

## Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen



# Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychi- sche aandoeningen

*J. van Weeghel (voorzitter), D. Bruinvels, A. Huson, D. Kamstra,  
M. Lansen, H. Michon, M. den Ouden, N. van der Plas, J. Vuik,  
Y. van Woerkom (richtlijnwerkgroep), N. van Erp (coördinator  
onderzoek), M. Hermens, D. Rebergen, M. van Wezep (onderzoekers),  
D. van Duin (projectleiding)*

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV, Postbus 775, 3500 AT Utrecht.

Internet: [www.tijdstroom.nl](http://www.tijdstroom.nl)

E-mail: [info@tijdstroom.nl](mailto:info@tijdstroom.nl)

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Waar dit mogelijk was is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk en uitsluitend bij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie aanvragen.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Opdrachtgever: ZonMw, programma KKCZ.

Eindredactie: Trimbos-instituut

Deze multidisciplinaire richtlijn is geautoriseerd door:

- Anoïksis, vereniging voor mensen met chronische psychose, schizofrenie en/of DPS
- Beroepsvereniging Jobcoaches Nederland
- Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen (NVvA)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Deze richtlijn is ontwikkeld in samenwerking met de volgende partijen, welke geen standaard-procedure hebben voor het autoriseren van multidisciplinaire richtlijnen, of waarbij de autorisatie van de richtlijn niet in deze procedure is meegenomen:

- Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Deze richtlijn is geen standaard die in alle omstandigheden van toepassing verklaard kan worden. Standaarden zijn dwingend en men dient er in principe niet van af te wijken. Van richtlijnen mag in individuele gevallen, mits beredeneerd, afgeweken worden. Ze zijn bedoeld om rationeel klinisch handelen te ondersteunen.

Deze richtlijn is ook beschikbaar via [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl).

ISBN 978 90 5898 244 5

NUR 875

---

# Inhoud

*Voorwoord* — 7

*Overzicht aanbevelingen* — 9

*Hoofdstuk 1 Inleiding en methode* — 13

- 1 Inleiding — 13
  - 2 Doelstelling en doelgroep — 13
  - 3 Uitgangsvragen — 15
  - 4 Status van de richtlijn — 16
  - 5 Werkgroep en werkwijze — 16
  - 6 Methode: wetenschappelijke onderbouwing — 19
  - 7 Methode: focusgroepen en casusstudies — 22
  - 8 Onderzoeksproject Athena Instituut — 25
  - 9 Implementatie — 26
  - 10 Herziening — 26
- Noten — 27  
Literatuur — 27

*Hoofdstuk 2 Inhoudelijke inleiding* — 29

- 1 Betekenis van betaald werk — 29
  - 2 Arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen — 30
  - 3 Accent op behoud van regulier betaald werk — 32
  - 4 Aanpassingen in de werkomgeving — 34
  - 5 Naar duurzame inzetbaarheid — 34
- Literatuur — 36

*Hoofdstuk 3 Beïnvloedende factoren* — 39

- 1 Inleiding — 39
  - 2 Wetenschappelijke onderbouwing — 40
  - 3 Conclusies — 44
  - 4 Overige overwegingen — 45
  - 5 Aanbevelingen — 48
- Noot — 48  
Literatuur — 49

---

*Hoofdstuk 4 Zelfmanagement — 51*

- 1 Inleiding — 51
  - 2 Wetenschappelijke onderbouwing — 52
  - 3 Conclusies — 54
  - 4 Overige overwegingen — 55
  - 5 Aanbevelingen — 57
- Noot — 58  
Literatuur — 58

*Hoofdstuk 5 Inschatten competenties — 61*

- 1 Inleiding — 61
  - 2 Wetenschappelijke onderbouwing — 61
  - 3 Conclusies — 65
  - 4 Overige overwegingen — 65
  - 5 Aanbevelingen — 68
- Noot — 69  
Literatuur — 69

*Hoofdstuk 6 Werkzame elementen interventies — 71*

- 1 Inleiding — 71
  - 2 Wetenschappelijke onderbouwing — 71
  - 3 Conclusies — 73
  - 4 Overige overwegingen — 74
  - 5 Aanbevelingen — 75
- Literatuur — 76

*Hoofdstuk 7 Samenwerking tussen actoren — 79*

- 1 Inleiding — 79
  - 2 Wetenschappelijke onderbouwing — 80
  - 3 Conclusies — 82
  - 4 Overige overwegingen — 83
  - 5 Aanbevelingen — 86
- Literatuur — 87

Bijlage 1 Evidencetabellen — 90

Bijlage 2 Verslag focusgroepen — 135

Bijlage 3 Verslag casusstudies — 147

---

## Voorwoord

De *Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen* is in opdracht van ZonMw, voor het programma Kennisbeleid Kwaliteit en Curatieve Zorg (KKCZ), ontwikkeld door de werkgroep Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen (zie voor samenstelling van de werkgroep paragraaf 4 van hoofdstuk 1). In de werkgroep, voorgezeten door prof.dr. J. van Weeghel, waren beroepsverenigingen en organisaties vertegenwoordigd die betrokken zijn bij het begeleiden van mensen met een ernstige psychische aandoeningen bij het verkrijgen en behouden van werk. De werkgroep is methodologisch en organisatorisch ondersteund door medewerkers van het Trimbos-instituut.





---

# Overzicht aanbevelingen

## Hoofdstuk 3 Beïnvloedende factoren

- 1 De werkgroep adviseert om bij het zoeken en behouden van passend werk rekening te houden met de psychiatrische stoornis, de beperkingen die deze meebrengt voor het werk en de eisen van de specifieke werkplek om de plaatsing en de begeleiding op de werkplek te optimaliseren.
- 2 De werkgroep adviseert interventies in te zetten op zowel persoonlijke factoren (zoals cognitieve beperkingen en ernstige depressieve klachten) als op omgevingsfactoren (zoals de werkomgeving en de thuissituatie) en op de interactie daartussen. Hierbij dient men oog te hebben voor wat beïnvloedbaar is en wat niet.
- 3 De werkgroep adviseert in te zetten op het actief bevorderen van arbeidservaring, startkwalificaties, integrale zorg- en arbeidsbegeleiding, benefit coaching, zelfmanagement en copingvaardigheden.
- 4 De werkgroep adviseert om werkgevers en de cliënt niet alleen te informeren over subsidies, mogelijkheden voor het inzetten van externe begeleiding en stages, maar hen hier ook actief bij te ondersteunen. Tevens dient bij beide partijen (werkgever en werknemer) de angst voor risico's (zoals financiële achteruitgang en extra kosten) verminderd te worden.
- 5 Ook algemene principes voor het bevorderen van duurzame inzetbaarheid in het reguliere arbeidsproces (zoals bevorderen van autonomie, passende taak(omvang); taakvariatie, sociale steun, beloningen taakzekerheid) dienen toegepast te worden. Deze principes werken ook voor de doelgroep van deze richtlijn.
- 6 De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de effectiviteit van verschillende vormen van stigmabestrijding. Men zou hierbij de effectiviteit van verschillende interventies onderling moeten vergelijken.

## Hoofdstuk 4 Zelfmanagement

- 1 De werkgroep beveelt (nadere) ontwikkeling en inzet van zelfmanagementprogramma's (waaronder cognitieve training en herstelgroepen) aan voor het verkrijgen en behouden van werk.
- 2 De werkgroep pleit ervoor om in bestaande en nog te ontwikkelen algemene zelfmanagementprogramma's expliciet aandacht te geven aan het verkrijgen en behouden van werk.
- 3 Ondanks gebrek aan wetenschappelijk bewijs beveelt de werkgroep inzet van onderzochte zelfmanagementstrategieën (zoals versterken positief zelfbeeld, accepteren van beperkingen, grenzen stellen, pauzes nemen, anderen inschakelen en gezond leven) aan voor de praktijk. Professionals en ervaringsdeskundigen (die zelf ervaring hebben met zelfmanagement) kunnen cliënten hierbij desgewenst ondersteunen, waarbij zo veel mogelijk wordt aangesloten bij de eigen kracht van cliënten zelf.
- 4 Actieve inzet van herstelgroepen voor het ondersteunen bij het aanleren van zelfmanagementtechnieken wordt door de werkgroep aangemoedigd.
- 5 De werkgroep beveelt het gebruik aan van assessmentinstrument 'Inschatting Zelfmanagement van Psychische problematiek in de Arbeidsrehabilitatie', om in kaart te brengen welke strategieën betrokene toepast in het kader van werkbehoud en een eerste idee te krijgen van sterke kanten en leerdoelen op dat gebied.
- 6 De werkgroep adviseert grootschaliger onderzoek te doen naar de effecten van zelfmanagement op het behoud van werk.

## Hoofdstuk 5 Inschatten competenties

- 1 De werkgroep adviseert het gebruik van 'situationele assessment', dat wil zeggen assessment die het werkgedrag in kaart brengt van de betrokken werknemer in diens actuele werkomgeving.
- 2 De werkgroep beveelt aan om in de assessment niet alleen aandacht te hebben voor de vaktechnische vaardigheden, maar ook voor meer basale vaardigheden die nodig zijn om te werken. Voorbeelden daarvan zijn sociale en cognitieve vaardigheden.
- 3 De werkgroep adviseert het gebruik van de Work Behavior Inventory als situationeel assessmentinstrument (na vertaling in het Nederlands).
- 4 De werkgroep beveelt aan om altijd gebruik te maken van een combinatie van instrumenten en methodieken, bijvoorbeeld zowel test als interview.

- 5 De werkgroep beveelt aan om testen, schriftelijke vragenlijsten en dergelijke altijd te bespreken met betrokkene en de uitkomsten daarvan als onderdeel van de inschatting te zien.
- 6 De werkgroep adviseert om goed onderscheid te maken tussen enerzijds inschatting die moet leiden tot selectie en anderzijds inschatting van functioneren en competenties ter ondersteuning van duurzaam werken. De in deze richtlijn beschreven adviezen betreffen alleen deze tweede vorm van inschatting en dienen als hulpmiddel bij het nadenken over benodigde steun bij behoud van werk.
- 7 De werkgroep beveelt aan om verder onderzoek te doen naar effectief gebruik van assessmentinstrumenten waarbij een kernvraag is welke assessment(processen) en richtlijnen voor assessment effectief bijdragen aan duurzaam werken van mensen uit de doelgroep.

## Hoofdstuk 6 Werkzame elementen interventies

- 1 De werkgroep beveelt aan dat werknemers met ernstige psychische aandoeningen een beroep moeten kunnen doen op op maat gesneden jobcoaching, opdat zij duurzaam inzetbaar blijven in het arbeidsproces. De jobcoaching moet zich zowel op de betreffende werknemer richten als op zijn sociale en fysieke werkomgeving. Ook het perspectief van de werkgever en inzicht in de bedrijfsvoering zijn hierbij van belang.
- 2 De werkgroep beveelt aan om IPS zo modelgetrouw mogelijk (dus conform de uitgangspunten van IPS) aan te bieden aan mensen met ernstige psychische aandoeningen die een reguliere betaalde baan wensen (te behouden).
- 3 De werkgroep beveelt aan om modelgetrouwe toepassing van IPS te bevorderen door middel van doorlopende monitoring van modelgetrouwheid, IPS-training en andere implementatieondersteuning.
- 4 Teneinde IPS in Nederland met succes te kunnen implementeren, is het onder meer noodzakelijk dat er een bij de IPS-praktijk passende financiering beschikbaar komt.
- 5 In Nederland dient gericht onderzoek plaats te vinden naar de werkzame ingrediënten van IPS en andere arbeidsintegratieprogramma's.
- 6 De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de invloed van verschillende competenties van de therapeut – zoals empathisch vermogen en het vermogen om een cognitief kader te bieden – op de effectiviteit van de begeleiding.

