



LONGREAD! Waarom Nederland geestelijk zieker is dan ooit - en ook meer dan andere landen. En wat dat kost

Posted on 2 oktober 2025 by Calvin Schukkink

Deze week bevestigde [een rapport](#) van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving dat een kwart van de Nederlandse bevolking op de een of andere wijze lijdt aan een geestelijke aandoening. Dat sluit aan op journalistiek onderzoek dat Calvin Schukkink de afgelopen weken deed voor Wynia's Week. Nederland is geestelijk zieker dan ooit, ook meer dan het buitenland het geval is. Die verontrustende mentale gesteldheid kost de samenleving veel geld, ook in verloren arbeidsjaren. Hieronder onze bevindingen op een rij.

HOOFDSTUK 1 Burn-out, ADHD en angsten van

allerlei aard - Nederlanders hebben steeds vaker psychische kwalen

Nederland staat te boek als een van de gelukkigste landen ter wereld. Des te verbazingwekkender: Nederlanders lijden massaal aan kwalen die in andere landen niet of veel minder voorkomen en ook hier lange tijd niet bestonden. Wat opvalt: het zijn allemaal psychische kwalen zoals burn-out, ADHD en angsten van allerlei aard. Wat maakt Nederlanders geestelijk ziek? Of is er iets anders aan de hand?

Volgens het Trimbos-instituut had in de jaren 2007-2009 ongeveer 17 procent van de volwassenen tussen de 18 en 64 jaar minstens één DSM-IV psychische aandoening (het internationaal meest gebruikte classificatiesysteem voor psychische stoornissen). In de jaren 2019-2022 ging het om 26 procent. Opmerkelijk is dat deze stijging niet door corona lijkt te zijn veroorzaakt, want kort vóór in maart 2020 de pandemie uitbrak, had ongeveer 27 procent van de volwassenen één of meer psychische aandoeningen in de voorgaande twaalf maanden. Dat percentage bleef na het uitbreken van de pandemie ongeveer gelijk. Om wat voor typisch Nederlandse ziektes gaat het?

Burn-out: alleen in Nederland

Een psychische kwaal die alleen in Nederland voorkomt, is de zogeheten *burn-out*. Tot voor kort hanteerde ook Zweden de *burn-out* als medische term, maar het land stopte daarmee toen de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) onlangs haar richtlijnen veranderde.

De *burn-out* werd pas in de jaren '70 door de Amerikaanse psycholoog Herbert Freudenberger geïntroduceerd, waarna de term in Nederland in de jaren '80 en '90 populair werd en ook ingang vond in de arbeidsgeneeskunde en de GGZ. Tot die tijd stond de *burn-out* bekend als 'neurasthenie' (zenuwzwakte) of 'zenuwinzinking', later 'werkstress' of 'overspanning'. Inmiddels is een *burn-out* dus een aandoening die alleen in Nederland wordt vastgesteld, en die kwalificeert als een reden voor arbeidsongeschiktheid.

[gogole_display]

Hoewel een *burn-out* geen formele psychische stoornis is in de DSM-5 (meest recente classificatiesysteem van psychiatrische aandoeningen) of de ICD-10/11

(classificatiesysteem van ziekten volgens de WHO), blijft de diagnose populair. Volgens TNO en het CBS (data uit 2023) heeft in Nederland ongeveer één op de vijf werknemers (20,1 procent) *burn-out*-klachten. Dat komt neer op ongeveer 1,6 miljoen mensen – een stijging van bijna 7 procent ten opzichte van 2015. Van de mannelijke werknemers heeft ongeveer 18 procent *burn-out*-verschijnselen, van de vrouwelijke werknemers 22 procent.

Burn-out-klachten komen het vaakst voor onder de jongere generaties: binnen de leeftijdscategorie 25 tot en met 34 jaar gaat het zelfs om 26,3 procent van de werknemers. Bij de categorie 55 tot en met 64 jaar is dat 'slechts' 17,3 procent.

Ook dat nog: 'bore-out'

Een andere, vooral in Nederland populair wordende psychische aandoening is de tegenhanger van de *burn-out*, namelijk de *bore-out*. Steeds meer Nederlanders melden zich ziek van verveling en onderbelasting op het werk, zo blijkt uit onderzoek van de Arbo Unie.

