



Opdrachtgever

UWV



Opdrachtnemer

Kenniscentrum UWV / Ed Berendsen,
Margreet Stoutjesdijk, Noortje Mertens

Onderzoek

KM 07-03 Tussenrapportage
dossieronderzoek Wajong
Einddatum – 1 mei 2007

Categorie

Kenmerken van klanten

KM 07-03 Tussenrapportage dossieronderzoek Wajong

Conclusie

Uit de eerste analyse kunnen met betrekking tot de herkomst de volgende voorlopige conclusies getrokken worden:

Er is niet één bepaalde herkomstcategorie verantwoordelijk voor de gestegen instroom.

De instroom vanuit de Bijstand neemt conform de verwachtingen tussen 2002 en 2005 toe. We verwachten echter dat de grootste stijging pas in 2006 zichtbaar zal worden.

De instroom in de Wajong neemt vooral toe vanuit het Praktijkonderwijs en Voortgezet Speciaal Onderwijs (VSO/PRO). In 2005 heeft bijna de helft een VSO/PRO achtergrond.

De toegenomen instroom vanuit het VSO/PRO houdt gelijke tred met de toename van het aantal leerlingen in het VSO/PRO.

Met betrekking tot de ziektebeelden, die achter de codes P697 en P699 verscholen gaan, kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

Binnen de codes P697 en P699 is de groep met een verstandelijke beperking verreweg de grootste groep (in 2005 34,7% van de totale instroom). Daarbinnen is vooral een stijging te zien bij groep met lichtere verstandelijke beperkingen. De groep met een stoornis uit het autistisch spectrum bedraagt circa 10% van de totale instroom in 2005 en de groep met een aandachtstekortstoornis (o.a. ADHD) bedraagt 4% van de totale instroom.

Hoewel de nieuwe ziektebeelden (Autisme en ADHD) niet de grootste groepen zijn binnen codes P697 en P699 nemen ze wel sterker toe dan de groep met verstandelijkebeperkingen.

Bron: Kennismemo

Link naar bestand

<http://www.onderzoekwerkeninkomen.nl/rapporten/vkn5dgx7>



Aan
RvB, Fred Paling, Geert Tillemans, André van Amsterdam, Titus Livius

Cc
Jan Stalman

Onderwerp

Kennismemo 07/03

Tussenrapportage dossieronderzoek Wajong

1. Inleiding

Sinds het midden van de jaren 90 van de vorige eeuw en vooral na 2002 stijgt de instroom in de Wajong elk jaar sterker dan op grond van de verandering van de risicopopulatie verwacht kan worden. Voor deze stijging bestaat op dit moment geen sluitende verklaring, ondanks analyses die de afgelopen jaren zijn uitgevoerd. De bestanden die hiervoor ter beschikking staan bieden echter onvoldoende mogelijkheden. Om die reden is UWV dit jaar gestart met een omvangrijk dossieronderzoek naar de instroom in de Wajong. In dit kennismemo worden de eerste resultaten van het dossieronderzoek gepresenteerd.

Uit de eerdere analyses¹ is een aantal verklaringen naar voren gekomen. Eén van de mogelijke verklaringen voor de stijging is dat er nieuwe groepen jonggehandicapten instromen in de Wajong. In dat geval zullen er nieuwe herkomstcategorieën bijkomen of zullen bestaande herkomstcategorieën naar verhouding sterker toenemen. Voor de verklaring van de instroomstijging is daarom kennis van de herkomst nodig.

Nieuwe groepen jonggehandicapten kunnen zich manifesteren in de vorm van nieuwe herkomstcategorieën, maar ook in de vorm van nieuwe ziektebeelden. Vastgesteld is dat de samenstelling van de instroom geleidelijk verandert. Het aandeel van twee specifieke diagnosecategorieën, "verstandelijk gehandicapten" (P697) en "Overige psychische stoornissen" (P699), in de instroom stijgt sterk. Tussen 2002 en 2006 neemt dit aandeel toe van 46,1% naar 57,3%. Niet alleen nemen deze twee categorieën sterk toe, ze zijn ook containerbegrippen geworden. Daardoor is er onvoldoende inzicht in de aard van de aandoeningen en stoornissen waarmee deze jongeren te kampen hebben en bij welke aandoeningen en stoornissen de stijging van de instroom zich voordoet.

Inzicht krijgen in de herkomst van Wajongers en in de ziektebeelden die achter bovengenoemde diagnosecodes schuilgaan is het primaire doel van het dossieronderzoek. Hoewel het dossieronderzoek nog in volle gang is geven we in dit kennismemo alvast een eerste verkenning van de twee primaire vragen uit het dossieronderzoek:

- Waar komen de jonggehandicapten vandaan? Ofwel, waar bevinden Wajongers zich voor instroom in de Wajong (herkomstcategorie)?
- Welke ziektebeelden gaan schuil achter diagnosecategorieën P697 en P699 en bij welke doet de stijging zich voor?

¹ Ontwikkelingen in de Wajong (UWV Kennismemo 06/03, mei 2006)

Datum
7 mei 2007
Van
KENNISCENTRUM,

Ed Berendsen
T (020) 687 1625
Ed.Berendsen@uwv.nl

Margreet Stoutjesdijk
T (020) 687 3194
Margreet.Stoutjesdijk@uwv.nl

Noortje Mertens
T (020) 687 5370
Noortje.Mertens@uwv.nl



Het onderzoek is uitgevoerd op drie kantoren en heeft betrekking op de instroomjaren 2002 t/m 2006. Van een kwart van deze instroom zijn de dossiers bekeken. Dit betekent wel dat de resultaten niet per definitie representatief zijn voor de landelijke instroom. De redenen om hiervoor te kiezen zijn gelegen in de uitvoerbaarheid en de wens om geconstateerde regionale verschillen te kunnen verklaren. Wel is het zo dat het totaalbeeld van de gekozen regio's redelijk overeenkomt met het landelijke beeld (zie bijlage A).

De dossiers uit de jaren 2002 en 2005 zijn inmiddels onderzocht en de gegevens hiervan zijn verwerkt. Deze gegevens zijn de basis voor de resultaten in dit kennismemo. Daarbij wordt 2005 vergeleken met 2002. De resultaten in deze tussenrapportage moeten als eerste verkenning worden gezien omdat dit maar twee jaren betreft. Op basis van de overige jaren moet nog worden vastgesteld of het om daadwerkelijke trends gaat. We zijn echter van mening dat de resultaten over deze twee jaren een goede eerste indruk geven van de achtergronden van de ontwikkeling bij de Wajong. Gezien het belang van de resultaten voor de lopende discussie omtrent de Wajong (SER-advies, interdepartementale werkgroep jonggehandicapten) hebben we besloten om nu al met deze tussenrapportage te komen.

Leeswijzer:

In paragraaf 2 worden de belangrijkste bevindingen samengevat. In paragraaf 3 en 4 gaan we dieper in op de twee hoofdvragen van dit kennismemo: de herkomst van Wajongers (paragraaf 3) en de ontwikkeling van de ziektebeelden (paragraaf 4). In paragraaf 5 wordt ten slotte vooruitgekeken naar het vervolg van het onderzoek. Bijlage A gaat in op de onderzoeksopzet. Ten behoeve van de analyse van de ziektebeelden is een voorstel gemaakt voor een aanvulling op het standaard classificatiesysteem voor klachten en ziekten: de zogenaamde CAS-code. Een uitgebreide beschrijving van deze aanvulling is opgenomen in Bijlage B.