## Hoofdstuk 7 Samenwerking tussen actoren

- 1 De werkgroep beveelt aan dat verschillende instanties integraal gaan samenwerken en netwerken opzetten rond de cliënten met een EPA diagnose (uwv, gemeenten, re-integratiebureaus, arbodiensten en ggz-instellingen). Het zou wenselijk zijn dat de regie in deze samenwerking bij de ggz komt te liggen. De ggz dient daarbij voortdurend af te stemmen met de andere partijen. Wanneer de ggz niet of nauwelijks betrokken is bij het begeleidingstraject kan de regie bij een van de andere partijen liggen. De keus hierin dient afgestemd te zijn op de wens van de cliënt.
- 2 De werkgroep beveelt aan dat de inhoudelijke regie van het traject bij de cliënt ligt en dat de cliënt hierin zeggenschap krijgt. Inventariseer en bespreek met de werknemer welke knelpunten er zijn met betrekking tot werkbehoud en hoe die eventueel in samenwerking met andere beroepsgroepen opgelost kunnen worden. Alle afspraken rond de inhoudelijke regie en de regie rondom de samenwerking dienen uiteraard binnen de op dat moment geldende wettelijke kaders te worden gemaakt.
- 3 De werkgroep beveelt integrale financiering aan voor arbeidsre-integratie en IPS. Hier dient vanuit verschillende partijen in geïnvesteerd te worden.
- 4 De werkgroep beveelt de verschillende beroepsgroepen aan beter op de hoogte te raken van elkaars werkwijze en verantwoordelijkheden. Ggz-hulpverleners moeten meer kennis krijgen over het belang van werk voor hun cliënten en de wet- en regelgeving op dit gebied. Bedrijfsartsen, arbeidsdeskundigen, verzekeringsartsen en werkgevers moeten meer kennis krijgen over ernstige psychische aandoeningen. Hiertoe zou gezamenlijke scholing kunnen worden ingezet.
- 5 De werkgroep beveelt aan dat samenwerking op gang wordt gebracht tussen de ggz en (door gemeente en uwv) erkende jobcoachorganisaties, met jobcoaches welke staan ingeschreven in het register van de beroepsvereniging. Deze organisaties hebben meer ervaring en kennis van de bewegingen op de arbeidsmarkt. Daarnaast is het van belang dat deze erkende jobcoachorganisaties hun jobcoaches in IPS laten scholen (een kenmerk van IPS is dat intensiever wordt samengewerkt tussen ggz en arbeidsbegeleiders dan in gebruikelijke begeleiding).

---

# Hoofdstuk 1

## Inleiding en methode

### 1 Inleiding

Deelnemen aan het arbeidsproces is voor veel mensen een uitdaging. Uit de relatief lage arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische problematiek blijkt dat zij meer hindernissen moeten overwinnen. Op initiatief van de NVAB (beroepsvereniging bedrijfsartsen) en het Trimbos-instituut en in samenwerking met onder andere het Kenniscentrum Phrenos, Stichting Pandora en andere beroepsverenigingen, is een multidisciplinaire richtlijn ontwikkeld over werken met ernstige psychische problematiek. Arbeidsbegeleiding betreft een omvattend proces, van eerste oriëntatie op werk(hervatting) tot loopbaanbegeleiding. In deze richtlijn ligt de nadruk vooral op het behoud van werk.

### 2 Doelstelling en doelgroep

#### 2.1 Doelstelling

Dit project heeft als doel om een multidisciplinaire richtlijn op te stellen over werken met ernstige psychische aandoeningen (EPA<sup>1</sup>). Arbeidsbegeleiding betreft een veelomvattend proces, van eerste oriëntatie op werk(hervatting) tot loopbaanbegeleiding. In de huidige richtlijn ligt de focus op behoud van betaald werk.

De richtlijn is ontwikkeld als hulpmiddel. De *Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen* geeft aanbevelingen ter ondersteuning van mensen met langdurige en ernstige psychische aandoeningen die graag mee willen doen in het arbeidsproces. Het doel van de richtlijn is optimale arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen te garanderen, opdat werkuitval bij deze doelgroep zo veel mogelijk wordt voorkomen.

Op basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, ervaringskennis en overige overwegingen geeft de richtlijn een overzicht van goed ('optimaal') handelen als waarborg voor optimale arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. De richtlijn kan tevens worden gebruikt bij het (verder) ontwikkelen van procedures en protocollen ter ondersteuning van duurzame inzetbaarheid van mensen met ernstige psychische aandoeningen binnen de betrokken organisaties. Ook

kan de richtlijn richting geven aan de onderzoeksagenda voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

De richtlijn moet gezien worden als een moederrichtlijn, waarvan een vertaling kan plaatsvinden naar monodisciplinaire richtlijnen van afzonderlijke beroepsgroepen en waarin aanknopingspunten voor lokale zorgprogramma's en protocollen kunnen worden gevonden. Het opstellen van lokale zorgprogramma's en protocollen op basis van deze richtlijn wordt door de werkgroep aangemoedigd, omdat dat voor de implementatie van de in de richtlijn beschreven optimale zorg bevorderlijk is.

Indien de aanbevelingen uit deze richtlijn in de concrete situatie niet aansluiten bij de wensen of behoeften van de cliënt, dan moet het in principe mogelijk zijn beredeneerd af te wijken van de richtlijn tenzij de wensen of behoeften van de cliënt naar de mening van de behandelaar hem/haar kunnen schaden dan wel geen nut hebben.

## 2.2 Doelgroep

De primaire doelgroep van deze richtlijn bestaat uit mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) die graag willen (blijven) participeren in het arbeidsproces<sup>2</sup> en ieder die betrokken is bij de begeleiding van deze personen. Ruim geformuleerd gaat het om mensen die gezien de ernst van hun psychische problemen en de daarmee samenhangende beperkingen in het dagelijks leven langdurig behoefte hebben aan ondersteuning, al dan niet vanuit geestelijke gezondheidszorg (Kroon & Pijl, 2008). Een veelgebruikte afbakening voor de groep mensen met ernstige psychische aandoeningen is dat er sprake is van de drie hiernavolgende D's (Kroon & Pijl, 2008).

- *D1 Diagnosis*. Er moet sprake zijn van een ernstige psychische aandoening, ook wel *severe mental illness* (SMI) genoemd. Deze zijn ook beschreven in de DSM-IV-TR. Drie diagnoses zijn altijd meegenomen:
  - schizofrenie/stoornissen in psychosespectrum;
  - bipolaire stoornis;
  - depressie met psychotische kenmerken.
    - Overige diagnoses (persoonlijkheidsstoornissen, angststoornissen – inclusief PTSS –, ADHD, autisme, depressie, dubbele diagnose) zijn meegenomen indien zij voldoen aan de criteria voor *Duration* en *Disability* (zie hierna). Verslaving is meegenomen als comorbide factor in de vorm van 'dubbele diagnose', evenals mogelijke andere comorbide problemen.
- *D2 Disability*. Er moet sprake zijn van beperkingen in het functioneren in sociale rollen: zelfverzorging, het voeren van een huishouding en deelname aan het maatschappelijk leven – zoals sociale contacten – en het verrichten van werk. Hoewel dit criterium op zich onomstreden is,

verschillen definities in de precieze beperkingen, de ernst ervan en het gebruikte meetinstrument.

- *D3 Duration*. Er moet sprake zijn van een minimale duur van de problematiek. Het gaat hier om de duur/aanhoudendheid van de bij de stoornis behorende klachten. Dit is vaak verschillend geoperationaliseerd, bijvoorbeeld als de duur van ggz (meer dan twee jaar ggz-contact). Zelden wordt gekeken naar de duur van de stoornis ongeacht ggz-hulp, omdat dit methodologisch lastig is, maar het zou zuiverder zijn als dit wel gebeurt.

Hoewel wetenschappelijke consensus over de precieze afbakening ontbreekt, wordt breed erkend dat het zinvol is om deze groep (ernstige psychische aandoeningen) te onderscheiden van mensen met mildere psychische problemen en stoornissen die van korte duur zijn en relatief minder beperkingen veroorzaken in het sociaal-maatschappelijk functioneren (zie voor een uitgebreide en recente definitie Delespaul e.a., 2013). Het gaat om duurzame inzetbaarheid van deze doelgroep in het arbeidsproces. Als uitkomstmaat is gekozen voor baanbehoud, waaronder gesubsidieerde banen in een reguliere setting. Gerelateerde uitkomstmaten die zijn meegenomen, zijn arbeidsfunctioneren en duurzame werkhervatting. Het betreft de leeftijdsgroep van 15-65 jaar. Bij literatuur is gezocht naar publicaties na 1990 in de taalgebieden Engels, Nederlands en Duits.

### 3 Uitgangsvragen

De richtlijn is ontwikkeld op geleide van uitgangsvragen, die gebaseerd zijn op knelpunten die worden ervaren rondom werk bij ernstige psychische aandoeningen. Deze uitgangsvragen zijn in de werkgroepen vastgesteld op basis van een knelpuntenanalyse.

De richtlijn is geen leerboek waarin zo veel mogelijk beschikbare kennis over een onderwerp wordt opgenomen, maar een document met praktische aanbevelingen rondom knelpunten uit de praktijk. Dat betekent dat praktijkproblemen zo veel mogelijk uitgangspunt zijn van de teksten in de richtlijn. Dat betekent ook dat meer aandacht gegeven wordt aan de wijze waarop die praktijkproblemen worden opgelost, dan aan door wie die problemen worden aangepakt of opgelost. De richtlijn is een document waarin staat hoe optimale begeleiding er inhoudelijk uitziet.

In deze richtlijn zijn de volgende ‘klinische uitgangsvragen’ behandeld:

- *Hoofdstuk 3 Beïnvloedende factoren*  
Met welke beïnvloedende (c.q. voorspellende) factoren voor baanbehoud dient in de begeleiding van cliënten rekening te worden gehouden?

- *Hoofdstuk 4 Visie/zelfmanagement van de cliënt*  
Wat zijn effectieve zelfmanagement interventies voor het behouden van een baan?
- *Hoofdstuk 5 Inschatten competenties*  
Wat zijn best practices (tests/instrumenten/procedures) voor het inschatten van competenties in het vinden en behouden van werk?
- *Hoofdstuk 6 Werkzame elementen interventies*  
Welke elementen van arbeidsbegeleiding kan men het beste inzetten om te komen tot baanbehoud? Deze uitgangsvraag is uitgewerkt in drie deelvragen, namelijk:
  - Wat is de relatie tussen IPS modelgetrouwheid en baanbehoud?
  - Wat is de relatie tussen onderdelen van IPS/SE en baanbehoud?
  - Wat is de relatie tussen proceskenmerken en baanbehoud?
- *Hoofdstuk 7 Samenwerking tussen actoren*  
Wat zijn best practices (modellen/verbanden) om te komen tot behoud van werk?

#### 4 Status van de richtlijn

De professionaliteit van hulpverleners in de gezondheidszorg brengt met zich dat zij (mede door het hanteren van een richtlijn) zo veel mogelijk evidence-based handelen, volgens de laatste stand van de wetenschap. Wanneer richtlijnen door en binnen de beroepsgroep zijn opgesteld, normeren zij het medisch professioneel handelen en zijn zij een uitwerking van de medisch professionele standaard (Gevers & Aalst, 1998). Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar zo veel mogelijk op bewijs gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan hulpverleners, organisaties, zorgverleners, beleidsmakers, inhoudelijk adviseurs en cliënten kennis kunnen ontleen om kwalitatief hoogwaardige zorg te verlenen en te waarborgen. Professionals welke binnen de doelgroep van de richtlijn vallen kunnen, als zij dat nodig achten, op basis van de eigen professionele autonomie afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie dat vereist, zelfs noodzakelijk. Er is wel een plicht dit schriftelijk vast te leggen. Dit betekent dat richtlijnen niet-bindend zijn; een richtlijn is dus geen voorschrift (een voorschrift is wel bindend).

#### 5 Werkgroep en werkwijze

De *Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen* is ontwikkeld door de richtlijnwerkgroep Multidisciplinaire richtlijn werk



en ernstige psychische aandoeningen, in opdracht van het programma Kennisbeleid Kwaliteit en Curatieve Zorg (KKCZ) van ZonMw. Het project is aangevraagd door het kwaliteitsbureau NVAB en het Trimbos-instituut. Medeaanvragers zijn Stichting Pandora, de NVvP en het Kenniscentrum Phrenos. De projectleidersrol lag oorspronkelijk bij het kwaliteitsbureau NVAB. Half oktober 2009 is vanuit het NVAB het verzoek gekomen om de projectleidersrol bij het Trimbos-instituut te leggen. Deze aanpassing is vanaf eind 2009 gerealiseerd.

De richtlijnwerkgroep, onder voorzitterschap van prof.dr. Jaap van Weeghel, bestond uit een kerngroep en een klankbordgroep. Hierin waren beroepsverenigingen en organisaties vertegenwoordigd welke betrokken zijn bij de begeleiding van mensen met ernstige psychische aandoeningen in en naar betaald werk. Leden werden op persoonlijke titel uitgenodigd voor de kerngroep. De kerngroep kon vanwege de kleine omvang slagvaardig en doelgericht te werk gaan. Leden van de klankbordgroep zijn geworven door middel van schriftelijke uitnodigingen aan de beroepsverenigingen en andere betrokken organisaties. De klankbordgroep gaf reactie op de activiteiten in de werkgroep. De volledige richtlijnwerkgroep werd methodologisch en organisatorisch ondersteund door het technisch team van het Trimbos-instituut. Dit technisch team bestond uit een projectleider, informatiespecialist, literatuur reviewer, onderzoekers (focusgroepen en casusstudies), een ambtelijk secretaris en een projectassistente. Het volgende schema geeft een overzicht van de samenstelling van de richtlijnwerkgroep (kerngroep en klankbordgroep) en het ondersteunend technisch team.