In vier jaar tijd is het aantal *bore-outs* vervijfvoudigd. Hoewel er nog geen Europese vergelijkingsmateriaal is, lijkt het erop dat de *bore-out* een fenomeen is dat enkel voorkomt in westerse, geïndustrialiseerde landen en kennismaatschappijen zoals Nederland, België, Duitsland en Frankrijk.

Een angstig land

Burn-out en *bore-out* zijn bepaald niet de enige typisch Nederlandse ziekten. Zo hebben steeds meer Nederlanders last van gegeneraliseerde angststoornissen, sociale angststoornissen, paniekstoornissen of agorafobie. Tussen 2007-2009 ging het nog om ongeveer 10 procent van de volwassenen, inmiddels is het 15 procent. Het Europese gemiddelde bedraagt 10 procent en in landen als Italië, Griekenland, Roemenië en Bulgarije zijn angststoornissen zelfs vrijwel onbekend: slechts 2 tot 4 procent van de volwassenen in deze landen heeft er last van.

Angststoornissen werden pas met de komst van de DSM-III in 1980 erkend als een zelfstandige categorie. Voor die tijd werd alleen gesproken over neurosen, angsttoestanden en zenuwzwakte, en werd angst gezien als een symptoom, en niet als een aparte stoornis.

Nederland is tevens op weg om koploper te worden op het gebied van ADHD-diagnoses en -medicatiegebruik, met name onder volwassenen. Het aantal mensen dat ADHD-middelen gebruikt is in zeventien jaar tijd verviervoudigd: van 78.000 in 2006 tot ongeveer 300.000 in 2023.

Met name binnen de leeftijdscategorie 25 tot en met 35 jaar is de toename te zien. Het aantal gebruikers in deze groep steeg van 6.000 (2006) tot 62.000 (2023). De gemiddelde prevalentie (mate van voorkomen) van ADHD bij volwassenen ligt in Europa op 2,8 tot 3 procent; in Nederland op 3,2 tot 5 procent.

Volgens CBS-cijfers gebruiken vooral autochtone Nederlanders ADHD-medicijnen. Turken, Marokkanen en niet-Nederlandse Europeanen gebruiken deze middelen in veel mindere mate.

Ook meer autisten

Behalve de genoemde psychische aandoeningen zijn er nog veel meer typisch Nederlandse 'ziektes'. Ook hoogbegaafdheid, hoogsensitiviteit (HSP) en neurodiversiteit worden in Nederland – hoewel niet medisch erkend in de DSM of ICD – serieus genomen in veel diagnostische trajecten, en zijn dus belangrijke termen binnen de Nederlandse psychodiagnostiek en binnen de GGZ.

In andere landen zijn hoogbegaafdheid, HSP en neurodiversiteit hooguit psychologisch relevant bij onderliggende aandoeningen, maar worden ze niet medisch of diagnostisch beschouwd, en daardoor vrijwel zelden erkend. Ook autisme (autismespectrumstoornis of ASS) wordt in Nederland vaker vastgesteld dan in andere landen, namelijk bij 1 tot 1,5 procent van de bevolking.

Verdwenen aandoeningen

Hoewel we dus kennis hebben gemaakt met een aantal relatief nieuwe aandoeningen, zijn ook een aantal 'oude' aandoeningen verdwenen als medische termen. Dat komt onder meer door medische vooruitgang en nieuwe wetenschappelijke inzichten, maar ook door herindelingen. Denk bijvoorbeeld aan neurasthenie, dat nu is vervangen door *burn-out* of depressieve stoornis.

Hysterie, voorheen een typische vrouwenkwaal, is heringedeeld als een conversiestoornis, die vrijwel niet meer wordt vastgesteld. Borderline schizofrenie

heeft plaatsgemaakt voor schizoïde persoonlijkheidsstoornis of autismespectrumstoornis. En homoseksualiteit, voorheen gezien als een seksuele stoornis, is in 1973 in Nederland uit de DSM gehaald, en in 1992 uit de ICD van de WHO.

Hoe komt het dat steeds meer Nederlanders lijden aan *burn-out*-klachten, ADHD en angststoornissen? Volgens stress-expert Carolien Hamming (in een artikel in *Metronieuws*) heeft stress 'altijd bestaan', maar komt de golf van *burn-outs* omdat we tegenwoordig veel 'aan' zouden staan: 'We staan op maatschappelijk vlak onder grotere druk. Bijvoorbeeld omdat we vooral inspannende mentale arbeid verrichten, of omdat we geen huis kunnen vinden. Daardoor zijn onze dagelijkse *stresslevels* gestegen.'