2. Bevindingen

Uit de eerste analyse kunnen met betrekking tot de herkomst de volgende voorlopige conclusies getrokken worden:

- Er is niet één bepaalde herkomstcategorie verantwoordelijk voor de gestegen instroom.
- De instroom vanuit de Bijstand neemt conform de verwachtingen tussen 2002 en 2005 toe. We verwachten echter dat de grootste stijging pas in 2006 zichtbaar zal worden.
- De instroom in de Wajong neemt vooral toe vanuit het Praktijkonderwijs en Voortgezet Speciaal Onderwijs (VSO/PRO). In 2005 heeft bijna de helft een VSO/PRO achtergrond.
- De toegenomen instroom vanuit het VSO/PRO houdt gelijke tred met de toename van het aantal leerlingen in het VSO/PRO.

Met betrekking tot de ziektebeelden, die achter de codes P697 en P699 verscholen gaan, kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

- Binnen de codes P697 en P699 is de groep met een verstandelijke beperking verreweg de grootste groep (in 2005 34,7% van de totale instroom). Daarbinnen is vooral een stijging te zien bij groep met lichtere verstandelijke beperkingen. De groep met een stoornis uit het autistisch spectrum bedraagt circa 10% van de totale instroom in 2005 en de groep met een aandachtstekortstoornis (o.a. ADHD) bedraagt 4% van de totale instroom.
- Hoewel de nieuwe ziektebeelden (Autisme en ADHD) niet de grootste groepen zijn binnen codes P697 en P699 nemen ze wel sterker toe dan de groep met verstandelijke beperkingen.

Er bestaat een relatie tussen de toename van de instroom van jonggehandicapten uit het VSO/PRO en de toename van het aantal jonggehandicapten met een ziektebeeld uit de groep

P697/P699. De invloed van de toegenomen instroom vanuit het VSO/PRO zien we vooral terug bij de groei van de groep verstandelijk beperkten.

Het beeld dat zo ontstaat is dat de voornaamste oorzaak voor de toename van de instroom ligt in de toename van de instroom vanuit het Praktijkonderwijs en Voortgezet Speciaal Onderwijs en niet zozeer in de toename van het aantal nieuwe ziektebeelden. Bovendien houdt de toegenomen instroom vanuit VSO/PRO gelijke tred met de toename van het aantal leerlingen op deze scholen. Er lijkt dus een verband te bestaan tussen de toename van het aantal leerlingen in het VSO/PRO en de groei van de instroom in de Wajong. De grote vraag is dus wat de oorzaak is van de toename van het aantal leerlingen. Een vraag die echter verder reikt dan het aandachtsgebied van UWV. In de eindrapportage moet worden onderzocht of dit verband ook opgaat voor de andere jaren.

3. De herkomst van Wajongers

Zoals is aangegeven is één van de mogelijke verklaringen voor de stijging dat er nieuwe groepen jonggehandicapten instromen in de Wajong. Dat betekent dat er ofwel nieuwe herkomstcategorieën bijkomen ofwel dat bepaalde bestaande herkomstcategorieën naar verhouding sterker toenemen. Voor de verklaring van de instroomstijging is daarom kennis van de herkomst nodig. Herkomst betekent in dit geval de situatie op het moment van claimbeoordeling. Er zijn meerdere situaties waarin jonggehandicapten kunnen verkeren op het moment van claimbeoordeling. Van belang is dat die situaties onderscheiden worden die de ontwikkeling van de instroom kunnen verklaren.

Eén van die situaties is de situatie waarbij er sprake is van een eerder Wajongrecht dat heropend wordt (een zogenaamde heropening). In de statistiek worden dit als instroom geteld. Dit is het geval bij circa 10% van de instroom. Aanwezigheid van een eerder recht is dus een relevante situatie.

Een tweede situatie is dat jonggehandicapten doorstromen vanuit een andere uitkering. Als de toegang tot andere uitkeringsvormen (WAO/WIA, Bijstand) wordt beperkt of bemoeilijkt bestaat de kans dat meer jonggehandicapten een Wajonguitkering aanvragen. Met name vanuit de Bijstand is sinds 2005 een duidelijke stijging van de doorstroom naar de Wajong te zien². Daarnaast bestaat bij de jonggehandicapten de mogelijkheid dat ze bij aanvraag van een WAO/WIA-uitkering, of bij een ZW-uitkering worden doorverwezen naar de Wajong omdat de betreffende ziekte al bestond voor hun 18^e verjaardag. Ook hier kunnen verschuivingen optreden in de loop der jaren.

Een belangrijke groep jonggehandicapten is opgenomen in een instelling of is in behandeling bij een instelling. Een mogelijke verklaring voor de gestegen instroom is dat de groep jongeren die dit betreft groter wordt (epidemiologische ontwikkelingen). Opgenomen zijn in of onder behandeling zijn bij een instelling is daarom een relevante herkomst situatie.

Een volgende groep is de groep jonggehandicapten die werkt, al dan niet met ondersteuning. Jonggehandicapten werken vooral aan de onderkant van de arbeidsmarkt. Dit deel van de arbeidsmarkt staat bloot aan ontwikkelingen die negatief kunnen uitwerken op de mogelijkheid om een baan te vinden. De complexiteit van het werk neemt bijvoorbeeld steeds meer toe. Het gevolg kan zijn dat jonggehandicapten een groter risico kunnen lopen om werkloos te worden dan wel om niet aan het werk komen. Daardoor kan de instroom in de Wajong toenemen. Bovendien is het mogelijk dat de Wajong als een verzekering wordt

² Zie UKV 2006-IV en UKV-2007-I.

gebruikt voor het geval het misgaat. Dit kan ook uitgaan van de werkgever. Instroom vanuit werk is dus relevante herkomstcategorie.

Jonggehandicapten stromen vooral in als ze jong zijn³, vaak direct van school. School of studie is daarom een belangrijke herkomstcategorie. Deze categorie is vooral van belang omdat het aantal leerlingen op de schooltypes (het Praktijkonderwijs en het Voorgezet Speciaal Onderwijs) met veel jonggehandicapten de laatste jaren sterk toeneemt. Niet alleen school als herkomsttype is dus van belang, maar ook het schooltype.

Als jonggehandicapten zich niet in een van de hier voor genoemde situaties bevinden dan zitten ze thuis zonder school of uitkering, of wonen in een beschermde omgeving. In deze situatie is er vooral sprake van niet-gebruik van een Wajonguitkering, mogelijk uit onbekendheid met deze voorziening. Het is denkbaar dat onder invloed van de toenemende bekendheid of om andere redenen het niet-gebruik bij deze groep afneemt. In dat geval zal het aandeel van deze groep in de instroom toenemen.

Op deze wijze kunnen zes herkomstcategorieën gedefinieerd worden die bij het dossieronderzoek onderzocht kunnen worden. Omdat ze elkaar niet volledig uitsluiten is ook een vorm van hiërarchie toegepast⁴. Verschuivingen in de aandelen van de herkomstcategorieën kunnen inzicht geven in de redenen voor de toename van de instroom. Gebleken is dat deze indeling een goed handvat biedt voor de analyse van de instroom.