## 5.1 Leden kerngroep

	<i>Naam</i>	<i>Beroepsvereniging</i>
1	Jaap van Weeghel	Kenniscentrum Phrenos
2	David Bruinvels	Bedrijfsarts, NVAB
3	Anneke Huson	Beleidsmedewerker vanuit cliëntperspectief
4	Debby Kamstra	Jobcoach bij team VIP, AMC
5	Mette Lansen	Voorzitter Anoiksis
6	Harry Michon	Sr. Wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut
7	Marieke den Ouden	Psycholoog, NIP
8	Norbert van der Plas	Verzekeringsarts, NVvG
9	Judith Vuik	Psychiater, NVvP
10	Yvette van Woerkom	Arbeidsdeskundige, UWV

## 5.2 Leden klankbordgroep

	<i>Naam</i>	<i>Beroepsvereniging</i>
1	Herman Foeken	NVvA
2	Heleen Heinsbroek	CEDRIS
3	Maarten Jacobs	Huisarts, NHG
4	Annemarie Kolenberg	LPGGZ, VMDB
5	Cecile Linschoten	Verzekeringsarts, NVvG
6	Gerard Miltenburg	Psychiater, NVvP
7	Inge van Oosten	UWV
8	Peter van Otichem	Beroepsvereniging jobcoaches Nederland
9	Wim Otto	UWV
10.	Margriet Paalvast	LPGGZ
11	Coby Scheele	Bedrijfsarts, NVAB
12	Jacqueline op de Weegh	Trajectbegeleider, ggz Leiden

## 5.3 Methodologische ondersteuning

	<i>Naam</i>	<i>Ondersteuning</i>
1	Danielle van Duin	Projectleider richtlijn/richtlijnadviseur, Trimbos
2	Nicole van Erp	Coördinator onderzoek/literatuur-reviewer, Trimbos
3	Marleen Hermens	Literatuur-reviewer, Trimbos
4	Toine Ketelaars	Informatiespecialist, Trimbos
5	Freeke Perdok	Projectassistente, Trimbos
6	David Rebergen	Ambtelijk secretaris/literatuur-reviewer, Trimbos
7	Manja van Wezep	Onderzoeker praktijkdeel, Trimbos

In totaal kwam de kerngroep zeven keer bijeen in een periode van negen-tien maanden (januari 2010-augustus 2011). In totaal kwam de klankbord-groep drie keer bijeen in een periode van dertien maanden (februari 2010-maart 2011). In deze periode werden de stappen van de EBRO-methode doorlopen. De informatiespecialisten verrichtten in overleg met de werk-groepleden op systematische wijze literatuuronderzoek. De reviewers beoordeelden de kwaliteit en inhoud van de aldus verkregen literatuur en verwerkten deze in evidencetabellen, beschrijvingen van de wetenschappe-lijke onderbouwing en wetenschappelijke (gewogen) conclusies. Leden van de kerngroep en klankbordgroep gingen op basis van de gevonden litera-tuur met elkaar in discussie over overige overwegingen en aanbevelingen. Aan de richtlijnwerkgroep was een secretaris verbonden met de taak om op basis van de discussie in de richtlijnwerkgroep voorstellen te doen voor concepttekst en de structuur van de richtlijn. Vervolgens vulden de leden van de kerngroep paragrafen en hoofdstukken aan voor de conceptringlijn.

Tijdens vergaderingen lichtten zij hun teksten toe, dachten mee en discussieerden over andere hoofdstukken. De uiteindelijke teksten vormden de conceptringrichtlijn die ter becommentariëring openbaar is gemaakt. De binnengekomen commentaren zijn verwerkt in een commentaartabel, welke op een bijeenkomst van de kerngroep is besproken. Na het doorvoeren van op deze bijeenkomst voorgestelde wijzigingen is de definitieve richtlijn aan de opdrachtgever aangeboden. Hierop volgen autorisatie door de beroepsverenigingen, druk en verspreiding.

## 6 Methode: wetenschappelijke onderbouwing

De richtlijn is ontwikkeld volgens de methodiek van de evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO). Tevens is de (herziene) blauwdruk 'Arbeid en functioneren in richtlijnen' toegepast. Om de klinische uitgangsvragen te beantwoorden is door een informatiespecialist van het Trimbos-instituut gezocht naar relevante onderzoeksbevindingen door het verrichten van systematische zoekacties. Er is hierbij gezocht naar publicaties tot en met juni 2010.

Als uitgangspunt is gezocht naar bestaande (buitenlandse) evidence-based richtlijnen voor de zorg aan mensen met schizofrenie, en systematische reviews of meta-analyses. De informatie uit de bestaande richtlijnen, systematische reviews en meta-analyses is aangevuld met informatie uit oorspronkelijk recent onderzoek (vanaf de datum van de laatste systematische review over een onderwerp) van zo hoog mogelijk bewijsniveau (gecontroleerde trials en prospectief cohortonderzoek). In de literatuurschetsen is gezocht naar literatuur in de Engelse, Nederlandse, Franse en Duitse taalgebieden. In de bijlage op de website [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl) is een overzicht opgenomen van alle zoektermen in de toegepaste zoekopdrachten en de daarbij behorende resultaten (literatuurlijsten). Daarnaast werden artikelen geëxtraheerd uit referentielijsten van geselecteerde artikelen.

Voor het zoeken naar publicaties is gebruikgemaakt van de volgende informatiebronnen:

- richtlijnen: National Guidelines Clearinghouse en Guideline International Network;
- systematic reviews: de Cochrane-database of 'systematic reviews' van de Cochrane Library;
- systematic reviews plus oorspronkelijk onderzoek van hoog bewijsniveau: Medline (Pubmed), PsychInfo en Embase.

Bij de selectie van artikelen werden de gevonden treffers per uitgangsvraag gelezen door duo's van werkgroepleden. Zij selecteerden hieruit de inhoudelijk definitieve treffers aan de hand van onderstaande criteria. De literatuurreviewers beoordeelden vervolgens of de studies voldeden aan onderstaande methodologische criteria:

- Geeft het onderwerp van de gevonden studie voldoende antwoord op de vraag?
- Is werkbehoud of arbeidsparticipatie een directe uitkomstmaat?
- Sluit de doelgroep van de gevonden studie voldoende aan bij de vraag?
- Is de bestudeerde groep (n) voldoende groot en niet te specifiek?
- Is er sprake van RCT, systematische review, cohortonderzoek, cliëntcontroleonderzoek of goed kwalitatief onderzoek? Bij een longitudinale studie: is er sprake van een voldoende lange follow-upperiode?
- Is de studie uitgevoerd in een westers land? De situatie in niet-westerse landen is soms zo afwijkend dat resultaten moeilijk te generaliseren zijn.

De kwaliteit van de gebruikte artikelen is beoordeeld met voor het betreffende onderzoekstype relevante checklists welke zijn gebaseerd op checklists van het EBRO-platform. Daarna zijn ze gegradeerd naar mate van methodologische kwaliteit. Hierbij is de indeling gebruikt zoals weergegeven in tabel 1.1.

Op basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek in combinatie met overige overwegingen van werkgroepleden zijn evidence-based conclusies getrokken (zie tabel 1.2) en aanbevelingen voor de praktijk geformuleerd. Een aantal uitgangsvragen kon helaas nog niet worden beantwoord door gebrek aan eensluidend bewijs en tegenstrijdige meningen in de werkgroep. Voor het beantwoorden van deze uitgangsvragen heeft de werkgroep aanbevelingen voor verder onderzoek gedaan. Naast genoemd literatuuronderzoek en overige overwegingen in de werkgroep zijn de aanbevelingen in deze richtlijn gebaseerd op focusgroeponderzoek en een casusstudie binnen de doelgroep. In de volgende paragraaf wordt beschreven hoe deze systematische verwerving van kennis en inzichten onder de doelgroep van de richtlijn heeft plaatsgevonden.

**Tabel 1.1 Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies**

	<i>Interventie</i>	<i>Diagnostisch accuratesse-onderzoek</i>	<i>Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose</i>
<b>A1</b>	Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
<b>A2</b>	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefiniëerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende cliënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten
<b>B</b>	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook cliëntcontrole onderzoek, cohortonderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohortonderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohortonderzoek of cliëntcontroleonderzoek
<b>C</b>	Niet-vergelijkend onderzoek		
<b>D</b>	Mening van deskundigen		

De werkgroep sluit zich aan bij de voor ggz-richtlijnen veel toegepaste interpretatie van deze tabel, waarbij ook single blind rct's in de richtlijn een A-niveau toegekend krijgen. Omdat onderzoek naar psychologische interventies niet dubbelblind kan worden uitgevoerd, is de indeling van methodologische kwaliteit anders niet volledig van toepassing op onderzoek naar psychologische interventies.

**Tabel 1.2 Niveau van bewijs van conclusies**

<i>Conclusie</i>	<i>Gebaseerd op</i>
1	Onderzoek van niveau A1 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2	Eén onderzoek van niveau A2 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	Eén onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen

De beoordeling van de verschillende artikelen staat in de verschillende teksten onder het kopje ‘wetenschappelijke onderbouwing’. Na de technische samenvatting van de ‘wetenschappelijke onderbouwing’ volgt de klinisch inhoudelijke conclusie. De belangrijkste literatuur waarop de conclusie is gebaseerd, staat bij de conclusie vermeld, inclusief het niveau van bewijs.

De aanbevelingen zijn gebaseerd op wetenschappelijk bewijs en op overige overwegingen, zoals voorkeuren van cliënten en familie, kosten, beschikbaarheid (in verschillende echelons) en organisatorische aspecten. Zie hiervoor het kopje ‘Overige overwegingen’. Het volgen van deze procedure verhoogt de transparantie van de richtlijn en vergroot de helderheid voor de gebruiker van de richtlijn.

## 7 Methode: focusgroepen en casusstudies

In aanvulling op informatie uit de knelpuntenanalyse en het literatuuronderzoek is bij de ontwikkeling van deze richtlijn tevens gebruikgemaakt van focusgroepen en casusstudies. Dit betekent dat de richtlijn niet alleen is gebaseerd op wetenschappelijke (evidence-based) kennis, maar ook op kennis en inzichten uit de praktijk.

### 7.1 Focusgroepen

Doel van de focusgroepen is om meer inzicht te krijgen in de visie en standpunten van cliënten, ervaringsdeskundigen, familieleden en re-integratieprofessionals. De focusgroepen zijn gehouden volgens een vierstappenplan. De vier stappen zijn: exploratie, verdieping, verbinding en dialoog, en integratie. Hierna worden de vier stappen toegelicht.

- 1 *Exploratie*. Dit houdt in de exploratie van knelpunten onder cliënten, ervaringsdeskundigen, familieleden en professionals in brede zin. Aan hen is gevraagd een waardering te geven aan de knelpunten die zij zelf naar voren brengen alsmede de uitgangsvragen die al geformuleerd zijn. Dit dient ter validatie van de reeds geformuleerde uitgangsvragen

- en kan aanvullende informatie opleveren die meer inzicht geeft in de perspectieven van diverse betrokkenen.
- 2 *Verdieping.* Tijdens deze stap is dieper ingegaan op de belangrijkste onderwerpen die uit de exploratiefase naar voren zijn gekomen en zijn de uitgangsvragen en knelpunten verder uitgediept. Hierdoor is inzicht verkregen in de perspectieven van cliënten, ervaringsdeskundigen, familieleden en professionals met betrekking tot specifieke aandachtspunten.
  - 3 *Verbinding en dialoog.* Hierin zijn cliënten, ervaringsdeskundigen, familieleden en professionals met elkaar in dialoog gegaan om inzicht in elkaars perspectief te krijgen en overeenkomsten en verschillen tussen deze perspectieven zichtbaar te maken.
  - 4 *Integratie met richtlijn.* Cliënten, ervaringsdeskundigen, familieleden en professionals hebben de uitkomsten van de dialoog besproken. Ook is aan de orde gekomen hoe de resultaten van de focusgroepen in de richtlijn geïntegreerd kunnen worden en zijn overige overwegingen geformuleerd.

Stappen 1 en 2 (exploratie en verdieping) hebben in de beginfase van de richtlijnontwikkeling plaatsgevonden. Er zijn vier bijeenkomsten georganiseerd: één met cliënten, één met ervaringsdeskundigen, één met familieleden en één met professionals. In het eerste deel van de bijeenkomsten stond de exploratie centraal, in het tweede deel is ingegaan op de verdieping van uitgangsvragen. Fase 3 en 4 (dialoog en integratie) hebben later in het proces van richtlijnontwikkeling plaatsgevonden. In dit kader is een dialoogsessie georganiseerd, waarbij cliënten, ervaringsdeskundigen, familieleden en professionals ideeën en opvattingen hebben uitgewisseld en overige overwegingen en aanbevelingen hebben geformuleerd. Van iedere bijeenkomst is verslag gedaan naar de betrokkenen en de kerngroep.