Over de toename van ADHD-diagnoses en -medicatiegebruik zei CBS-onderzoeker Luuk Hovius (in *Het Parool*) dat dit voornamelijk komt door toegenomen kennis en meer aandacht voor concentratie- en aandachtsproblemen. Ook als het gaat over angststoornissen wordt vaak een verband gelegd met grotere bewustwording en verbeterde diagnostiek, maar ook met minder stigma.

Maar we waren toch zo gelukkig?

Dat verklaart echter nog niet – misschien met uitzondering van het gebrek aan woningen – waarom juist Nederlanders massaal aan ziektes lijden die elders niet bestaan of veel minder voorkomen. En hoe is dat te relateren aan het feit dat Nederland doorgaat voor het op vier na gelukkigste land ter wereld? En waarom zijn het meer vrouwen dan mannen, meer jongeren dan ouderen en meer autochtonen dan allochtonen die lijden aan al die typisch Nederlandse mentale kwalen? Of zijn wellicht niet zozeer de Nederlanders geestelijk ziek, maar zeggen de Hollandse ziektes meer over Nederland dan over de Nederlanders? Dat onderzoeken we in een volgend artikel.

HOOFDSTUK 2 Aannemelijke verklaring: Ziektewinst. Waarom Nederlanders meer psychische kwalen hebben dan de burens

Hierboven heb ik laten zien dat Nederlanders steeds vaker aan psychische kwalen

lijden. Burn-out, 'bore-out', ADHD en allerlei angststoornissen komen in ons land vaker voor dan voorheen en vaker dan in onze buurlanden. De slotvraag was wat precies Nederlanders geestelijk zo ziek maakt. Zijn er verklaringen voor deze populaire psychische aandoeningen?

Psychisch zieke Nederlanders: de cijfers

Het percentage volwassen Nederlanders met een psychische aandoening volgens de DSM-5 is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Waar tussen 2007 en 2009 slechts 17 procent een psychische aandoening had, was dat in de jaren 2019-2022 ruim 26 procent. Van 1,9 miljoen mensen naar ruim 3,3 miljoen. Ook psychische aandoeningen die niet in de DSM voorkomen, zoals burn-out en bore-out, komen de laatste jaren veel vaker voor, vrijwel alleen in Nederland.

Deze sterke stijging doet zich vooral voor onder jongvolwassenen en vrouwen. Over deze zorgelijke cijfers bestaat vrijwel geen verschil van mening. Maar op de vraag wat nu de oorzaken zijn van de sterke toename van psychische aandoeningen van Nederlanders is het antwoord minder eenduidig.

In een artikel in *Medisch Contact* uit 2023 worden een aantal oorzaken van de stijging van psychische aandoeningen genoemd: 'prestatiedruk op school en in het werk, 24/7 "aanstaan", armoede en schuldenproblematiek, kwantitatief en kwalitatief woningtekort, een complexer wordende samenleving met grote sociaaleconomische verschillen, overmatig veel digitale prikkels en minder sociale cohesie'. We zouden deze kunnen aanduiden als sociaal-culturele en sociaaleconomische verklaringen.

Dat Nederland een prestatimaatschappij is, wordt niet betwist. Hoewel de armoede in Nederland de laatste jaren iets is afgenomen, leven nog altijd ruim een half miljoen mensen onder de armoedegrens, en is voor iedereen het levensonderhoud duurder geworden. Er is een tekort van ongeveer 400.000 woningen. En wat de sociale cohesie betreft, constateerde het SCP in 2024 dat die 'stabiel' is, maar dat de grote verschillen tussen groepen mensen 'zorgen baren'.

Via de mobiele telefoon worden vooral kwetsbare en beïnvloedbare jongeren opgestookt met voorspellingen over het einde van de wereld door een 'klimaatcrisis' en oorlogen, of krijgen ze beelden te zien van rijke 'influencers' die wonen in grote villa's en rijden in luxe auto's. Uit een onderzoek van de UvA blijkt

dat 40 procent van de jongeren vindt dat sociale media een slechte invloed hebben op hun zelfbeeld.