Tabel 3.1: Instroom: herkomst van Wajongers

Herkomstcategorie	Aantal		Mutatie %	Aandeel (%)	
	2002	2005		2002	2005
Heropeners	35	35	0	12,4	9,1
Bijstand	23	40	74	8,2	10,4
Andere UWV-uitkering (WAO/WIA/ZW)	36	20	-44	12,6	5,1
Instelling (wonend of behandeling)	52	71	37	18,5	18,2
Vanuit een baan	22	29	32	7,9	7,3
Via school/studie	95	150	58	33,5	38,5
Thuis of beschermd wonen ⁵	18	38	111	6,4	9,7
Overig	1	6	-	0,4	1,7
Totaal	283	389	38	100,0	100,0

In tabel 3.1 zijn de resultaten weergegeven. Daaruit is een aantal conclusies te trekken. Er is niet één herkomstcategorie die verantwoordelijk is voor de gestegen instroom. School is echter de grootste herkomstcategorie. Bij drie herkomstcategorieën is het aandeel duidelijk toegenomen: "Bijstand", "school" en "thuis of beschermd wonen". De stijging van de instroom vanuit Bijstand is verwacht en komt overeen met eerdere analyses. De stijging van de instroom vanuit school werd vermoed. Voordat daar een duidelijk oordeel over gegeven kan worden moet deze eerst verder worden uitgesplitst naar schooltype. Wel is het zo dat meer dan de helft van de toename van de instroom toe te wijzen is aan de herkomstcategorie school/studie. De toename van de categorie "thuis of beschermd wonen"

³ Bij 75% gaat het Wajong-recht in met 18 of 19 jaar.

⁴ Heropening heeft de hoogste prioriteit. Vervolgens instroom vanuit een andere uitkering. Daarna wonend in een instelling. Vervolgens instroom via werk, dan via school en daarna thuiswonend. Dakloos heeft tenslotte de laagste prioriteit.

⁵ Thuis- of beschermd wonend zonder school of uitkering.

is moeilijker te interpreteren. Het zou kunnen wijzen op verminderd niet-gebruik bij deze groep.

In tabel 3.2 is de herkomstcategorie school opgesplitst naar schooltype. Uit de tabel kan worden opgemaakt dat de stijging vanuit school/studie vooral vanuit het praktijkonderwijs komt. De directe instroom vanuit het praktijkonderwijs is verdubbeld tussen 2002 en 2005. Deze stijging loopt parallel aan de stijging van het aantal leerlingen op de praktijkscholen tussen 2001 en 2004. Het aantal 16/17-jarigen⁶ nam toe van 3.460 in 2000/2001 naar 6.220 in 2003/2004, hetgeen ook bijna een verdubbeling is.

Tabel 3.2: Instroom vanuit de herkomstcategorie school naar schooltype

Schooltype	Aantal		Mutatie %	Aandeel (%)	
	2002	2005		2002	2005
VSO ⁷ : REC Cluster I	1	1	0	0,4	0,3
VSO: REC Cluster II	2	5	150	0,7	1,4
VSO: REC Cluster III	34	37	9	12,0	9,5
VSO: REC Cluster IV	3	10	233	1,2	2,4
Praktijkonderwijs (VSO MLK)	23	47	104	8,3	12,0
Voortgezet speciaal onderwijs en Praktijkonderwijs	64	100	56	22,5	25,6
VMBO	5	10	100	1,9	2,5
VWO/HAVO	3	9	200	1,2	2,3
ROC/MBO	10	11	10	3,4	2,8
HBO	8	14	75	2,7	3,6
Universiteit	5	7	40	1,9	1,7
Overige schooltypes	31	50	61	11,0	12,9
Totaal herkomstcategorie school/studie	95	150	58	33,5	38,5

Ook bij de scholen van het voortgezet speciaal onderwijs (VSO) neemt het aantal leerlingen toe. Het aantal 16/17-jarige leerlingen neemt daar toe van 4.550 in 2000/2001 naar 6.050 in 2003/2004, een stijging van ongeveer 25%. De directe instroom (zie tabel 3.2) vanuit deze VSO scholen neemt toe van 39 naar 53 in 2005. Ook dit is een stijging van ongeveer 25%. De toename van het aantal leerlingen in het VSO lijkt zich dus te vertalen in een even grote stijging van de directe instroom vanuit deze scholen in de Wajong.

Niet alleen de instroom vanuit het VSO/PRO neemt in omvang toe, ook de instroom vanuit de overige schooltypes neemt in omvang toe. Het aandeel in de instroom is echter veel kleiner. Waarom de instroom vanuit deze schooltypes toeneemt is onduidelijk. Mogelijk wijst dat op de toegenomen bekendheid van de Wajong. Opvallend is dat de directe instroom vanuit de regionale opleidingscentra en het MBO niet stijgt.

Daarmee is echter nog niet alles gezegd. Niet iedereen vraagt en krijgt direct vanuit school een Wajonguitkering. Als we willen weten of de instroom vanuit het speciaal onderwijs

⁶ Meestal wordt de uitkering toegekend als ze 18 jaar zijn. Het aantal 16/17-jarigen bepaalt daarmee de instroom in het daaropvolgende jaar (als ze 18 zijn). Voor de leeftijdsgroep 16/17-jarigen is gekozen omdat met 18 jaar een deel van de jongeren het onderwijs al verlaten heeft.

⁷ REC Cluster I omvat scholen voor blinden of slechtzienden; meervoudig gehandicapten blinden of slechtzienden. REC Cluster II omvat scholen voor slechthorenden en doven; meervoudig gehandicapte doven en slechthorenden, spraak- en taalmoelijkheden. REC Cluster III omvat Zeer Moeilijk Lerende Kinderen (ZMLK), Tylyl, Mytyl, langdurig zieke kinderen met somatische problematiek. REC Cluster IV omvat Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen (ZMOK), ZMOLK, psychische problematiek.

toeneemt dan moeten we kijken naar de totale populatie van personen met een dergelijke opleiding. In tabel 3.3 is de instroom weergegeven van jonggehandicapten die op het voortgezet speciaal onderwijs gezeten hebben. Enerzijds gaat het hier om de groep die direct via school de Wajong instroomt (zoals in tabel 3.2 is weergegeven), anderzijds gaat het om de groep die via een andere weg (herkomstcategorie) de Wajong instroomt, maar wel op het praktijkonderwijs of het voortgezet speciaal onderwijs heeft gezeten. Uit de tabel blijkt duidelijk dat de instroom vanuit het VSO/PRO niet alleen absoluut, maar ook procentueel toeneemt. De stijging verklaart bijna 70% van de instroomstijging (71 op een stijging van 106). Bijna de helft van de instroom heeft in 2005 een VSO/PRO achtergrond. Tabel 3.3 versterkt het beeld van tabel 3.2. De drie belangrijkste groepen nemen alle drie in omvang fors toe, maar het zijn de cluster IV en de Praktijkscholen die ook in aandeel stijgen.

Tabel 3.3: Instroom: Wajongers met een VSO achtergrond

Schooltype	Aantal		Mutatie %	Aandeel (%)	
	2002	2005		2002	2005
Totale instroom	283	389	37	100,0	100,0
Waarvan: Totale instroom met een VSO achtergrond	110	181	65	39,1	46,6
Waarvan:					
- VSO: REC Cluster III	49	69	41	17,3	17,6
- VSO: REC Cluster IV	9	27	200	3,1	7,0
- Praktijkonderwijs (VSO MLK)	48	80	67	16,8	20,5

Welke conclusies kunnen hieruit voorlopig getrokken worden?