Stappen 1 en 2 (exploratie en verdieping) hebben in de beginfase van de richtlijnontwikkeling plaatsgevonden. Er zijn vier bijeenkomsten georganiseerd: één met tien ervaringsdeskundigen, één met acht cliënten, één met negen familieleden en één met professionals. Alle deelnemers werden geworven via het netwerk van de richtlijnwerkgroep. De ervaringsdeskundigen die deelnamen aan de focusgroepen waren werkzaam als ervaringsdeskundige of cliëntenvertegenwoordiger bij verschillende organisaties. De cliënten die deelnamen aan de focusgroepen waren niet werkzaam als ervaringsdeskundige, maar vaak wel lid van een cliëntenvereniging. De meeste deelnemers hadden een psychotische stoornis; daarnaast waren er deelnemers met een bipolaire stoornis en met autisme. Aan de bijeenkomst met familieleden namen zes moeders, twee vaders en één partner deel. Het merendeel was lid van een familievereniging. De meesten hadden een familielid met een psychotische stoornis; andere diagnoses waren bipolaire stoornis en verslaving. De professionals die deelnamen aan de

bijeenkomst waren vooral jobcoaches en trajectbegeleiders. Daarnaast waren een bedrijfsarts en een arbeidsdeskundige aanwezig.

Fase 3 en 4 (dialoog en integratie) hebben later in het proces van richtlijnontwikkeling plaatsgevonden. In dit kader is een dialoogsessie georganiseerd, waarbij vijf cliënten, drie ervaringsdeskundigen, drie familieleden en drie professionals ideeën en opvattingen hebben uitgewisseld en overige overwegingen en aanbevelingen hebben geformuleerd. Alle aanwezigen hadden eerder aan een van de focusgroepen deelgenomen. Van iedere bijeenkomst is verslag gedaan naar de betrokkenen en de kerngroep.

## 7.2 Casusstudies

Er zijn acht casusstudies uitgevoerd om het re-integratieproces van werknemers met een ernstige psychische aandoening in kaart te brengen. Hierin worden de ervaringen beschreven van de werknemers en de actoren die een rol vervullen of recentelijk vervuld hebben in het re-integratieproces. Per casus zijn drie actoren geïnterviewd: de werknemer, de re-integratieprofessional (bijvoorbeeld jobcoach of bedrijfsarts) en de werkgever/leidinggevende.

Voor de casusstudies zijn werknemers geïnccludeerd die behoren tot de doelgroep ‘mensen met ernstige psychische aandoeningen’, nu of recent deelgenomen hebben aan een re-integratietraject en een betaalde baan hebben. Verder is gezocht naar variatie binnen de casussen wat betreft de duur van de huidige baan (onlangs met een baan begonnen versus al langere tijd een baan hebben), de aard van het traject (bijvoorbeeld niet alleen IPS maar ook andere individuele trajecten) en ervaring met uitval (bijvoorbeeld recent geruime tijd arbeidsongeschikt geweest versus al langere tijd niet arbeidsongeschikt geweest vanwege psychische klachten). Tevens is gestreefd naar een mix van jong en oud, man en vrouw, uitkeringsachtergrond en afkomst (Nederlands-buitenlands). Geschikte casussen zijn gezocht via re-integratiebedrijven, jobcoachorganisaties, casemanagementteams en arbodiensten.

Per casus is een gevalsbeschrijving opgesteld die is voorgelegd aan leden van de kerngroep. Zij hebben de casussen beoordeeld op volledigheid (ontbreekt er nog belangrijke informatie?) en hebben aanvullende vragen geformuleerd die in het kader van de richtlijn van belang zijn. Deze vragen zijn meegenomen in de tweede interviewronde die een half jaar later heeft plaatsgevonden. In dit kader zijn de werknemer en de professional opnieuw benaderd voor een interview. In dit interview (met werknemer en professional samen) is tevens teruggeblikt op ontwikkelingen die het afgelopen half jaar hebben plaatsgevonden. De resultaten van de eerste en tweede ronde zijn beschreven in een geïntegreerd verslag en vormen de basis voor de in de richtlijn geformuleerde overige overwegingen.



## 8 Onderzoeksproject Athena Instituut

Bij de ontwikkeling van de *Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen* is op verschillende manieren vorm gegeven aan cliënteninbreng: in de focusgroepen, in de casusstudies en in de kern- en klankbordgroep. Het Athena Instituut heeft het proces van cliëntenparticipatie bij deze – en enkele andere – richtlijnen gemonitord en geëvalueerd.

Doel van het onderzoek van het Athena Instituut is om inzicht te verwerven in de huidige praktijk van cliëntenparticipatie bij richtlijnontwikkeling (in binnen- en buitenland) en te experimenteren met nieuwe methoden in concrete praktijkcasussen om een bijdrage te leveren aan het realiseren van een meer optimale inbreng van het cliëntenperspectief bij richtlijnontwikkeling. Het onderzoek bestaat uit vier fasen.

- 1 *Inventarisatie*. Het in kaart brengen en analyseren van toegepaste vormen van cliëntenparticipatie bij richtlijnontwikkeling in binnen- en buitenland, en het identificeren van lessen en verbeterpunten.
- 2 *Modelontwikkeling en casusselectie*. Op basis van de bevindingen van fase 1 en andere relevante inzichten en ervaringen worden enkele modellen voor cliëntenparticipatie bij richtlijnontwikkeling geformuleerd. Daarnaast worden praktijkcasussen (concrete richtlijnontwikkelingstrajecten) geselecteerd waarin modellen worden getoetst.
- 3 *Praktijktoetsing – circa vier casussen*. Eerst wordt per praktijkcasus een plan van aanpak en een monitoring- en evaluatiekader opgesteld. Vervolgens worden de in fase 2 ontwikkelde en geselecteerde modellen voor cliëntenparticipatie bij richtlijnontwikkeling in de praktijk gebracht. De voortgang wordt gemonitord en geëvalueerd. Monitoring en evaluatie vinden plaats volgens de methodologie van *responsive evaluation*. Deze vorm van evaluatie is vooral kwalitatief en participatief (met de participanten in het proces, dus zowel professionals als cliënten).
- 4 *Analyse en rapportage*. Naast analyse van de resultaten worden aanbevelingen geformuleerd over wanneer, op welke wijze, voor welk soort richtlijn en onder welke condities cliëntenparticipatie bij richtlijnontwikkeling het meest optimaal kan plaatsvinden. Dataverzameling vindt plaats door middel van literatuurstudie, interviews, focusgroepen en (participerende) observatie.

De betrokkenheid van het Athena Instituut bij de *Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen* valt onder fase 3 (praktijktoetsing). De richtlijn is als praktijkcasus gemonitord en geëvalueerd. Dataverzameling vond plaats door middel van observaties, interviews en documentanalyse. Daarnaast heeft het Athena Instituut een bijdrage geleverd

aan de opzet en uitvoering van de focusgroepen. Tussentijdse bevindingen van het onderzoek werden gepresenteerd en besproken tijdens bijeenkomsten van de werkgroep.

## 9 Implementatie

Recent onderzoek laat zien dat er bij richtlijntrajecten voornamelijk aandacht is voor de ontwikkeling van de richtlijn. Planmatig opgezette en onderbouwde invoering komt maar heel beperkt van de grond. Hier dient gericht op te worden aangestuurd door financiers, zodat hier al bij de start geld voor beschikbaar is. De Regieraad voor richtlijntrajecten onderschrijft dan ook een programmatische aanpak van de ontwikkeling, invoering én evaluatie van richtlijnen inclusief (financiële en organisatorische) middelen, om het gebruik van de richtlijnen te stimuleren, monitoren en evalueren.<sup>3</sup> TNO, CBO en het Trimbos-instituut besloten deze opdracht samen uit te voeren, met als doel de complementaire inzichten en expertises te vertalen in een gemeenschappelijke visie op richtlijnen. Dit resulteerde in een praktisch instrument voor een analyse van richtlijntrajecten: Kwaliteit Richtlijnontwikkeling, Invoering en Evaluatie (acroniem: KRIE).

Binnen dit richtlijntraject is uitvoerig aandacht besteed aan invoering van de richtlijn. Er hebben, naast literatuuronderzoek, focusgroepen en casusstudies plaatsgevonden, waarin de sleutelaanbevelingen uit de conceptrichtlijn en de bijbehorende ontwikkelde indicatoren zijn getest op toepasbaarheid in de praktijk.

## 10 Herziening

Uiterlijk in 2016 bepaalt het Trimbos-instituut in samenspraak met de betrokken partijen of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen wanneer nieuwe ontwikkelingen aanleiding geven een vervroegd herzieningstraject te starten.

## Noten

- 1 Dit is binnen de ggz een veelgebruikte term, welke overeenkomt met de term *severe mental illness* (SMI), een begrip dat in internationale literatuur veel wordt gebruikt. Er is sprake van verschil in definiëring tussen het begrip Ernstige Psychische Aandoening (EPA), zoals in deze richtlijn wordt gebruikt, en het begrip Ernstige Psychische Stoornis (EPS), zoals in de verzekeringsgeneeskundige beoordelingspraktijk wordt gebruikt. Bij EPA worden meerdere diagnoses genoemd, die een bepaalde duur hebben, en tot beperkingen (disability) in het vermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren leiden. Bij EPS is er sprake van een ernstige psychische stoornis, met (veel) meer dan het minimale aantal diagnostische criteria, visie op doorlopen behandelingen, en met diverse beperkingen in het vermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren. Dit leidt regelmatig tot de conclusie dat er geen benutbare mogelijkheden zijn, dus (in principe) ook geen mogelijkheid om werk te verrichten of te gaan participeren. Maar niet alle diagnoses die genoemd zijn in deze richtlijn leiden in de wettelijke beoordelingen tot volledige arbeidsongeschiktheid.
- 2 Daarbij is gezocht naar evidentie rondom baanbehoud, maar wanneer studies óók informatie geven over het vinden van een baan zijn deze studies ook meegenomen. In de praktijk blijkt dat begeleiding bij het vinden en behouden van werk nauw met elkaar is verbonden (zoals bij IPS), deze aspecten zijn moeilijk van elkaar te scheiden.
- 3 [http://www.cbo.nl/Downloads/932/Advies\\_Regieraad\\_KRIE.pdf](http://www.cbo.nl/Downloads/932/Advies_Regieraad_KRIE.pdf).

## Literatuur

- Delespaul, Ph., & consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 427-438.
- Gevers, J.K.M., & Aalst, A van. (1998). *De rechter en het medisch handelen* (3<sup>e</sup> druk). Deventer: Kluwer.
- Kroon, H., & Pijl, Y.J. (2008). *Het aantal mensen met ernstige psychische stoornissen in de GGZ: trends in de periode 1995-2004 op basis van psychiatrische casusregisters*. Utrecht: Trimbos-instituut.



---

## Hoofdstuk 2

# Inhoudelijke inleiding

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van de visie en context waarop de inhoud van de *Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen* is gebaseerd.

### 1 Betekenis van betaald werk

Mede als gevolg van extramuralisering en vermaatschappelijking van de ggz verblijven de meeste mensen met ernstige psychische aandoeningen tegenwoordig in de gewone samenleving. In de ambulante zorg voor deze groep heeft werken de laatste jaren weer een belangrijker plaats gekregen. Werken, zo is de gedachtegang, betekent dat men meedoet in de maatschappij en met andere burgers in contact komt. Bovendien laat onderzoek telkens zien dat de meeste mensen met ernstige psychische aandoeningen ook willen werken (Van Hoof et al., 2000; NICE, 2002). Degenen die een baan hebben, wensen die meestal te behouden, ook als het werk veel inspanning kost. Velen beschouwen werkhervatting als een belangrijke graadmeter voor hun persoonlijk en maatschappelijk herstel (Van Weeghel & Michon, 2001).

De betekenis van (betaald) werk is groot, zowel voor het individu als voor de samenleving. Voor het individu is werk in de eerste plaats een inkomstenbron en daarmee een middel tot zelfstandigheid en onafhankelijkheid. Daarnaast zorgt een betaalde baan voor een dag- en weekstructuur, is werk een belangrijke bron van sociale contacten, zorgt arbeidsparticipatie voor verbreding van de sociale horizon en ontlenen mensen vooral aan hun werk hun sociale status. Ook is werk een potentiële bron van persoonlijke waardering en zingeving. Waar andere sociale verbanden (buurt, familie, kerk) aan betekenis verliezen, neemt het belang van werk in dit opzicht alleen maar toe (Van Hoof et al., 2010). Andere vormen van dagbesteding kunnen wel een deel van voornoemde functies vervullen, maar er is geen activiteit te verzinnen die, zoals betaalde arbeid, al deze functies in zich kan verenigen.