Maakbaarheidsdenken en individualisme voeden ongeluk

Verwant aan de in *Medisch Contact* opgesomde verklaringen zijn het maakbaarheidsdenken – het idee dat de gehele samenleving, mens en wereld volledig naar onze wens vormgegeven kunnen worden – en het individualisme. Psycholoog Huibrecht Boluijt laat aan *Wynia's Week* weten dat Nederland, 'vooroplopend met het bagatelliseren van spiritualiteit, het maakbaar willen maken van mens en maatschappij, het afbreken van sociale structuren (kerk, vereniging, gezin en families), het optuigen van een 24/7-samenleving en het overschatten van de waarde van de kennis- en prestatie maatschappij, niet zo "tranquilo" is als elders ter wereld.'

Dit beeld wordt bevestigd door een onderzoek van *EenVandaag* uit 2018. Daaruit blijkt dat drie op de tien jongeren zich langere tijd depressief voelen. Hoogleraar psychoanalyse Paul Verhaeghe zei destijds dat dat vooral komt door het individualisme, het wegvallen van gemeenschappen en de maakbaarheidsgedachte.

Meer voordelen

Ook hoogleraar gezondheidseconomie Wim Groot meent desgevraagd dat de verzwakking van structuren als geloofsgemeenschappen en het verdwijnen van het taboe op het hebben van mentale problemen ertoe hebben geleid dat het aantal mensen met mentale gezondheidsproblemen is toegenomen.

Een verklaring voor het feit dat vooral in Nederland meer mensen lijden aan psychische kwalen heeft te maken met wat in de medische wereld 'ziektewinst' wordt genoemd. Dat is een term voor de onbewuste voordelen die iemand kan ervaren als gevolg van een ziekte of aandoening. In Nederland heb je meer voordelen bij het hebben en houden van psychische kwalen dan in andere landen.

De arbeidsongeschiktheidsuitkering

Het belangrijkste voordeel is de arbeidsongeschiktheidsuitkering waar mensen met

psychische aandoeningen aanspraak op kunnen maken. Sinds 2010 zijn psychische stoornissen de meest voorkomende reden voor het toekennen van dergelijke uitkeringen. Ruim 40 procent van de WIA-uitkeringsgerechtigden (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen) heeft deze uitkering vanwege een psychische stoornis. Rond 1990 was dat nog maar 20 procent. In tegenstelling tot andere landen staat Nederland bekend om de ruimhartige sociale zekerheid en is het behouden van een arbeidsongeschiktheidsuitkering makkelijker dan in landen als het Verenigd Koninkrijk, Duitsland en de VS.

Het uitkeringsbedrag ligt in Nederland gemiddeld hoger (70-75 procent van het loon), de looptijd is gemiddeld genomen langer (tot AOW-leeftijd indien volledig en duurzaam arbeidsongeschikt; in andere landen is dat niet aan de orde) en de toegang tot een uitkering is makkelijker. In vrijwel geen enkel ander land is het krijgen en behouden van een arbeidsongeschiktheidsuitkering zo aantrekkelijk als in Nederland.

Basisschoolkinderen met rugzakje? Liever diagnose!

Voor basisscholen is er eveneens een financiële prikkel om psychisch 'afwijkende' kinderen te laten voorzien van een psychische diagnose (zoals ADHD). Onder het systeem van Passend Onderwijs kunnen scholen namelijk vragen om extra bekostiging en ondersteuning voor 'moeilijker' kinderen, zoals onderwijsassistenten, orthopedagogen en psychologen, hulpmiddelen zoals koptelefoons en aangepaste leermiddelen en wekelijkse begeleiding of aanpassingen in het schoolrooster. Het krijgen van extra geld en ondersteuning voor drukkere of moeilijker kinderen lukt echter vrijwel niet zonder een formele psychische diagnose. Een school heeft er dus financieel baat bij dat kinderen met een 'rugzakje' een psychische diagnose krijgen om zo aanspraak te kunnen maken op extra geld en ondersteuning.

Noemenswaardig is ook de zeer laagdrempelige zorg in Nederland. De huisarts is als eerste aanspreekpunt gemakkelijk toegankelijk en kosteloos, wat in landen als België, Frankrijk, Duitsland en de VS niet het geval is. Daar betaalt men enkele tientallen euro's per consult, van 25 tot 30 euro (België) tot soms 100 tot 300 dollar (VS). Het is begrijpelijk dat mensen die kampen met psychische klachten in andere landen net wat langer nadenken voordat ze een afspraak maken bij de huisarts.