- De instroom vanuit de Bijstand neemt toe.
- De instroom in de Wajong neemt vooral toe vanuit het VSO/PRO. In 2005 heeft bijna de helft van de instroom een VSO/PRO achtergrond.
- De toegenomen instroom vanuit het VSO/PRO houdt gelijke tred met de toename van het aantal leerlingen in het VSO/PRO.
- De toegenomen instroom vanuit het VSO/PRO gaat gepaard met een afname van het aantal zelfstandig wonende (alleenstaand of samenwonend).

De vraag is of dit beeld zich doorvertaalt naar de samenstelling van de ziektebeelden van de Wajonginstroom? Immers, als vooral de instroom vanuit de praktijkscholen toeneemt zullen ook de ziektebeelden die bij dit schooltype horen zichtbaarder worden. Hetzelfde geldt voor de gestegen instroom van moeilijk opvoedbare kinderen (Cluster IV).

4. De ontwikkeling van de ziektebeelden

De samenstelling van de instroom verandert geleidelijk. Het aandeel van twee specifieke diagnosecategorieën met als hoofddiagnose "verstandelijk gehandicapt" (CAS-code⁸ P697) en "Overige psychische stoornissen" (CAS-code P699) in de instroom stijgt sterk. Tussen 2002 en 2005 neemt dit aandeel toe van 46,1% naar 57,3% (als afgezien wordt van heropende uitkeringen bedraagt het aandeel in 2005 zelfs 59%). Niet alleen nemen deze twee categorieën sterk toe, ze zijn ook containerbegrippen geworden. Daardoor is er onvoldoende inzicht in de aard van de aandoeningen en stoornissen waarmee deze jongeren te kampen hebben en bij welke aandoeningen en stoornissen de stijging van de instroom zich voordoet. Één van de vermoedens is dat de groei het gevolg is van de nieuwe ziektebeelden als ADHD en stoornissen in het autistisch spectrum. Deze worden bij gebrek aan een toepasbare diagnosecode ingedeeld in een van de beide genoemde categorieën. Het is daarom nodig om deze twee categorieën op te splitsen. Door de divisie AG⁹ is daarvoor een voorstel ontwikkeld.

Het voorstel houdt in dat er een nieuwe hoofdgroep wordt toegevoegd aan de standaard CAS-code indeling; O: Ontwikkelingsstoornissen, incl. gedragsstoornissen ontstaan in de zuigelingentijd tot adolescentie. Onder deze hoofdgroep vallen de subgroepen:

- O3 Aangeboren afwijkingen met verstandelijke beperking
- O6 Overige ontwikkelingsstoornissen en vroeg ontstane gedragsstoornissen. Deze omvatten:
 - O600-O609 verstandelijke beperking
 - O610-O619 autistisch spectrumstoornissen (ASS)
 - O620-O629 aandachtstekortstoornis (ADHD, ADD)
 - O630-O639 gedragsstoornis (bijv. O630 Oppositioneel opstandige gedragsstoornis)
 - O640-O649 leerstoornis
 - O690-O699 overige ontwikkelingsstoornissen (Bijv. O690 Gilles de la Tourette)

In het dossieronderzoek worden de codes P697 en P699 opnieuw gecodeerd (door verzekeringsartsen) naar een code uit de nieuwe hoofdgroep. Voor een uitgebreidere beschrijving wordt verwezen naar Bijlage B.

In deze analyse richten we ons op twee vragen. Welke ziektebeelden gaan schuil achter P697 en P699, en in welke mate komen ze voor? En verder: wat is de betekenis van deze ziektebeelden voor de gestegen instroom? We richten ons bij de analyse op de primaire diagnose. Opgemerkt moet worden dat we bij het dossieronderzoek ook kijken naar de secundaire diagnosecodes. Analyses hiervan worden opgenomen in de eindrapportage.

Tabel 4.1 geeft de verdeling van de primaire diagnose op hoofdlijnen weer en vergelijkt de onderzochte regio's met de totale landelijke instroom. De verdeling geeft aan dat er wat verschillen zijn. De ontwikkeling in de onderzochte regio's is echter vergelijkbaar qua omvang en richting met de landelijke ontwikkeling. Per saldo is het aandeel van de code P697 en P699 redelijk vergelijkbaar. De uitkomsten voor de onderzoeksregio's zijn op dit punt dus een redelijke indicatie voor de landelijke ontwikkeling.

⁸ CAS = Classificaties voor ARBO en SV. Dit is de standaard die UWV hanteert voor de indeling van ziektebeelden.

⁹ Zie notitie "voorstel tot aanvulling van de CAS t.b.v. de Wajong beoordeling" van Fieke Egberts, verzekeringsarts, beleid AG.

Tabel 4.1: Instroom: %-verdeling diagnosegroepen (primaire diagnosecode)

Groep	Onderzoeksregio's				Landelijk	
	Aantallen		Verdeling		Verdeling	
	2002	2005	2002	2005	2002	2005
Verstandelijk gehandicapt (P697)	77	137	27,2	35,3	32,8	40,1
Overige psychische stoornissen (P699)	39	69	14,0	17,6	10,4	15,8
Overige psychische diagnoses	100	110	35,5	28,3	30,7	25,4
Somatische ziektebeelden (Non P)	66	73	23,4	18,8	26,1	18,7
Totaal	283	389	100,0	100,0	100,0	100,0
P697+P699	116	206	41,1	52,9	43,2	55,9

Uit tabel 4.1 blijkt dat de totale stijging tussen 2002 en 2005 (106) bijna volledig toe te schrijven is aan de stijging bij de diagnosecodes P697 en P699 (90). Dit geldt ook voor de landelijke ontwikkeling. Het aandeel van deze twee codes neemt tussen 2002 en 2005 zowel bij de onderzoeksregio's als landelijk met circa 12%-punt toe. De vraag is dus wat er achter de codes P697 en P699 verscholen gaat. In tabel 4.2 zijn beide codes herbenoemd volgens de aanvulling op de Cas-code (zie bijlage B).

Tabel 4.2: Instroom: verdeling primaire diagnose (P697 en P699) na hercodering

Groep	Omschrijving	Aantallen		Mutatie	Verdeling	
		2002	2005	%	2002	2005
O30/O60	Verstandelijke beperking ¹⁰	82	135	65	28,9	34,7
	<i>Waarvan:</i>					
	- Diepe en ernstige beperking	11	23	109	4,0	5,8
	- Matig beperking	17	20	18	5,9	5,1
	- Lichte beperking	32	57	78	11,3	14,5
	- Zeer lichte beperking*	19	35	84	6,6	8,9
	- Ernst onbekend	3	1	-67	1,2	0,3
O61	Autistisch spectrumstoornis	21	38	81	7,6	9,8
O62	Aandachtstekortstoornis (ADHD)	5	15	200	1,9	3,9
O63	Gedragsstoornis	0	4	-	0,0	1,1
O64	Leerstoornis	0	2	-	0,0	0,6
O69	Overige ontwikkelingsstoornissen	1	2	100	0,4	0,6
	Overig diagnosecodes, niet O	7	9	29	2,4	2,3
	Totaal P697 en P699	116	206	78	41,1	52,9
	Totaal instroom	283	389	37	100,0	100,0

* voorheen zwakbegaafdheid genoemd

Uit tabel 4.2 kan een aantal conclusies worden getrokken:

- Binnen de codes P697 en P699 is de groep met een verstandelijke beperking verreweg de grootste groep (in 2005 34,7% van de totale instroom). Daarbinnen is vooral een stijging te zien bij groep met lichtere verstandelijke beperkingen. De groep met een stoornis in

¹⁰ De subgroepen O30 "Aangeboren afwijkingen met verstandelijke beperking" en O60 "verstandelijke beperking" zijn samengevoegd omdat het onderscheid tussen beide groepen niet altijd duidelijk is.

het autistisch spectrum bedraagt circa 10% van de totale instroom in 2005 en de groep met een aandachtstekortstoornis (onder andere ADHD) bedraagt 4% van de instroom.

