie of gezondheidskenmerken. Dit zijn opvallende uitvoeringstechnische effecten.

Arbidsongeschiktheid wordt door diverse factoren beïnvloed waarbij er interacties zijn tussen onder andere de verzekerde, artsen en omgeving. Arbidsongeschiktheid wordt aanvankelijk onderbouwd met een medische diagnose. Andere factoren kunnen in een later stadium de ziekte of het ziektegedrag beïnvloeden. Hierbij kan gedacht worden aan factoren als werkinhoud, arbeidsomstandigheden, capaciteiten, behoeften, financiële

prikkels et cetera. Ook de structuur en organisatie van het sociale verzekeringsstelsel zijn van invloed. Gezien de resultaten van het onderzoek mag worden gesteld dat herbeoordeling TBA een forse uitstroom heeft veroorzaakt vanuit volledige arbeidsongeschiktheid naar volledige arbeidsgeschiktheid. Indien het strengere en gewijzigde arbeidsongeschiktheids criterium als filter mag worden beschouwd, blijkt dat niet alleen de aard van de ziekte van belang is bij het voortbestaan van de volledige arbeidsongeschiktheid, maar ook geboortejaar, jaar entree op de arbeidsmarkt, jaar entree in de arbeidsongeschiktheid en jaar van TBA-onderzoek. In dit onderzoek bleken de overige factoren geen voorspellende waarde te hebben.

#### Literatuur

- 1 Toma J. Historisch overzicht verdiscontering arbeidsongeschiktheids criterium. Zoetermeer: Sociale VerzekeringsRaad, 1994.
- 2 Boer WEL de, Croon NHTh, Klerk JM de. Het gewijzigde arbeidsongeschiktheids criterium: maatschappelijke reacties. Tijdschr voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskd 1995; 3:150-57
- 3 Bruinsma H, Kers WC. WAO-toetreders, een beschrijving. Amsterdam Gemeenschappelijke Medische Dienst, 1989 (cahier nr. 16).
- 4 Gründemann RWM, Nijboer ID, Schellart AJM. Arbeidsgebondenheid van WAO-intrede. Tijdschr Verzekeringsgeneeskd 1992;30: 40-45.
- 5 Aarts L, Jong PhR de. WAO-toetreding per bedrijfssector: deelrapport determinantenonderzoek WAO. Zoetermeer: SVR, 1985.
- 6 Aarts L et al. Determinanten onderzoek WAO; eindrapportage. Zoetermeer: SVR, 1987.
- 7 Aarts L, Bruinsma H, Jong PhR de. Arbeidscapaciteit van WAO toetreders; deelrapport determinanten onderzoek WAO. Zoetermeer: Sociale Verzekerings Raad, 1982.
- 8 Aarts L, Jong PhR de. Arbeidsverleden en uitkeringshoogte als determinanten van WAO-toetreding. Deelrapport determinanten onderzoek WAO. Zoetermeer: Sociale Verzekerings Raad, 1982.
- 9 Klein Hesselink DJ. Afwezigheid verklaard: literatuurstudie naar determinanten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Amsterdam: Nederland Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA), 1993.
- 10 Smulders PGW, Veerman TJ, Buijs PC. Oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (hoofdstuk C4-4). Handboek bedrijfsgezondheidszorg, augustus 1997.
- 11 Bijl R, Bauduin D. Categorie V, arbeidsongeschikt wegens psychische stoornissen. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NCGV), 1991.
- 12 Knepper S. Twee jaar verder, een schrijnende WAO? Ned Tijdschr voor Geneeskd 1995; 49; 2576-79.
- 13 Portier S. Medisch heronderzoek bij langdurig arbeidsongeschikte jongeren (scriptie). Utrecht: Stichting Sociale Geneeskunde, 1990.
- 14 Van Muijen P, Tilburg NJ van. Herbeoordeling TBA en determinanten van arbeidsongeschiktheid. Utrecht: NSPH, 1996.

#### Personalia

P. van Muijen en N.J. van Tilburg zijn werkzaam als verzekeringsarts bij GAK Nederland B.V., respectievelijk in Breda en in Assen. P.G.W. Smulders is senior onderzoeker bij TNO Arbeid te Hoofddorp.

#### Correspondentieadres

P. van Muijen, GAK Nederland B.V., Postbus 3276, 4800 MH, Breda.

## NIEUWS

### WAJONG: Kamervragen over toename

De staatssecretaris heeft antwoord gegeven op vragen die door de Tweede Kamer zijn gesteld over de toename van het aantal WAJONG-ers en over reïntegratie-inspanningen voor deze doelgroep. De stijging van 25% tussen 1990 en 1998 is in hoge mate demografisch bepaald. Aangezien de AAW in 1976 is ingevoerd verwacht hij pas over enige tientallen jaren het (hogere) structurele niveau te bereiken. Wel laat hij nader onderzoek verrichten naar de verhoogde instroomkans omdat mogelijk ook niet-demografische factoren de stijging veroorzaken.

Bijna de helft (44%) van de WAJONG-ers is ingedeeld in de dragerscategorie 'psychische stoornissen' en 'gedragsstoornissen' en 30% valt onder de noemer 'ziekte niet nader omschreven/elders geïnclassificeerd'. In 1998 had 18% van het totaal aantal WAJONG-ers een WSW-dienstbetrekking. De staatssecretaris is van mening dat de WAJONG-gerechtigden niet onderbedeeld blijven wat betreft reïntegratie-inspanningen.

Bron: Documenta, nummer 8, 23 juni 1999