Minder somatisch gerichte huisartsen

Daarnaast hebben Nederlandse huisartsen ook een andere houding dan huisartsen in andere landen, zegt hoogleraar gezondheidseconomie Wim Groot tegen *Wynia's Week*: 'Huisartsen in Nederland hebben in tegenstelling tot huisartsen in omringende landen minder een somatische (betrekking hebbend op het lichaam) houding en meer een holistische (betrekking hebbend op heel het lichaam) benadering van patiënten. Dat wil zeggen dat bij lichamelijke klachten al heel snel naar psychische en sociale oorzaken wordt gekeken. In landen als België en Duitsland worden somatische klachten vrijwel altijd met medicatie of een verwijzing naar een specialist behandeld, terwijl huisartsen hier de neiging hebben om te denken dat er een psychische oorzaak is voor een somatische klacht. Daardoor komen in Nederland meer patiënten in de GGZ terecht dan in andere landen.'

Land van de psychologen en 'mental coaches'

Een andere, maar allerm minst onbelangrijke verklaring voor de 'Nederlandse ziektes' is het feit dat we in Nederland, meer dan in andere landen, een passie hebben voor psychologie en psychische aandoeningen. Ons land telt namelijk een bijzonder grote hoeveelheid psychische hulpverleners (psychologen en psychiaters). Ongeveer 90.000 mensen verlenen in ons land psychische hulp op professionele basis – nog afgezien van de 60.000 'mental coaches' uit de privésector. Die 90.000 psychologen en psychiaters komen neer op ongeveer 529 hulpverleners per honderdduizend inwoners, terwijl het wereldgemiddelde op 9 per honderdduizend ligt.

Aanbodgestuurde vraag

Gezondheidseconoom Wim Groot laat desgevraagd weten dat het niet onlogisch is dat hieruit een aanbodgestuurde vraag ontstaat. Ook filosoof en psychiater Damiaan Denys meent in een interview met *Knack* (2019) 'dat het grote aanbod de vraag creëert'. En door de commercialisering gaat de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg volgens Denys niet meer uit van de vraag wat de beste zorg is, maar wordt ze gedreven door angst en kostenbesparing. Ook de intensivist en hoogleraar intensievecare-geneeskunde Armand Girbes wijst hierop. De zorg is een product geworden en de patiënt is consument geworden. Het is voor psychologen en psychiaters aantrekkelijker geworden om GGZ-patiënten met eenvoudige kwalen

als ADHD en burn-out te behandelen dan patiënten met zwaardere psychische stoornissen.

Prikkels om ziek te zijn

Nederland is psychisch steeds zieker. Veel psychologen zullen zeggen dat het komt omdat de bevolking individualistischer, eenzamer en drukker is, de tijden onzekerder, de samenleving complexer en overmatig prestatiegericht.

Tegelijkertijd is duidelijk dat er vooral in Nederland veel prikkels zijn om ziek te worden en blijven. Een stabiele en langdurige arbeidsongeschiktheidsuitkering, laagdrempelige, vaak kosteloze zorg, en een overvloed aan psychische hulpverleners en 'mental coaches' voor wie het lucratief is om bezig te zijn met patiënten die eenvoudige psychische klachten hebben. Dat geeft toch te denken: is het niet vreemd dat we als overwegend gelukkig land zoveel prikkels geven om een psychische ziekte te hebben of die aan te dikken?

HOOFDSTUK 3 (slot) Psychische kwalen zijn nergens zo in zwang als in Nederland - en daar hangt een gigantisch prijskaartje aan

Hierboven stond ik stil bij de vraag hoe het komt dat psychische kwalen als burn-out, 'bore-out', ADHD en angststoornissen [juist in Nederland zo vaak worden vastgesteld](#). Minstens zo interessant is het prijskaartje dat eraan is verbonden.

Wat de directe kosten betreft, gaat het in de eerste plaats om zorguitgaven, zoals die worden berekend en bijgehouden door het RIVM. Onder de term vallen 'alle medische zorguitgaven, zowel collectief gefinancierde zorg als privaat gefinancierde zorg, maar ook uitgaven door andere overheden, burgers en bedrijven'.