- Hoewel de groepen nieuwe ziektebeelden (Autisme en ADHD) niet de grootste groepen zijn binnen codes P697 en P699 nemen ze wel sterker toe dan de groep met een verstandelijke beperking.
- De overige onderscheiden ziektebeelden die achter P697 en P699 verscholen gaan zijn qua omvang verwaarloosbaar.

In tabel 4.2 is de groep met een verstandelijke beperking ook uitgesplitst naar de ernst van de beperking. Het zijn met name de licht en zeer licht verstandelijk beperkten die de grootste groep vormen en het sterkst stijgen, samen met diep verstandelijk gehandicapten. Een voor de hand liggende gedachte is dat hier een relatie bestaat met de gestegen instroom vanuit het praktijk- en speciaal onderwijs. Het is daarom interessant om te kijken naar de ziektebeelden die voorkomen bij de instroom met een VSO/PRO achtergrond.

Tabel 4.3: Instroom: %-verdeling diagnosegroepen (oorspronkelijke primaire diagnosecode), Voortgezet Speciaal Onderwijs vergeleken met totale instroom

Groep	Voortgezet Speciaal Onderwijs*				Totale instroom onderzoeksregio's	
	Aantallen		Aandeel (%)		Aandeel(%)	
	2002	2005	2002	2005	2002	2005
Verstandelijk gehandicapt (P697)	51	102	46,3	56,3	27,2	35,3
Overige psychische stoornissen (P699)	21	35	18,7	19,3	14,0	17,6
Overige psychische diagnoses	9	13	7,9	7,0	35,5	28,3
Somatische ziektebeelden (Non P)	30	32	27,1	17,4	23,4	18,8
Totaal	110	181	100,0	100,0	100,0	100,0
P697+P699	72	137	65,0	75,6	41,1	52,9

* Cluster I, II, III, IV en Praktijkschool

Tabel 4.3 geeft duidelijk weer dat de beide containercodes P697 en P699 veel vaker voorkomen bij het VSO/PRO. Bovendien neemt hun aandeel ook nog sterk toe. Uit tabel 4.4 blijken de gevolgen hiervan na hercodering. De toename van het aantal jonggehandicapten met een verstandelijke beperking (van 81 naar 135, een toename van 54) wordt bijna volledig veroorzaakt door de toegenomen instroom vanuit het VSO/PRO (van 54 naar 100, een toename van 46). De ontwikkeling van het aantal jonggehandicapten met een stoornis in het autismespectrum of met een aandachtstekortstoornis wordt daarentegen maar gedeeltelijk bepaald door de instroom vanuit het VSO/PRO.

Tabel 4.4: Instroom: verdeling primaire diagnose (P697 en P699) na hercodering, Voortgezet Speciaal Onderwijs vergeleken met totale instroom (aantallen)

Hoofddiagnose	Voortgezet Speciaal onderwijs*		Totale instroom onderzoeksregio's	
	2002	2005	2002	2005
O30/O60 Verstandelijke beperking	54	100	81	135
O61 autistisch spectrumstoornis	15	23	21	38
O62 aandachtstekortstoornis	3	6	5	15
Totaal subgroepen	72	130	107	188
Totaal P697/P699	72	137	116	206
Totale instroom	110	181	283	389

* Cluster I, II, III, IV en Praktijkschool



Conclusie: de toename van het aantal jonggehandicapten met een ziektebeeld uit de groep P697 en P699 gaat samen met de toegenomen instroom vanuit het VSO/PRO. De invloed van de toegenomen instroom vanuit het VSO/PRO zien we vooral terug bij de groei van de groep verstandelijk beperkten en niet zozeer bij de nieuwe ziektebeelden autisme en ADHD.

5. Hoe verder?

Dit kennismemo is een tussenrapportage en bedoeld om een eerste indruk te geven van de uitkomsten van het onderzoek. In de eindrapportage zal een verdere analyse van de instroomontwikkeling centraal staan. Onderzocht zal worden wat het beeld is van de overige jaren uit het onderzoek (2004, 2006). In 2006 is vooral de invloed van de toenemende doorstroom vanuit de Bijstand een belangrijk thema. Ook de invloed van het netwerk op de instroom zullen we nader onderzoeken. Een belangrijke onderzoeksvraag is de vraag naar de oorzaak van de verschillen tussen de regio's. Wat we verder nog niet gedaan hebben is het onderzoeken van allerlei kruisverbanden. We zullen ook analyseren wat de consequenties zijn van de bevindingen met betrekking tot de instroomstijging voor de toekomstige ontwikkeling van de Wajong.

Hiernaast zullen we nadere analyses doen naar en rapporteren over de secundaire vragen in het dossieronderzoek. Hierbij gaat het onder andere om de participatiemogelijkheden van Wajongers en vragen die van belang zijn voor de uitvoeringspraktijk (zoals richtlijnontwikkeling, de bruikbaarheid van het aanpassingsvoorstel voor de CAS, welke gegevens bijgehouden moeten worden om de kennis over de Wajong te borgen, etc.).

Verder zullen we de dossierdata verrijken met gegevens uit UWV bestanden (zoals dienstverband- en re-integratiegegevens) om een zo compleet mogelijk beeld van de onderzochte groep te krijgen. Op deze wijze ontstaat een uitgebreid onderzoeksbestand dat gebruikt kan worden voor het beantwoorden van diverse vragen.

Bijlage A: Opzet dossieronderzoek

De aanleiding voor het dossieronderzoek is het feit dat we de stijging van de instroom in de Wajong onvoldoende kunnen verklaren¹¹. Zo hebben we bijvoorbeeld geen zicht op de herkomst van de Wajongers, we weten niet waar ze zich bevonden voordat de Wajonguitkering werd toegekend.

Een van de mogelijke verklaringen voor de stijging is dat er nieuwe groepen jonggehandicapten instromen in de Wajong. In dat geval zullen er nieuwe herkomst-categorieën bijkomen of bestaande herkomstcategorieën toenemen. Voor de verklaring van de instroomstijging is dus kennis van de herkomst nodig. Verder hebben we vastgesteld dat de samenstelling van de instroom geleidelijk verandert. We zien vooral een toename bij twee specifieke diagnosecategorieën: verstandelijk gehandicapt (P697) en overige psychische stoornissen (P699). Deze twee categorieën zijn containerbegrippen geworden. Hierdoor hebben we onvoldoende inzicht in de aard van de aandoeningen en stoornissen waarmee deze jongeren te kampen hebben. Ook weten we niet bij welke aandoeningen en stoornissen de stijging van de instroom zich voordoet. Het sterke vermoeden bestaat dat de bestaande CAS systematiek, wat betreft jonggehandicapten, niet meer voldoet en dat gezocht moet worden naar een nieuwe indeling. Ook hebben we als mogelijke oorzaak voor de stijging van de instroom de intensivering van de samenwerking met het netwerk rondom jonggehandicapten genoemd. Om inzicht te krijgen in het functioneren van de (regionale) netwerken rondom de Wajong is het van belang te weten door wie de jonggehandicapte op de Wajong is gewezen dan wel doorverwezen.