De voordelen van betaald werk gelden in principe voor iedereen. Voor mensen met ernstige psychische aandoeningen kan een betaalde baan echter extra betekenis hebben. Werk kan hen de gelegenheid bieden om iets te bewijzen en aldus aan zelfachting te winnen (Van Weeghel, 1995).

Wanneer zij niet (meer) participeren in het arbeidsproces, lijkt de kans aanzienlijk groter dat zij als ‘psychiatrische cliënt’ worden beschouwd en benaderd, met alle bijbehorende stereotiepe beelden en alle belemmeringen die dat in het sociale verkeer oplevert. Het hebben van een betaalde baan kan inderdaad een tegenwicht bieden tegen stigmatisering, zo bleek uit een onderzoek van Perkins et al. (2009): burgers ervaren veel minder sociale afstand ten opzichte van mensen met schizofrenie als laatstgenoemden een betaalde baan hebben. Verder kan werken een cruciale copingstrategie zijn: door te werken blijft men symptomen en klachten (zoals hinderlijke stemmen, verlamme angsten en sombere gedachten) beter de baas. Dit werd geïllustreerd in een studie van Delespaul et al. (2002), die vonden dat mensen met schizofrenie bij wie hallucinaties dominant zijn, minder angst ervaren als ze aan het werk zijn dan bij passieve vrijetijdsbesteding (zoals tv-kijken) of bij deelname aan sociale activiteiten. Het lijkt waarschijnlijk dat de resultaten uit deze onderzoeken kunnen worden gegeneraliseerd naar de doelgroep van deze richtlijn, mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Daarnaast heeft de arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen ook een groot maatschappelijk belang. Verlies aan arbeidsproductiviteit door (tijdelijke) uitval uit het arbeidsproces is op macro-niveau de belangrijkste kostenpost van psychische aandoeningen. Deze indirecte kosten zijn een veelvoud van de directe zorgkosten. Bovendien zal door de vergrijzing de vraag naar arbeidskrachten in de nabije toekomst alleen maar toenemen. Het is dus vanuit sociaal en economisch oogpunt niet verantwoord dat burgers buiten de samenleving staan.

Desondanks is menige hulpverlener in de ggz ambivalent over de waarde van werk voor cliënten. Men is vooral beducht voor de ziekmakende gevolgen als cliënten het werk niet aankunnen. Hoewel deze voorzichtigheid lang niet altijd gerechtvaardigd is, weerspiegelt zij wel vaak de gemengde gevoelens van cliënten zelf. Omdat hun zelfbeeld al veel deuken heeft opgelopen, gaan zij riskante initiatieven liever uit de weg. Werk is dan een levensdomein waarin zij vanwege verwacht verlies aan zelfachting en gezondheid niet langer durven te investeren.

## **2 Arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen**

De afstand tussen wens en werkelijkheid is groot als het gaat om arbeidsdeelname van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Vele buitenlandse studies laten zien dat hun arbeidsdeelname veel lager is dan die van de gehele beroepsbevolking (White, 2005). In een Australisch onderzoek onder kostwinners had 21% van degenen met een psychotische stoornis

een betaalde baan, was 4% werkzoekend en participeerde een vijfde in een vorm van arbeidsre-integratie (Waghorn et al., 2004). In de Verenigde Staten komt de arbeidsdeelname van deze groep niet boven de 20% (Cook & Razzano, 2000; Salkever et al., 2007). In Engeland nam het aandeel werkenden bij mensen met schizofrenie af van 40% in 1955 tot 8% in 2000, aldus Marwaha & Johnson (2004).

Ook in Nederland is de arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen zeer bescheiden. Uit onderzoek bij 2070 cliënten van ambulante ggz-teams en beschermde woonvormen bleek dat 18% een betaalde baan had (12% regulier en 6% gesubsidieerd). Bijna de helft had zelfs geen structurele dagbesteding (Michon et al., 2003). Vergelijkbare bevindingen kwamen recentelijk naar voren uit de eerste meting bij het landelijk Panel Psychisch Gezien, een panel dat uitsluitend bestaat uit mensen met ernstige psychische aandoeningen. Van de 606 deelnemers aan deze eerste meting had 19% betaald werk (waarvan 14% regulier werk en 5% in de sociale werkvoorziening). Van degenen die geen betaald werk verrichtten (81%), had één op de drie de wens om binnen een jaar in een betaalde baan aan de slag te gaan (Overweg & Michon, 2011).

Aan de lage arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen liggen verschillende factoren ten grondslag. Die factoren zijn enerzijds buiten de persoon gesitueerd (onder andere stand van werkgelegenheid, kwaliteit van wel beschikbare arbeid, onbekendheid en vooroordelen bij werkgevers, gebrekkig arbeidsintegratiebeleid) en anderzijds binnen de persoon gelegen (beperkingen vanwege de aandoening en mede daardoor gebrek aan ervaring, veerkracht en vaardigheden).

De arbeidscarrières van mensen met ernstige psychische aandoeningen vertonen doorgaans een dalende lijn. Ten eerste verliezen velen hun baan en blijven vervolgens werkloos, ten tweede blijft een kleinere groep wel aan het werk, maar op een lager niveau dan voorheen. Deze neerwaartse lijn begint al vroeg in de ziektecarrière (Van Weeghel, 1995), vaak al voordat de stoornis formeel is vastgesteld (onder andere Beiser et al., 1994). In een Amerikaans onderzoek (Muntaner et al., 1993) bleek dat personen die later de diagnose schizofrenie zouden krijgen, al voor de eerste opname in posities onder hun niveau waren terechtgekomen. Zij zouden zelf al een werkomgeving met weinig sociale stimulatie uitzoeken om een psychotische episode te voorkomen. Volgens de onderzoekers nemen in een sociaal geïsoleerde werkomgeving de negatieve symptomen eerder toe, waardoor men nog kwetsbaarder wordt voor sociale overstimulatie. Overigens laat een Canadese studie zien dat cliënten die snel behandeld werden voor hun eerste psychose en voldoende sociale steun kregen, na drie jaar beduidend vaker volledig aan het werk waren dan cliënten die later hulp kregen (Norman et al., 2007).

De neergaande lijn in de arbeidscarrière zet zich meestal door in de eerste vijf á tien jaar nadat de aandoening zich heeft aangediend. In die 'kritische periode' doen zich de grootste schommelingen in symptomen en sociaal functioneren voor, vaak resulterend in ziekenhuisopnames. Deze jaren vallen in de levensfase waarin jongeren belangrijke statuspassages naar de volwassenheid maken: een levenspartner vinden, een eigen huishouden beginnen, een vervolgopleiding kiezen of een start met de beroeps­carrière maken. Jongeren die met een ernstige psychische aandoening te kampen krijgen, komen vaak niet toe aan deze opgaven, en voelen zich om die reden ten opzichte van hun leeftijdsgenoten op forse achterstand gezet. Na vijf á tien jaar is de kans groot dat de ziekte en het functioneren zich stabiliseren. Dan dienen zich mogelijkheden aan voor herstel. Hoewel ernstige psychische aandoeningen doorgaans functionele beperkingen met zich brengen, zijn de uitkomsten op de langere termijn heterogeen. Na verloop van tijd krijgt men nieuwe kansen in het leven, ook op het gebied van werk. Dat blijkt uit longitudinale studies waarin leven, ziektebeloop en loopbanen van mensen met schizofrenie of een andere ernstige psychische aandoening over periodes van tien tot veertig jaar werden gevolgd (zie Van Weeghel, 1995).

### **3 Accent op behoud van regulier betaald werk**

Ondersteuning bij het vinden en behouden van betaald werk is deels beschikbaar vanuit reguliere voorzieningen voor arbeidsintegratie (de door UWV erkende re-integratiebedrijven en voorzieningen vanuit de gemeenten). Maar die ondersteuning is niet altijd toegespitst op de specifieke ondersteuningsbehoeften van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Mede om die reden biedt ook de ggz haar cliënten ondersteuning bij het vinden en behouden van werk. Deze ondersteuning wordt 'arbeidsrehabilitatie' of arbeidsbegeleiding genoemd. Arbeidsrehabilitatie is het proces waarmee ontwikkeling, herstel, behoud en uitbreiding van iemands arbeidsmogelijkheden wordt beoogd; daarbij worden diverse methoden gecombineerd, zowel gericht op het individu als op de omgeving. Altijd wordt een actieve inbreng van de cliënt verondersteld (Van Weeghel, 1995).

In Nederland wordt de arbeidsrehabilitatie van deze groep veelal gekenmerkt door een voorzichtige aanpak, in de zin dat zij doorgaans langdurige, stapsgewijze voorbereidingstrajecten krijgen aangeboden. Die trajecten zijn meestal niet alleen gericht op gewone betaalde arbeid, maar ook op andere arbeidsuitkomsten, zoals beschutte arbeid bij de sociale werkvoorziening of vrijwilligerswerk. De laatste jaren zien we hierin veran-



dering optreden, in de zin dat het accent steeds sterker op (her)intrede in het reguliere arbeidsproces is komen te liggen. Juist hier is de kloof tussen wens en werkelijkheid immers het diepst. Daarbij is het besef gegroeid dat het *verkrijgen* van een reguliere baan niet eenvoudig is, maar dat het *behouden* van dat werk doorgaans nog veel moeilijker is voor mensen met psychische aandoeningen. Velen verliezen na verloop van tijd hun baan en op de langere duur ook enig ander dienstverband.

Hierbij dient opgemerkt te worden dat behoud van het dienstverband in re-integratie vaak belangrijker is dan behoud van eigen werkzaamheden bij een werkgever. Het gaat erom dat werkgever en werknemer op zoek gaan naar werk dat past bij de beperkingen en mogelijkheden, en kennis en kunde, voor zover mogelijk binnen de organisatie. Eenmaal zonder dienstverband is het voor mensen met psychische aandoeningen lastiger om aan een baan te komen.

Deze multidisciplinaire richtlijn sluit aan op dat gegeven in de zin dat daarin 'reguliere betaalde arbeid' centraal staat en dat daarbij het accent op het 'behoud' van die arbeid wordt gelegd. Het gaat er met andere woorden om te bevorderen dat werkenden met ernstige psychische aandoeningen 'duurzaam inzetbaar' kunnen zijn in het gewone arbeidsproces. Onder 'duurzaam inzetbaar' wordt verstaan dat de arbeid op een zodanige manier wordt verricht dat de toekomstige mogelijkheid tot het verrichten van (deze) arbeid er niet door wordt ondermijnd, of, positief geformuleerd, er zelfs door toeneemt (Van der Klink et al., 2010). Overigens heeft de duurzaamheid niet alleen betrekking op arbeidsparticipatie (huidige arbeid moet toekomstige arbeid niet in de weg staan), maar evenzeer op (psychische) gezondheid (huidige arbeid moet huidige of toekomstige arbeid niet schaden en bij voorkeur zelfs bevorderen).

Omdat het behoud van regulier betaald werk hier centraal staat, zullen in de navolgende hoofdstukken vooral arbeidsinterventies ter sprake komen die dit werkbehoud effectief bevorderen. In dergelijke interventies worden de sterke kanten en (arbeids)mogelijkheden van mensen met ernstige psychische aandoeningen aangesproken. Tegelijkertijd is er het besef dat de arbeidskansen danig afnemen als er sprake is van ernstige symptomen en cognitieve beperkingen. Waar mogelijk worden werkaanpassingen aangebracht om individuele beperkingen te compenseren. Verder heeft, vanuit de ervaring dat psychische problematiek en arbeidsfunctioneren vaak nauw verweven zijn, de gescheiden aanpak van arbeidsbegeleiding en ggz-hulp plaatsgemaakt voor een geïntegreerde benadering.

In effectieve vormen van arbeidsintegratie wordt meestal een veelvoud van interventies toegepast. Interventies kunnen gericht zijn op de cliënt zelf, op de (potentiële) werkgever, op het steunsysteem (onder andere familieleden, vrienden en hulpverleners) of op de sociale en fysieke kenmerken

van de werkplek. Welke interventies worden gekozen is afhankelijk van de behoeften, beperkingen en mogelijkheden van de deelnemer en de andere betrokkenen.

#### 4 Aanpassingen in de werkomgeving

Werkaanpassingen kunnen eraan bijdragen dat mensen met ernstige psychische aandoeningen aan een baan kunnen beginnen of hun baan kunnen behouden (Secker & Membrey, 2003; Becker et al., 1998). Het aanbrengen van werkaanpassingen is een belangrijke interventie in de praktijk van arbeidsrehabilitatie. Werkaanpassingen zijn als volgt onder te verdelen (zie Dielis, 2000).