Meer dan 500 euro per inwoner

In 2019 - het meest recente jaar waarover cijfers beschikbaar zijn - bedroegen de uitgaven voor psychische stoornissen 28,4 miljard euro, oftewel 29,3 procent van de totale zorguitgaven. Dat is echter inclusief de categorieën dementie en verstandelijke beperkingen. Zonder die categorieën ging het om 8,4 miljard euro. De zorguitgaven voor burn-outs (278 miljoen euro in 2019) moeten we daar nog bij

optellen: die rekent het RIVM niet onder psychische stoornissen omdat het geen officiële diagnose is. We komen dan uit op ongeveer 8,6 miljard euro. Op een inwonertal van 18 miljoen gaat het dus om circa 475 euro per hoofd van de bevolking.

Waarschijnlijk betreft het in 2025 een aanzienlijk hoger bedrag. Want volgens het CBS en het RIVM zijn de totale zorguitgaven (in alle domeinen) in Nederland tussen 2019 en 2023 opgelopen van 116 miljard naar ruim 137 miljard, een stijging van ruim 18 procent. Vooral de psychische aandoeningen zijn in die jaren flink toegenomen. Het zou zomaar kunnen dat we er jaarlijks inmiddels meer dan 500 euro per inwoner aan kwijt zijn.

Er zijn ook nog andere directe kosten. Denk aan de loondoorbetaling door werkgevers aan psychisch zieke thuiszitters. Volgens TNO bedroegen de kosten van loondoorbetaling door (deels) werk gerelateerd ziekteverzuim in 2023 in totaal ruim 8,3 miljard euro. Meer dan de helft daarvan, 4,9 miljard, betrof verzuim door 'psychosociale arbeidsbelasting'. Hieronder wordt verstaan werkstress, burn-out, overspanning en andere psychische klachten, bijvoorbeeld als gevolg van ongewenste omgangsvormen op het werk. In 2020 ging het nog om 3,9 miljard euro; ruim een miljard minder.

Zoals bekend wordt vrijwel nergens bij ziekte zoveel loon doorbetaald als in Nederland: twee jaar lang minstens 70 procent. Daarna is er de WIA. Volgens het CBS kregen eind 2020 bijna 760.000 Nederlanders een arbeidsongeschiktheidsuitkering. In 346.000 gevallen ging het om arbeidsongeschiktheid wegens psychische aandoeningen.

Indirecte kosten

Welke bedragen daarmee gemoeid zijn, is onduidelijk, maar er valt wel een schatting te maken. In 2020 was het gemiddelde bruto maandbedrag van een arbeidsongeschiktheidsuitkering 1150 tot 1200 euro. Reken je met het gemiddelde daarvan, 1175 euro per maand per persoon, dan kreeg iedere WIA-gerechtigde in 2020 ongeveer 14.000 euro. Als we dat bedrag vermenigvuldigen met 346.000 (het aantal WIA-ontvangers met een psychische aandoening), dan komen we uit op circa 4,9 miljard euro.

Ook belangrijk, maar moeilijker te berekenen zijn de indirecte kosten die gepaard

gaan met een Nederlandse bevolking die psychisch steeds zieker wordt. Bijvoorbeeld productiviteitsverlies, verloren arbeidsjaren, informele zorg (mantelzorg, begeleiding) en de kosten die werkgevers moeten maken voor werving, vervanging en training.

Geen uitzicht op verbetering

Volgens [onderzoek](#) van de Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) uit 2014 komen de totale maatschappelijke kosten van psychische aandoeningen in Nederland neer op ongeveer 3,3 procent van het bbp – dat zou vorig jaar ruim 35 miljard euro zijn geweest – en zijn het vooral de indirecte kosten die het zwaarst wegen. In werkelijkheid misschien nog wel zwaarder dan het OECD veronderstelt, want de categorie informele zorg wordt in het onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Ook het OECD concludeerde overigens dat in Nederland relatief veel werknemers thuiszitten met psychische klachten. Helaas voor de belastingbetaler is die trend nog lang niet gekeerd – er is zelfs geen uitzicht op.

Wynia's Week brengt broodnodige, onafhankelijke berichtgeving: drie keer per week, **156 keer per jaar**, met artikelen en columns, video's en podcasts. Onze donateurs maken dat mogelijk. [Doet u mee?](#) Hartelijk dank!