De informatie die nodig is voor het beantwoorden van deze vragen is niet te halen uit de bestaande bestanden. Dan blijven er twee mogelijkheden over: een enquête onder jonggehandicapten of een dossieronderzoek. Een enquête onder jonggehandicapten is in dit geval niet zo'n goede oplossing. Enerzijds omdat het een moeilijk benaderbare groep is, en anderzijds omdat er sprake is van het in kaart brengen van een historische ontwikkeling. Gekozen is daarom voor een dossieronderzoek.

Uit bestandsanalyse is gebleken dat vanaf 2003 veranderingen optreden die verband houden met bovengenoemde mogelijke oorzaken. Dat betekent dat de onderzoeksperiode de jaren 2002-2006 moet omvatten waarbij 2002 het laatste jaar is waarin de ontwikkeling conform de verwachtingen was. De geschetste problematiek leidt tot de volgende onderzoeksvragen:

- a) Hoe ontwikkelen de herkomstcategorieën zich in de tijd?
- b) Welke ziektebeelden gaan schuil achter de diagnosecategorieën P697 en P699 en bij welke doet de stijging zich voor?
- c) Door wie is de jonggehandicapte doorverwezen (netwerk)?

Omdat we toch bezig zijn en deze vragen actueel zijn, willen we ook kijken naar:

- d) de ondersteuning die jonggehandicapten krijgen bij de overgang van school naar werk,
- e) naar de mogelijkheden die jonggehandicapten nog hebben,
- f) en naar enkele aspecten van het claimbeoordelingsproces.

Onderzoek naar de stijging van de instroom vraagt om een longitudinale studie over de periode 2002 – 2006. Voor een goede longitudinale analyse van verschuivingen in herkomst-categorieën zijn relatief veel dossiers nodig. Gezien het beslag dat dit legt op de uitvoering is er voor gekozen om in eerste instantie het onderzoek uit te voeren in drie regio's. Mochten de resultaten daartoe aanleiding geven dan kan het onderzoek worden opgeschaald naar

¹¹ Zie ook kennismemo 06-03 Ontwikkelingen bij de Wajong.

landelijk niveau. Een reden die aanleiding zou kunnen geven om de analyse op te schalen is als de ontwikkeling bij de gekozen regio's niet te vergelijken is met de landelijke ontwikkeling. Bij de keuze van de regio's is daar echter rekening mee gehouden.

Keuze regio's

Als onderzoeksregio's zijn Den Haag, Arnhem en Utrecht geselecteerd. Deze keuze is gebaseerd op de volgende overwegingen. In Den Haag is sprake een sterke sprong van de instroom in 2005 (25,4%). In Arnhem zien we vanaf 2003 een voortdurende sterke stijging. Tenslotte kent Utrecht relatief weinig mutatie tot 2006. In 2006 is daar echter ook sprake van een sprong in de instroom. Utrecht is in feite de referentieregio omdat daar relatief weinig veranderingen zijn geweest in de uitvoering de laatste vijf jaar. We beschikken daarmee over een regio met relatief weinig groei t/m 2005 (Utrecht), een regio met een voortdurende meer dan gemiddelde groei (Arnhem) en een regio met een plotselinge stijging in 2005 (Den Haag). Door de regio's te vergelijken hopen we inzicht te krijgen in de verschillende ontwikkelingen in de regio's, met ook weer mogelijke conclusies voor de landelijke instroom.

Tabel A.1 Ontwikkeling instroom periode 2002-2006

Regio	2002	2003	2004	2005	2006
Instroom					
Den Haag	376	391	413	518	544
Arnhem	330	406	466	532	761
Utrecht	428	427	495	484	656
Totaal regio's	1.134	1.224	1.374	1.534	1.961
Landelijk	7.654	8.218	9.378	10.424	13.575
Mutaties (%)					
Den Haag		4,0	5,6	25,4	5,0
Arnhem		23,0	14,8	14,2	43,0
Utrecht		-0,2	15,9	-2,2	35,5
Totaal regio's		7,9	12,3	11,6	27,8
Landelijk		7,4	14,1	11,2	30,2

Uit tabel A.1 blijkt dat de ontwikkeling bij het totaal van de drie regio's tussen 2002 en 2006 in grote lijnen overeenkomt met het landelijke beeld. Het is dan ook de verwachting dat uitkomsten van het onderzoek representatief zijn voor de landelijke ontwikkeling.

Steekproef

Voor het dossieronderzoek is een gestratificeerde 25% steekproef getrokken uit de statistiekbestanden. De kenmerken van de stratificatie zijn kantoor, jaar, geslacht, leeftijdsklasse, diagnosegroep en eerste claim/heropening. De steekproefaantallen zijn opgenomen in tabel A.2.

Tabel A.2 Steekproefaantallen

Kantoornaam	2002	2003	2004	2005	2006	Eindtotaal
Arnhem	82	105	116	131	193	627
Den Haag	86	92	103	132	135	548
Utrecht	110	110	124	124	160	628
Eindtotaal	278	307	343	387	358	1.803



Voor de analyse van de aldus geselecteerde dossiers is een checklist ontworpen. Deze checklist is op basis van de informatie uit het dossier gevuld. De checklisten worden vervolgens verwerkt tot een onderzoeksbestand.

Uitvoering

Bij de analyse van de dossiers lag enerzijds de nadruk op het analyseren van de werkzaamheden van de arbeidsdeskundigen en anderzijds op de hercodering van de ziektebeelden. Daarom was het nodig dat een team van ervaren UWV arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen de dossieranalyse uitvoeren. Gezien de omvang van steekproef moeten dat er meerderen zijn. Om te zorgen dat de analyse zoveel mogelijk op een gelijke wijze plaatsvindt bewaken de onderzoekers de analyse en hebben zij zij de ingevulde checklisten gecontroleerd. Bovendien vond de analyse plaats in teamverband zodat vragen en discussiepunten onderling uitgewisseld konden worden.

Aan de dossieranalyse, die inmiddels is afgesloten, hebben verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen van de afdeling Kwaliteit (IC&K) van UWV, van de regio's Hengelo, Nijmegen, Utrecht en Almere meegewerkt. Verder zijn ook verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen van het bedrijf A-REA uit Zeist ingeschakeld voor de dossieranalyse. In totaal werkten meer 25 VA'n en AD'n mee aan de dossieranalyse. Verder was ook de bereidwillige medewerking en ondersteuning van de drie regio's van belang.

Planning

Vorbereiding	december – januari
Dossieranalyse	februari – 3 mei
Analyse	mei-juni
Rapportage	juni
Afronding	juni

Projectteam

Projectleider:	Ed Berendsen, senior kennisadviseur SBK
Overige leden projectteam:	Margreet Stoutjesdijk, kennisadviseur SBK
	Noortje Mertens, onderzoeker bij SBK
	Fieke Egberts, VA Staf AG
	Erik Voerman, AD Staf AG

Bijlage B: Aanpassing CAS-code¹²

De CAS is een door verzekeringsartsen en bedrijfsartsen gezamenlijk gebruikt classificatiesysteem van klachten en ziekten. CAS staat voor Classificaties voor ARBO en SV. Uitgangspunt bij de opstelling is de internationale codering, ICD-10, International Classification of Diseases. De ICD-10 zelf is te fijnmazig om bruikbaar te zijn. Bovendien is deze specifiek op ziektes gericht en blijven beroepsziekte, arbeidsgebonden zaken buiten beeld. De CAS heeft eenheid gebracht in het veld van bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde en bleek in gebruik toegankelijk en eenvoudig. Het CAS-code boekje werd in 1997 uitgegeven door het TICA en ook geïmplementeerd. De CAS wordt in Nederland gebruikt door bedrijfsartsen en UWV-verzekeringsartsen. De CAS-code is ook opgenomen in het CBBS-systeem. De verzekeringsarts brengt één of meer van toepassing zijnde codes in. Er is ruimte voor maximaal 3 codes met ook toevoegingen over arbeidsgebonden factoren.