- *Flexibele werktijden.* Een werknemer met psychische beperkingen kan bijvoorbeeld later aan zijn werkdag beginnen als hij juist in de ochtend moeizaam functioneert.
- *Taakaanpassing.* Bijvoorbeeld als iemand moeite heeft bepaalde taken te combineren, dan zouden deze na elkaar kunnen worden uitgevoerd of met anderen gedeeld kunnen worden.
- *Communicatie en ondersteuning.* Hiertoe behoren een heldere stijl van leidinggeven en het zoeken van een vertrouwenspersoon of ‘maatje’ op de werkplek.
- *Werkplekaanpassingen.* Hierbij kan worden gedacht aan een ‘rustkamer’ waarin de werknemer zich tijdelijk kan terugtrekken om overstimulatie te voorkomen.

Overigens zijn er geen standaardoplossingen voor werkaanpassingen bij werknemers met ernstige psychische aandoeningen. Wel blijkt uit onderzoek dat hoe meer verschillende werkaanpassingen een werkgever doorvoert, en hoe meer deze tegemoet komen aan de vragen en problemen van individuele werknemers, des te groter de kans dat deze werknemers hun baan behouden (Gioia & Brekke, 2003). Volgens de Wet Verbetering Poortwachter en het beoordelingskader voor de re-integratie-inspanningen wordt overigens ook van werkgevers verwacht dat zij alle werkaanpassingen hebben gedaan die redelijkerwijs van hen verwacht mogen worden.

#### 5 Naar duurzame inzetbaarheid

Praktijkervaringen en onderzoeksbevindingen laten zien dat succesvolle arbeidsintegratie van mensen met ernstige psychische aandoeningen zeer wel mogelijk is. Maar in de praktijk zijn geslaagde trajecten nog te veel afhankelijk van het doorzettingsvermogen van individuele werkzoekenden

en de bevoegenheid en het vakmanschap van individuele professionals. In het huidige stelsel van zorg en arbeidsintegratie zijn er nog veel belemmeringen voor een succesvolle (re-)integratiepraktijk voor deze groep. Enerzijds maken aanbieders en financiers nog onvoldoende gebruik van de mogelijkheden die de regelgeving en de beschikbare middelen al wel bieden. Anderzijds wordt de bestaande regelgeving vaak nog als onvoldoende flexibel beleefd en zijn de beschikbare middelen ontoereikend. Bovendien ontbreekt het aan een goede bestuurlijke en organisatorische infrastructuur voor de arbeidsintegratie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Dat geldt niet alleen voor de ondersteuning bij het vinden en behouden van werk op zich, maar ook voor de landelijke implementatie van bewezen effectieve modellen (Van Hoof et al., 2010).

Wat is er nodig om de komende jaren meer mensen met ernstige psychische aandoeningen aan de gewenste betaalde baan te helpen? Ten eerste dienen in de re-integratiepraktijk positieve verwachtingen en realistisch optimisme de boventoon te voeren als het gaat om arbeidsmogelijkheden van deze groep. Ten tweede behoren succesvolle arbeidsintegratiemodellen en -methodieken voor alle werkzoekenden met ernstige psychische aandoeningen beschikbaar te zijn. Dit vraagt om een plan van aanpak voor de landelijke verspreiding van effectieve modellen.

Verder kan de arbeidsintegratie van deze groep alleen slagen als de praktijk wordt ondersteund door adequate regelgeving, een flexibele uitvoering daarvan en een volledige, doorlopende financiering van trajecten over de grenzen van 'zorg' en 'integratie' heen. Tot slot dient er op lokaal of regionaal niveau een sturend en ondersteunend netwerk te worden gevormd, waarin alle betrokken actoren en belanghebbenden (ggz, UWV, gemeenten, werkgevers, onderwijs, cliënten) hun gemeenschappelijke missie in concrete ambities of doelen vertalen en gezamenlijk oplossingen bedenken voor problemen die zich in de re-integratiepraktijk voor deze groep voordoen. Op een aantal plaatsen bestaan dergelijke goed functionerende netwerken al.

Bij de re-integratiepraktijk voor mensen met ernstige psychische aandoeningen is altijd een veelvoud aan sectoren en instanties betrokken. Er moet echter voor worden gewaakt dat de cliënt in die complexe praktijk te allen tijde centraal blijft staan en de regie over zijn of haar re-integratieproces zo veel mogelijk blijft behouden. Dat is ook het vertrekpunt van deze multidisciplinaire richtlijn. Dit vertrekpunt wordt al zichtbaar in het eerstvolgende hoofdstuk, waarin het bevorderen van 'zelfmanagement' in het re-integratieproces centraal staat.

## Literatuur

- Becker, D.R., Drake, R.E., Bond, G.R., Xie, H., Dain, B.J., & Harrisson, K. (1998). Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment. *Community Mental Health Journal*, 34, 71-82.
- Beiser, M., Bean, G., Erickson, D., Zhang, J., Iacono, W.G., & Rector, N.A. (1994). Biological and psychosocial predictors of job performance following a first episode of psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 151, 857-863.
- Cook, J.A., & Razzano, L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 87-103.
- Delespaul, P., Vries, M. de, & Os, J. van. (2002). Determinants of occurrence and recovery from hallucinations in daily life. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37, 97-104.
- Dielis, L. (2000). Werkaanpassing bij psychische beperking. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55, 336-348.
- Gioia, D., & Brekke, J.S. (2003). Use of the Americans with Disabilities Act by young adults with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 54, 302-304.
- Hoof, F. van, Knispel, A., Meije, D., Wijngaarden, B. van & Vijselaar, J. (2010). Trendrapportage GGZ 2010. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hoof, F. van, Ketelaars, D., & Weeghel, J. van (2000). *Dac in, Dac uit. Een longitudinaal onderzoek naar bezoekers van dagactiviteitencentra*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Klink, J.J.L. van der, Burdorf, A., Schaufeli, W.B., Wilt, G.J. van der, Zijlstra, F.R.H., Brouwer, S., et al. (2010). *Duurzaam inzetbaar: werk als waarde*. Den Haag: ZonMw.
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 337-349.
- Michon, H.W., Busschbach, J.T. van, Vugt, M. van & Stant, A.D. (2011). *Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland; Verslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie; Deelrapport 1: Bevindingen na 18 maanden follow-up*. Utrecht: Trimbos-instituut; Groningen: RGOc/UMCG.
- Muntaner, C., Pulver, A.E., McGrath, J., & Eaton, W.W. (1993). Work environment and schizophrenia: An extension of the arousal hypothesis to occupational self-selection. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 28, 231-238.
- NICE. National Institute for Clinical Excellence. (2002). *Schizophrenia: Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care*. London: Gaskell Press.
- Norman, R.M., Mallal, A.K., Manchanda, R., Windell, D., Harricharan, R., Takhar, J., et al. (2007). Does treatment delay predict occupational functioning in first-episode psychosis? *Schizophrenia Research*, 91, 259-262.

- Overweg, K., & Michon, H. (2011). *Factsheet Panel Psychisch Gezien*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Perkins, D., Raines, J., Tschopp, M., & Warner, T. (2009). Gainful employment reduces stigma toward people recovering from schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 45, 158-162.
- Salkever, D.S., Karakus, M.C., Slade, E.P., Harding, C.M., Hough, R.L., Rosenheck, R.A., et al. (2007). Measures and predictors of community-based employment and earnings of persons with schizophrenia in a multisite study. *Psychiatric Services*, 58, 315-324.
- Secker, J., & Membrey, H. (2003). Promoting mental health through employment and developing healthy work places: The potential of natural support at work. *Health Education Research: Theory and Practice*, 18, 207-213.
- Waghorn, G., Chant, D., White, P., & Whiteford, H. (2004). Delineating disability, labour force participation and employment restrictions among persons with psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 279-288.
- Weeghel, J. van (1995). *Herstelwerkzaamheden. Arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten*. Proefschrift. Utrecht: SWP.
- Weeghel, J. van, & Michon, H. (2001). Opnieuw aan het werk. Arbeidsrehabilitatie van mensen met ernstige psychische problemen. *Sociale Interventie*, 10, 38-45.
- White, R.F. (2005). Highlights of the Canadian Psychiatric Association 55th Annual Conference. Conference report. *Medscape Psychiatry & Mental Health*, 10(2).



---

# Hoofdstuk 3

## Beïnvloedende factoren

### 1 Inleiding

De laatste jaren is er een sterke beweging gaande om zo veel mogelijk mensen aan het werk te krijgen en te houden. Dat geldt ook voor mensen met arbeidsbeperkingen, waaronder psychische beperkingen. Maar welke factoren maken het nu gemakkelijker voor mensen met ernstige psychische aandoeningen om werk te vinden en te behouden?

Er is wel algemene kennis opgedaan over de factoren die mede bepalen of de werknemer zich prettig voelt en productief blijft. Kompier (2007) beschreef de overeenkomsten tussen zeven verschillende theoretische modellen over werkkenmerken, arbeidsgedrag, motivatie, productiviteit en ziekte. Dat waren het taakkenmerkenmodel (Hackman & Oldham, 1980), het Michigan-model (Kahn et al., 1964), het Demand-Control-model (Karasek, 1998), moderne sociotechniek (Kuipers & Van Amelsvoort, 1990), handelingstheorie (Hacker, 1998), Effort-Reward Imbalance-model (Siegrist, 2002) en het Vitaminemodel (Warr, 1994). Deze theorieën zijn afkomstig uit een periode van vijftig jaar en ontwikkeld door psychologen, bedrijfskundigen en sociologen. Zij bezien vooral het gedrag en de factoren in de werkcontext, en niet of nauwelijks de persoonsfactoren en/of de factoren in het privéleven van de werknemers. Ondanks hun verscheidenheid blijken er zeer sterke overeenkomsten te zijn. Om gezond en productief te kunnen werken wijzen zes van de zeven theorieën naar autonomie (ook wel regelruimte), naar (passende) taakeisen en naar taakvariatie. Sociale ondersteuning komt in vier van de zeven voor als belangrijke factor. Feedback, arbeidszekerheid, taakidentiteit (de mate waarin de taak een samenhangend en afgerond geheel vormt), taakbelang (voor anderen) krijgen in drie van de zeven theorieën een plaats. Beloning speelt in twee van de zeven theorieën een rol.

Als we kijken naar de factoren die bij mensen met ernstige psychische aandoeningen belangrijk zijn om gezond en productief te kunnen (blijven) werken, dan ligt het voor de hand te vertrekken vanuit de factoren die voor de werknemer in het algemeen van belang zijn (Van Weeghel & Zeelen, 1990): autonomie, passende taakeisen en taakvariatie en in mindere mate sociale steun, feedback, arbeidszekerheid, taakidentiteit en taakbelang. Het is mogelijk dat sommige factoren een andere waarde hebben voor de groep met ernstige psychische aandoeningen. Dat zou kunnen spelen bij

passende taakeisen (die wellicht meer flexibiliteit vragen bij wisselende belasting van de aandoening) met daaraan gekoppeld autonomie en feedback. Ook zouden sociale steun en werkzekerheid een rol kunnen spelen. Deze groep werknemers is meer dan andere werknemers aangewezen op werkgevers die hen een kans willen geven en anders dan anderen kunnen zij niet gemakkelijk overstappen naar een andere werkgever.

Het ontbreekt op dit moment bij diverse beroepsgroepen aan een goed en actueel overzicht van de in de inleiding genoemde beïnvloedende factoren bij het vinden en behouden van werk. Veel nieuwe ontwikkelingen maken dat een hernieuwde en degelijke verkenning hiervan zinvol is. We noemen onder andere veranderingen in wet- en regelgeving (WIA, WMO), toepassing en ontwikkeling nieuwe programma's, een toegenomen besef van nut en noodzaak van het in kaart brengen van ervaringskennis, niet in de laatste plaats van cliënten zelf (denk aan de inzet van ervaringsdeskundigen in de ggz).

#### *Uitgangsvraag*

- Met welke beïnvloedende (c.q. voorspellende) factoren voor baanbehoud dient in de begeleiding van cliënten rekening te worden gehouden?

Het gaat hierbij om factoren in de werkomgeving, in de thuissituatie en factoren in de persoon zelf die baanbehoud belemmeren of bevorderen. Daarnaast hebben we gekeken wat mensen met ernstige psychische problematiek zelf ervaren als belangrijke belemmerende en bevorderende factoren voor baanbehoud.