Voor de doelgroep Wajong blijkt de CAS te grofmazig uit te pakken. De code P697 codeert voor zwakzinnigheid waarbij geen onderscheid wordt gemaakt naar de ernst van de verstandelijke beperking. Internationaal wordt de grens gelegd bij een IQ van 70 of minder. Vaak gebruiken de verzekeringsartsen de code P697 ook voor de grote groep van zwakbegaafdheid. De juiste code voor de groep van cliënten met een zeer lichte verstandelijke beperking is de restcode P699. In de code P699 schuilt een grote groep cliënten van de WAJONG die een stoornis in het autistisch spectrum (ASS) hebben. Ook ADHD valt onder deze code. De afgelopen jaren is de kennis over de ASS, Autistisch Spectrum Stoornissen, flink toegenomen. Dit geldt ook voor diagnose ADHD. De kennis was in 1997 nog niet in voldoende mate aanwezig waardoor een specifieke code voor deze aandoeningen ontbreekt.

Een ander punt is dat op de leeftijd van 17 jaar diverse psychiatrische beelden nog niet helder zijn. Zo mag pas van een persoonlijkheidsstoornis gesproken worden als de persoon 21 jaar is. Het handelt immers over ingeslepen patronen van gedrag. De toevoeging "in ontwikkeling" is niet mogelijk. Voor vroeg ontstane gedragsstoornissen is geen codering aanwezig. Toch zijn het duidelijke stoornissen en niet slechts problematisch gedrag. Hiervoor wordt soms code P642 (dissociale persoonlijkheidsstoornis) gebruikt, maar ook code P699.

De conclusie is dat de verzekeringsarts te weinig uit de voeten kan met de huidige ruimte in de CAS waar het oorzaakcodes betreft voor de Wajongpopulatie. Tweede conclusie is dat de oorzaakcode over de Wajong nu niet specifiek is en onvoldoende informatie biedt. Uitbreiding van de CAS is een haalbare oplossing om beter onderscheid te maken in de oorzaken van instroom in de Wajong¹³.

Welke diagnosegroepen, welke code moeten worden toegevoegd?

Verstandelijke beperking¹⁴: Beter onderscheid in de mate van verstandelijke beperking is nuttig. Ernstige en diepe verstandelijke beperking sluit voor arbeid benutbare mogelijkheden uit. In de groep matige verstandelijke beperking is er veelal een beperkte mogelijkheid tot verrichten van arbeid. In de groep met lichte verstandelijke beperking is er, al dan niet met ondersteunende maatregelen, mogelijkheid tot verrichten van arbeid. Het apart benoemen van de groep met zeer lichte verstandelijke beperking¹⁵, eerder zwakbegaafdheid genoemd,

¹² De bijlage is overgenomen uit de notitie "voorstel tot aanvulling van de CAS t.b.v. de Wajong beoordeling" van Fieke Egberts, verzekeringsarts, beleid AG.

¹³ Uiteraard geldt de problematiek ook voor de WIA, maar de containercode P699 is getalsmatig een kleinere en qua samenstelling een heterogene groep.

¹⁴ De termen zwakbegaafd en zwakzinnigheid zijn in Nederland niet meer in gebruik. Algemeen wordt gesproken van verstandelijke beperking c.q. mensen met een verstandelijke beperking.

¹⁵ in DSM IV-Tr wordt dit "borderline intellectual functioning" genoemd.

is ook gewenst. Een deel van deze groep wordt wegens voldoende voor arbeid benutbare mogelijkheden niet tot de Wajong toegelaten. Het is echter een groep waarop veel re-integratieinspanningen worden gericht. Daarom dient deze groep, ondanks het ontbreken er van als diagnose in DSM IV-Tr, een aparte vermelding te krijgen.

De toepassing van het onderscheid naar mate van verstandelijke beperking gaat verloren als er een specifieke oorzaak bekend is. Dit geldt vooral voor het syndroom van Down. Systematisch wordt dit dan immers in hoofdstuk A gecodeerd, A304 en A309. Het probleem is oplosbaar door aparte coderingen op te nemen voor aangeboren aandoeningen die gepaard gaan met een verstandelijke beperking. Ook hier kan weer onderverdeling gemaakt worden in de vier graderingen van de ernst van de verstandelijke beperking.

Autistisch Spectrum Stoornissen en Aandachtstekortstoornis

In de afgelopen jaren is de kennis over de Autistisch Spectrum Stoornissen, ASS, flink toegenomen. Dit geldt ook voor ADHD: aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit. Veel van de eerder als gedragsstoornis benoemde problematiek is te herleiden tot een vorm van ASS of ADHD. In de tweede helft van de vorige eeuw werden de ASS en ADHD vooral beoordeeld als een gedragsstoornis, waarbij de opvoeding veel invloed werd toegedicht. Nu is duidelijk dat er een grote erfelijke component aanwezig is, inclusief een verschil in voorkomen tussen jongens en meisjes. Er is met andere woorden sprake van een "neurobiologische stoornis". Ook in de WAJONG kan deze groep voorkomen, waarbij veelvuldig aanzienlijke beperkingen voor arbeid aan de orde zijn. Daarom is het terecht (het zijn stoornissen) en nuttig deze aandoeningen onderscheiden te coderen in de CAS.

Bij ASS zijn drie diagnoses getalsmatig van belang: Autistische stoornis, syndroom van Asperger en Pervasieve ontwikkelingsstoornis NAO (PDD NAO). De groep PDD NAO is relatief groot. Het blijft een vrij grove indeling, maar fijnmaziger wordt de diagnose in de praktijk niet gesteld. De DSM V zal waarschijnlijk niet voor 2014 worden geïmplementeerd. Het is nu niet duidelijk in hoeverre in die versie andere indelingen aan de orde zullen zijn. De indeling bij het autistisch spectrum discrimineert minder in mate van beperkingen voor arbeid dan de indeling bij de verstandelijke beperkingen. Een uitgesproken autistische stoornis zal gepaard gaan met grote beperkingen voor verrichten van arbeid. In de groep PDD NAO en bij het syndroom van Asperger is het beeld wisselend.

Bij de aandachtstekortstoornissen komen voornamelijk ADHD en ADD voor. Deze hebben een aparte code nodig.

Gedragsstoornissen

In de CAS is geen invulling gegeven aan vroeg ontstane gedragsstoornissen. Het bestaan van een gedragsstoornis kan echter een doorslaggevende rol spelen bij de beslissing om een Wajonguitkering toe te kennen en specialistische begeleiding naar werk te starten. De grootste groep heeft als kenmerk antisociaal gedrag of oppositioneel opstandig gedrag. De voorwaarden voor deze diagnoses zijn duidelijk gedocumenteerd in DSM IV-Tr en binnen de Nederlandse psychiatrie in gebruik. De diagnose moet net als andere diagnoses door een ervaren clinicus worden gesteld.

Bij een deel van deze cliënten ontwikkelt zich later een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Als jongeren 18 jaar zijn is dit nog niet betrouwbaar te diagnosticeren. Daarom is toevoegen van de codes "Oppositieel opstandige gedragsstoornis" en "antisociale gedragsstoornis" nuttig. Zo zal de code P642 "dissociale persoonlijkheidsstoornis" of "antisociale persoonlijkheidsstoornis" niet "vervuilen".



Leerstoornissen

Geregeld worden vooral voorzieningen aangevraagd wegens een leerstoornis. De grootste groep betreft een leerstoornis in taal, een dyslexie. De kleinere groep betreft een leerstoornis op het gebied van rekenen. In hoofdstuk N wordt voor dyslexie gecodeerd, maar dit betreft alleen dyslexie op niveau van een klacht, niet op het niveau van de classificatie van ziekten. De leerstoornissen zijn in de DSM IV-Tr duidelijk onderscheiden, de diagnose wordt alleen gesteld als het aantoonbaar is ontstaan voor intreden van de volwassenheid. De later opgetreden stoornissen in taal en rekenen vallen hier buiten. Binnen de CAS horen de laat opgetreden stoornissen in hoofdstuk N te worden geplaatst. Op dit moment is de groep leerstoornissen in de CAS niet herkenbaar. Opnemen van een code voor een leerstoornis op gebied van taal en een leerstoornis op gebied van rekenen is zinvol voor de Wajong.

Overige ontwikkelingsstoornissen

Het syndroom van Gilles de la Tourette is een duidelijk omschreven ziektebeeld. Het wordt in hoofdstuk N genoemd met als advies om dit te coderen onder P699. Het is logisch dit als ontwikkelingsstoornis op te nemen in de restgroep van het nieuwe hoofdstuk O.

Een enkele maal is er sprake van een minder goed omschreven beeld met ernstige verschijnselen en beperkingen. De hechtingsstoornis is hier een voorbeeld van. De diagnose wordt gesteld door de jeugdpsychiater. Verwant hiermee is de ontwikkelingsstoornis. Maar dit begrip is vager gedefinieerd. Bij deze beelden komt ontwikkeling naar ernstige psychiatrische beelden geregeld voor. Rond het 18^e jaar is het veelal te vroeg om een goede psychiatrische diagnose vast te stellen. Omdat bij deze stoornissen ook sprake is van duidelijke beperkingen in de arbeidsmogelijkheden, is apart coderen zinvol. De hechtingsstoornis kan apart gecodeerd worden, de rest onder de algemene verzamelcode van het hoofdstuk.

Persoonlijkhedsstoornissen

In de CAS kan de specifieke persoonlijkheidsstoornis worden gecodeerd. De toevoeging "in ontwikkeling" is niet mogelijk. In de regel codeert de verzekeringsarts op basis van de richting waarin de cliënt zich op dat moment ontwikkelt. Feitelijk moet hier code P699 gebruikt worden. Bij deze groep gaat het voornamelijk over borderline in ontwikkeling, of een narcistische persoonlijkheidsstoornis in ontwikkeling. Geregeld wordt wegens intensieve dagbehandeling een (tijdelijke) Wajonguitkering aangevraagd. Ontwikkelingen naar cluster A en cluster C persoonlijkheidsstoornissen komen minder vaak voor. Aparte codes voor persoonlijkheidsstoornissen in ontwikkeling horen, met uitzondering van de oppositioneel opstandige gedragsstoornis en de antisociale gedragsstoornis, specifiek thuis in hoofdstuk P. Hierin is nu geen plaats. Een aanpassing is op dit moment niet haalbaar, c.q. teveel afwijkend van de systematiek. Overwogen kan worden voor deze code P698 te gebruiken, maar dit zal ook een verzamelcode worden. Hierover moet nog verdere discussie worden gevoerd. Er is daarom nog geen voorstel geformuleerd.

Restgroepen

Omdat bij jongeren de diagnostiek vaak nog in gang is, beschikt de verzekeringsarts bij de eerste beoordeling vaak nog niet over voldoende gegevens om een diagnose en dus een oorzaakcode heel exact te stellen. Om toch grip te krijgen wordt aan elk diagnoseblok een aparte restcode toegevoegd, zodat toch enige discriminatie ontstaat. Daarmee wordt bereikt dat de restcodes P699 en O699 alleen zeer beperkt voorkomende beelden zullen bevatten. Bij coderen van een verstandelijke beperking dient de verzekeringsarts bij onduidelijke beelden minimaal wel een beeld te hebben van de ernst van de verstandelijke beperking. Voor de onduidelijke oorzaak is wel een restcode, maar voor onbekendheid over de ernst van

de verstandelijke beperking is geen ruimte ingeruimd. Bij een verzekeringsgeneeskundige beoordeling behoort dit immers minimaal in beeld te zijn om te adviseren.

Nieuwe hoofdstuk CAS, deel Classificatie van Ziekten, in analogie aan hoofdstuk P

De hiervoor genoemde overwegingen leiden tot de toevoeging van het nieuwe hoofdstuk O (ontwikkelingsstoornissen) met de volgende indeling:

O : Ontwikkelingsstoornissen, incl. gedragsstoornissen ontstaan in de zuigelingen-tijd tot adolescentie

O3 Aangeboren afwijkingen met verstandelijke beperking

- O300-O309 Aangeboren afwijkingen
 - o O300 chromosoomafwijking, benoemd naar aantal en vorm, gepaard met diepe en ernstige verstandelijke beperking
 - o O301 chromosoomafwijking, benoemd naar aantal en vorm, gepaard met matige verstandelijke beperking
 - o O302 chromosoomafwijking, benoemd naar aantal en vorm, gepaard met lichte verstandelijke beperking
 - o O303 chromosoomafwijking, benoemd naar aantal en vorm, gepaard met zeer lichte verstandelijke beperking
 - o O306 Andere aangeboren afwijking met diepe/ernstige verstandelijke beperking
 - o O307 Andere aangeboren afwijking met matige verstandelijke beperking
 - o O308 Andere aangeboren afwijking met lichte verstandelijke beperking
 - o O309 Andere aangeboren afwijkingen met zeer lichte verstandelijke beperking

O6 Overige ontwikkelingsstoornissen en vroeg ontstane gedragsstoornissen

- O600-O609 verstandelijke beperking
 - o O600 Diepe en ernstige verstandelijke beperking
 - o O601 Matige verstandelijke beperking
 - o O602 Lichte verstandelijke beperking
 - o O603 Zeer lichte verstandelijke beperking
 - o O609 Verstandelijke beperking, ernst niet bekend
- O610-O619 autistisch spectrumstoornis (ASS)
 - o O610 Autistische stoornis
 - o O611 Syndroom van Asperger
 - o O612 Pervasieve ontwikkelingsstoornis NAO (PDD NAO)
 - o O619 Overige Autistisch spectrum stoornissen
- O620-O629 aandachtstekortstoornis
 - o O620 ADHD
 - o O621 ADD
 - o O629 Overige Aandachtstekortstoornissen
- O630-O639 gedragsstoornis
 - o O630 Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis
 - o O631 Antisociale gedragsstoornis, exclusie: antisociale persoonlijkheidsstoornis (P642)
 - o O639 Overige vroeg ontstane gedragsstoornissen
- O640-O649 leerstoornis
 - o O640 Leerstoornis op gebied van taal
 - o O641 Leerstoornis op gebied van rekenen
 - o O649 Overige leerstoornissen
- O690-O699 overige ontwikkelingsstoornissen
 - o O690 Gilles de la Tourette
 - o O691 Hechtingstoornis
 - o O699 Overige ontwikkelingsstoornissen