## **2 Wetenschappelijke onderbouwing**

### **2.1 Zoekstrategie**

De zoekopdracht is uitgevoerd in de databases Cinahl, PsychInfo en Pubmed. Gezien het grote aantal gevonden treffers is in de zoekopdracht alleen nog gezocht naar artikelen vanaf 2000. Verder is de doelgroep (*severe mental illness* en aanverwante termen) binnen deze zoekopdracht verder afgebakend naar: schizofrenie/psychotische aandoening, persoonlijkheidsstoornis, bipolaire stoornis en dubbele diagnose. Deze beperkte zoekopdracht leverde in totaal 783 treffers op. Naast de algemene selectiecriteria beschreven in hoofdstuk 2, is bij de selectie van artikelen voor dit hoofdstuk het volgende criterium gehanteerd: worden meerdere factoren of predictoren onderzocht?

Uiteindelijk zijn dertien artikelen geselecteerd en opgenomen in de evidencetabel (zie bijlage 1). Twee artikelen (Becker et al., 2007; Henry &



Lucca, 2004) zijn kwalitatief van aard en geven antwoord op de vraag wat volgens mensen met ernstige psychische problematiek belangrijke belemmerende en bevorderende factoren voor baanbehoud zijn. Verder zijn vijf reviews opgenomen (Bond & Drake, 2008; Michon et al., 2005; Marwaha & Johnson, 2004; Tsang et al., 2010; Lagerveld et al., 2010) evenals zes longitudinale studies (Burke-Miller et al., 2006; Salkever et al., 2003; Gold et al., 2002; Mueser et al., 2001; Catty et al., 2008; Biegel et al., 2010) die zich richten op beïnvloedende factoren voor arbeidsparticipatie en baanbehoud.

## 2.2 Kwalitatief onderzoek

Uit de twee kwalitatieve studies blijkt dat mensen met ernstige psychische aandoeningen een aantal belemmeringen ondervinden in hun werk. In de eerste plaats spelen persoonsgebonden factoren, zoals de psychische symptomen en de daaruit voortvloeiende cognitieve beperkingen een belemmerende rol bij het vinden en behouden van betaald werk (Becker et al., 2007; Henry & Lucca, 2004). Daarnaast zijn omgevingsfactoren als onzekerheid over uitkeringen, gebrek aan goede ondersteuning en stigma en discriminatie, belemmerend bij het verkrijgen en behouden van werk. Bij stigma gaat het niet alleen om negatieve attitudes bij werkgevers, maar ook bij professionals en bij familieleden. Ook een geïnternaliseerd stigma bij mensen met ernstige psychische problematiek zelf speelt een belemmerende rol (Henry & Lucca, 2004).

Uit de studies komen ook factoren naar voren die mensen met ernstige psychische aandoeningen helpen bij het behouden van werk. Zelfmanagement van symptomen en goede copingvaardigheden zijn belangrijk om op een goede manier met terugval te kunnen omgaan. Parttime werken, bijvoorbeeld halve dagen of enkele dagen per week, helpt mensen om te kunnen voldoen aan de eisen die het werk aan hen stelt en geeft hen voldoende tijd om te herstellen. Daarnaast stelt het mensen in staat om een deel van hun uitkering te behouden (Becker et al., 2007). Uit beide studies komt het belang naar voren van goede ondersteuning en begeleiding. Langdurige ondersteuning voorkomt dat mensen die een terugval krijgen en minder goed in hun werk functioneren, moeten uitvallen. Verder is een goede vertrouwensrelatie met de begeleider van belang, omdat die mensen het vertrouwen kan geven dat ze het werk aankunnen (Becker et al., 2007; Henry & Lucca, 2004).

## 2.3 Reviews en longitudinale studies

De in de literatuur genoemde beïnvloedende factoren kunnen worden onderverdeeld in: persoonsgebonden factoren, omgevingsfactoren (werken thuissituatie, samenleving, regelgeving) en factoren die betrekking hebben op de interventie (begeleiding en behandeling).

### *Persoonsgebonden factoren*

Persoonsgebonden factoren komen in alle geselecteerde studies aan de orde. Hoewel ernstige psychische symptomen door mensen zelf als een belangrijke belemmering wordt gezien, zijn de wetenschappelijke resultaten op dit terrein niet geheel eenduidig. Uit de review van Michon et al. (2005) blijkt dat sommige studies wel en andere studies geen verband vinden tussen symptomatologie en betaald werk. Uit de review van Tsang et al. (2010) komt naar voren dat negatieve symptomen (zoals vervlakking van gevoelens, weinig energie, weinig initiatief en gebrek aan concentratie) significante negatieve voorspellers zijn voor betaald werk. Positieve symptomen (zoals wanen, hallucinaties, verward denken) zijn geen significante voorspellers. Ook Marwaha & Johnson (2004) vinden enig bewijs dat negatieve symptomen de kans op betaald werk verminderen. Uit de review van Lagerveld et al. (2010) blijkt dat er redelijk bewijs is dat ernstige depressieve symptomen samenhangen met meer arbeidsbeperkingen en dat weinig klinische vooruitgang samenhangt met verminderde arbeidsproductiviteit. Uit de longitudinale studie van Biegel et al. (2010) blijkt dat zowel de diagnose schizoaffectieve stoornis als het last hebben van symptomen de kans op betaald werk van mensen met een dubbele diagnose (psychiatrische problemen en verslavingproblemen) verminderen.

Uit twee longitudinale studies (Gold et al., 2002; Mueser et al., 2001) en één review (Tsang et al., 2010) komt cognitief functioneren als predictor voor betaald werk naar voren. Uit de studie van Gold et al. (2002) blijkt dat cognitieve beperkingen (met name op het terrein van IQ, geheugen, concentratievermogen en probleemoplossend vermogen) een negatieve invloed hebben op baanbehoud, maar niet op het vinden van een baan. Ook andere vaardigheden zijn van invloed op arbeidsparticipatie. Uit vier studies (Michon et al., 2005; Marwaha & Johnson, 2004; Tsang et al., 2010; Mueser et al., 2001) komt naar voren dat sociale vaardigheden een positieve invloed hebben op arbeidsparticipatie. In de studies van Marwaha & Johnson (2004) en Mueser et al. (2001) gaat het niet alleen om het huidige functioneren, maar ook om het functioneren voordat de ziekte zich openbaarde. Bij Michon et al. (2005) gaat het om recent sociaal functioneren en arbeidsfunctioneren in arbeidsrehabilitatieprogramma's. In deze review komt ook *self-efficacy* (de mate waarin betaald werk door de persoon zelf als haalbaar wordt gezien) als voorspeller voor betaald werk naar voren. Uit een longitudinale studie van Biegel et al. (2010) komt naar voren dat mensen zonder eerdere werkervaring en met een negatieve *self-efficacy* minder kans hebben op betaald werk, omdat zij niet worden verwezen naar arbeidsbegeleiding (SE).

Ten slotte is ook onderzoek gedaan naar de invloed van persoonskenmerken op arbeidsparticipatie. Een gunstig arbeidsverleden blijkt in een aantal studies (Tsang et al., 2010; Catty et al., 2008; Burke-Miller et al.,

2006; Mueser et al., 2001) een positieve invloed te hebben op de arbeidsparticipatie, de studie van Michon et al. (2005) laat geen duidelijk verband zien. Ook het opleidingsniveau blijkt in een aantal studies een voorspeller te zijn voor het verkrijgen en behouden van betaald werk (Tsang et al., 2010; Burke-Miller, 2006; Salkever et al., 2003). Hierbij gaat het soms om het aantal jaren dat men een opleiding heeft gevolgd en soms om het opleidingsniveau. Ook blijken jongeren meer kans te maken op betaald werk dan ouderen (Tsang et al., 2010; Burke-Miller, 2006; Salkever et al., 2003; Lagerveld et al., 2010). Over de invloed van andere persoonskenmerken, zoals geslacht en etniciteit, zijn de resultaten niet eenduidig.

### *Omgevingsfactoren*

Naar de invloed van omgevingsfactoren is nog weinig systematisch onderzoek verricht. Er zijn aanwijzingen dat vooroordelen van werkgevers over mensen met ernstige psychische aandoeningen (stigma) een belemmerende rol spelen voor de arbeidsparticipatie van deze doelgroep (Marwaha & Johnson, 2004). Verder kan de wet- en regelgeving op het terrein van arbeidsongeschiktheid een belemmering zijn voor het verkrijgen van werk. Met name de angst bij mensen met ernstige psychische aandoeningen om er financieel op achteruit te gaan lijkt een negatieve rol te spelen bij arbeidsparticipatie (Marwaha & Johnson, 2004; Bond & Drake, 2008). Opgemerkt dient te worden dat deze studies zijn uitgevoerd in landen met een andere sociale zekerheidswetgeving dan die in Nederland. Toch is aannemelijk dat deze factoren ook in de Nederlandse situatie een rol kunnen spelen. Over de invloed van werkloosheidscijfers zijn de resultaten niet eenduidig; in sommige studies spelen ze wel een significante rol, in andere niet (Bond & Drake, 2008).

Hoewel er dus wel verbanden zijn gevonden tussen persoonsgebonden en omgevingsfactoren enerzijds en het verkrijgen of behouden van een baan anderzijds, is er nog weinig onderzoek gedaan naar de invloed van familieleden en van werkgerelateerde factoren op de arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen (Tsang et al., 2010, Bond & Drake, 2008).

### *Factoren die betrekking hebben op de interventie*

Evidence-based arbeidsbegeleiding, zoals Supported Employment/Individual Placement and Support (zie ook hoofdstuk 2, paragraaf 3) is een sterke voorspeller voor arbeidsparticipatie, zowel voor het verkrijgen als voor het behouden van werk (Tsang et al., 2010; Bond & Drake, 2008; Catty et al., 2008). Welke elementen vooral werkzaam zijn in de begeleiding komt in hoofdstuk 5 nader aan de orde. Over de invloed van behandelmethoden op betaald werk zijn de resultaten niet eenduidig. Binnen de grotere groep van mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn op basis van de diag-

nose verschillende subgroepen te onderkennen. De studies van Bond en Drake (2008) en Salkever et al. (2003) richten zich alleen op mensen met schizofrenie. Uit de review van Bond en Drake (2008) komt geen verband tussen (medicatie)behandeling en arbeidsparticipatie naar voren. Uit de studie van Salkever et al. (2003) onder mensen met schizofreniesymptomen komt behandeling met atypische antipsychotica als een mogelijke positieve voorspeller van arbeidsparticipatie naar voren.

### 3 Conclusies

- 
- Niveau 1** Het is aangetoond dat cognitieve beperkingen de arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen verminderen.  
A1: Tsang et al. (2010)  
A2: Gold et al. (2002); Mueser et al. (2001)
- 
- Niveau 1** Het is aangetoond dat een gunstig arbeidsverleden, deelname aan arbeidsrehabilitatieprogramma's en sociaal functioneren samenhangen met positieve arbeidsresultaten voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.  
A1: Michon et al. (2005); Tsang et al. (2010)  
A2: Marwaha & Johnson (2004)<sup>1</sup>; Mueser et al. (2001); Biegel et al. (2010)
- 
- Niveau 1** Het is aangetoond dat zowel jongeren als hoogopgeleiden meer kans maken op betaald werk.  
A1: Tsang et al. (2010); Lagerveld et al. (2010)  
A2: Burke-Miller et al. (2006); Salkever et al. (2003)
- 
- Niveau 1** Het is aangetoond dat arbeidsbegeleiding (onderzocht werd IPS/SE) de kans op het verkrijgen en behouden van betaald werk vergroot.  
A1: Tsang et al. (2010)  
A2: Bond & Drake (2008); Catty et al. (2008)
- 
- Niveau 2** Het is aannemelijk dat negatieve symptomen (zoals vervlaking van gevoelens, weinig energie, weinig initiatief, gebrek aan concentratie) en ernstige depressieve symptomen de arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen verminderen.  
A1: Michon et al. (2005); Tsang et al. (2010); Lagerveld et al. (2010)  
A2: Marwaha & Johnson (2004); Biegel et al. (2010)
-

---

**Niveau 2** Het is aannemelijk dat de angst voor inkomensachteruitgang de arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen negatief beïnvloedt.

A2: Marwaha & Johnson (2004)

C: Bond & Drake (2008)

---

**Niveau 3** Mensen met ernstige psychische aandoeningen zien hun aandoening, het zorgsysteem en vooroordelen (stigma) als barrières voor betaald werk. Zij beschouwen goede en langdurige begeleiding, deeltijdwerk, zelfmanagement en copingvaardigheden als bevorderende factoren.

C: Becker et al. (2007); Henry & Lucca (2004)

---

## 4 Overige overwegingen

### 4.1 Overige overwegingen vanuit focusgroepen en casusstudies

De focusgroepeelnemers identificeerden in de eerste plaats beperkingen als gevolg van de psychische aandoening. Mensen hebben met name last van concentratieproblemen en vermoeidheid. Daarnaast hebben zij snel last van spanningen, drukte op de werkvloer en een hoge werkdruk. Mensen vinden het vaak moeilijk hun eigen draagkracht en draaglast in te schatten. Een goede balans tussen beide is belangrijk. Hierbij moeten de verwachtingen van beide kanten (werkgever en werknemer) duidelijk gemaakt worden.

Daarnaast zijn er belemmeringen in de werksituatie. Mensen hebben bij een nieuwe baan vaak moeite met opstarten en hebben behoefte aan extra training of een gewentijd. Op de werkvloer zijn vaak geen maatregelen getroffen wat betreft aangepaste werktijden of het instellen van rustperiodes. Verder is het beschikbare werk vaak niet uitdagend genoeg of beneden hun niveau. Daarnaast is de beeldvorming over psychische problematiek een probleem: mensen ervaren soms weinig begrip bij collega's en leidinggevend en hebben het gevoel dat ze minder serieus worden genomen. Openheid van de cliënt naar de werkgever (*disclosure*) kan een positieve invloed hebben op baanbehoud. Door meer kennis over de stoornis kan meer begrip worden gekweekt. Het gaat hierbij vooral om meer kennis en openheid over de aandoening en/of bijbehorende beperkingen in het algemeen en niet specifiek over een bepaald individu. Ook een rolmodel als een ervaringsdeskundige kan helpen bij het doorbreken van stigma. Verder is voldoende begeleiding op de werkplek cruciaal, evenals een goede afstemming en informatie-uitwisseling tussen werkgever, behandelaar, re-integratieprofessional en, indien van toepassing, iemand vanuit school (decaan, studiebegeleider).

Ten slotte noemden deelnemers aan de focusgroepen belemmerende omgevingsfactoren. Onzekerheid over financiële gevolgen (Hoe lang kan ik mijn uitkering behouden? Wat betekent het voor verzekeringen?) en onbekendheid op het gebied van wet- en regelgeving vormen vaak een belemmering bij het behouden van een baan.

Uit de casusstudies komt naar voren dat werkbehoud belemmerd wordt door factoren bij de werknemer (psychische klachten en beperkingen, bijwerkingen van medicatie en wisselingen in de medicatie), in de werksituatie (onregelmatige diensten, deadlines en stress, ontevredenheid met het werk, onduidelijkheid over werkzaamheden en onzekerheid over de toekomst), door wet- en regelgeving (late goedkeuring van het UWV, financiële achteruitgang) en problemen in de thuissituatie.

Werkbehoud wordt bevorderd door factoren in de werkomgeving (goede werksfeer, structuur in het werk, prettige collega's en leidinggevende), aanpassingen in het werk (maatregelen om de werkdruk te verminderen, extra pauzes, aanpassingen in de werkzaamheden of werktijden, een rustige werkomgeving, geen wisselende diensten, parttime werk) en ondersteuning door re-integratieprofessionals, leidinggevendenden, familieleden en maatjes op de werkvloer.

#### 4.2 Overige overwegingen richtlijnwerkgroep

- In de praktijk zou men vooral moeten inzetten op het benadrukken en versterken van bevorderende factoren. Relevante factoren zijn factoren die beïnvloedbaar zijn, zoals omgevingsfactoren of de angst van mensen dat ze er financieel op achteruitgaan. Hierop kan worden ingegrepen door 'benefit coaching' (ondersteuning bij financiële en uitkeringszaken) en/of goede informatievoorziening.
- Er dient aandacht te zijn voor de algemene gezond-werkfactoren als autonomie, passende taak (ook in omvang!), taakvariatie (wellicht minder relevant) en zeker ook sociale steun, taakzekerheid en beloning.
- Er dient meer aandacht te zijn voor reeds bestaande en toegepaste succesvolle re-integratiepraktijken in het land. Hoewel deze niet systematisch zijn onderzocht, kan inzicht in onderliggende gelijksoortige principes van grote waarde zijn.
- De steeds lagere AO-uitkeringen leiden ertoe dat AO'ers niet in beweging komen omdat ze bang zijn onder een nieuw regime te gaan vallen (wanneer de poging om aan het werk te gaan niet lukt). Een algemene wettelijke toezegging 'werken moet altijd lonen' zou hiervoor op langere termijn een oplossing zijn.
- Bij omgevingsfactoren komt duidelijk naar voren dat het belangrijk is wie wat doet en wie wat financiert. Dit wordt verder beschreven in de hoofdstukken 6 en 7.

- Werkgevers zijn eerder bereid iemand met een fysieke handicap aan te nemen dan iemand met een psychiatrische handicap. Cruciaal bij dat laatste is hun regelruimte om bijvoorbeeld extra begeleiding in te zetten of om taken binnen functies op te knippen. Ook kennis over subsidies blijkt van positieve invloed op het aannamegedrag (De Vos & Andriessen, 2010).
- Een belangrijke variabele betreft het reduceren van de risico's die de werkgever en werknemer lopen wanneer zij een arbeidsovereenkomst tekenen. De werkgever kijkt naar 'wat kost het me als hij erger ziek wordt', de werknemer kijkt naar 'als het nu niet lukt, krijg ik dan minder inkomsten?' De verwachting van werkgevers wordt daarbij vooral bepaald door de angst voor de extra begeleidingstijd die het hen mogelijk gaat kosten (De Vos & Andriessen, 2010). Wanneer de angst voor risico's bij beide partijen kan worden verkleind of weggenomen, levert dit veel meer mogelijkheden voor plaatsing op. Enkele mogelijkheden hiervoor zijn onder andere de no-risk-polis en de proefplaatsing (zie onder meer overheidsloket.overheid.nl, [www.baanstede.nl](http://www.baanstede.nl) en [www.kcco.nl/werk en handicap](http://www.kcco.nl/werk-en-handicap)).
- Een werkgever heeft een positievere mening over gehandicapten naarmate hij langer gehandicapten in dienst heeft. Onderzoek toont aan dat veel werkgevers/leidinggevenden aangenomen Wajongers kennen vanuit een voorafgaande stage. Dat gaf voldoende vertrouwen om hen een dienstverband aan te bieden (De Vos & Andriessen, 2010). Stages zijn dan ook een goede en vrijblijvende entree bij een potentiële werkgever.
- De mening van werkgevers in de publieke (overheids)sector over gehandicapte werknemers is significant positiever dan die van non-profit- en profitorganisaties. Bedrijven met een geformaliseerd diversiteitsbeleid hebben een significant positievere mening over gehandicapten op de gebieden van arbeidsprestatie, werk, persoonlijkheid en administratieve zorgen (De Vos & Andriessen, 2010).

## 5 Aanbevelingen

- De werkgroep adviseert om bij het zoeken en behouden van passend werk rekening te houden met de psychiatrische stoornis, de beperkingen die die meebrengt voor het werk en de eisen van de specifieke werkplek om de plaatsing en de begeleiding op de werkplek te optimaliseren.
- De werkgroep adviseert interventies in te zetten op zowel persoonlijke factoren (zoals cognitieve beperkingen en ernstige depressieve klachten) als op omgevingsfactoren (zoals de werkomgeving en de thuissituatie) en op de interactie daartussen. Hierbij dient men oog te hebben voor wat beïnvloedbaar is en wat niet.
- De werkgroep adviseert in te zetten op het actief bevorderen van arbeidservaring, startkwalificaties, integrale zorg- en arbeidsbegeleiding, benefit-coaching, zelfmanagement en copingvaardigheden.
- De werkgroep adviseert om werkgevers en de cliënt niet alleen te informeren over subsidies, mogelijkheden voor het inzetten van externe begeleiding en stages, maar hen hier ook actief bij te ondersteunen. Tevens dient bij beide partijen (werkgever en werknemer) de angst voor risico's (zoals financiële achteruitgang en extra kosten) te worden verminderd.
- Ook algemene principes voor het bevorderen van duurzame inzetbaarheid in het reguliere arbeidsproces (zoals bevorderen van autonomie, passende taak(omvang); taakvariatie, sociale steun, beloning- en taakzekerheid) dienen te worden toegepast. Deze principes werken ook voor de doelgroep van deze richtlijn.
- De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de effectiviteit van verschillende vormen van stigmabestrijding. Men zou hierbij de effectiviteit van verschillende interventies onderling moeten vergelijken.

### Noot

- 1 De methodologische kwaliteit is hier lastig te bepalen, omdat het een review betreft van diverse soorten studies (surveys, vergelijkende studies, cohortstudies). Gekozen is voor A2-niveau, omdat er in de review minimaal twee studies van B-niveau zijn opgenomen.



## Literatuur

- Becker, D.R., Whitney, R., Bailey, E., & Drake, R.E. (2007). Long-term employment trajectories among participants with severe mental illness in supported employment. *Psychiatric Services*, 58, 922-928.
- Biegel, D.E., Stevenson, L.D., Beimers, D., Ronis, R.J., & Boyle, P. (2010). Predictors of competitive employment among consumers with co-occurring mental and substance use disorders. *Research on Social Work Practice*, 20, 191-201.
- Bond, G.R., & Drake, R.E. (2008). Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 362-369.
- Burke-Miller, J.K., Cook, J.A., Grey, D.D., Razzano, L.A., Blyler, C.R., Leff, H.S. et al. (2006). Demographic characteristics and employment among people with severe mental illness in a multisite study. *Community Mental Health Journal*, 42, 143-159.
- Catty, J., Lissouba, P., White, S., Becker, T., Drake, R.E. et al. (2008). Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 192, 224-231.
- Gold, J.M., Goldberg, R.W., McNary, S.W., Dixon, L.B., & Lehman, A.F. (2002). Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1395-1402.
- Hacker, W. (1998). *Allgemeine Arbeitspsychologie: Psychische regulation von Arbeitstätigkeiten*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hackman, J.R., & Oldham, G.R. (1980). *Work redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Henry, A.D., & Lucca, A.M. (2004). Facilitators and barriers to employment: The perspectives of people with psychiatric disabilities and employment service providers. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 22, 169-182.
- Kahn, R., Wolfe, D., Quinn, R., Snoek, J., & Rosentbal, R. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. New York: Wiley.
- Karasek, R.A. (1998). Demand/Control Model: A social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. In J.M. Stellman (Ed.), *Encyclopaedia of occupational health and safety*. Geneva: ILO.
- Kompier, M. (2007). Werk- en organisatiegerichte interventies. In W. Schaufeli & A. Bakker (Red.), *De psychologie van arbeid en gezondheid* (druk 2). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kuipers, H., & Amelvoort, P. van (1990). *Slagvaardig organiseren*. Deventer/Alphen aan den Rijn: Kluwer.

- Lagerveld, S.E., Bültmann, U., Franche, R.L., Dijk, F.J. van, Vlasveld, M.C., Feltz-Cornelis, C.M. van der et al. (2010). Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20, 275-292.
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 337-349.
- Michon, H.W., Weeghel, J. van, Kroon, H., & Schene, A.H. (2005). Person-related predictors of employment outcomes after participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 408-416.
- Mueser, K.T., Salyers, M.P., & Mueser, P.R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 281-296.
- Salkever, D.S., Slade, E.P., & Karakus, M.C. (2003). Employment retention by persons with schizophrenia employed in non-assisted jobs. *Journal of Rehabilitation*, 69, 19-26.
- Siegrist, J. (2002). Effort-reward imbalance at work and health. In P.L. Perrowe, & D.C. Ganster (Eds.), *Historical and current perspectives on stress and health* (pp. 261-291). Amsterdam: JAI Elsevier.
- Tsang, H.W.H., Leung, A.Y., Chung, R.C.K., Bell, M., & Cheung, W. (2010). Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 495-504.
- Vos, E.L. de, & Andriessen, S. (2010). *Handvatten voor werkgevers die Wajongeren in dienst nemen en houden. Eindrapportage studie eerste jaar*. Hoofddorp: TNO.
- Warr, P.(1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work & Stress*, 8, 84-97.
- Weeghel, J. van, & Zeelen, J. (1990). *Arbeidsrehabilitatie in een vernieuwde geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Lemma.

---

# Hoofdstuk 4

## Zelfmanagement

### 1 Inleiding

Het is duidelijk dat betrokkenen veel zelf moeten doen (en laten) om werk te vinden en om werk te behouden. In de gezondheidszorg heeft het begrip zelfmanagement de laatste jaren een belangrijke plaats ingenomen. Er zijn verschillende definities van dit begrip in de omloop. Zelfmanagement is door Davidson (2005) het meest kernachtig samengevat met ‘to make the most of life.’ Naar Barlow et al. (2005) beschrijven we zelfmanagement als: de vaardigheden en leefstijl die nodig zijn om greep te krijgen op symptomen, behandeling en lichamelijke en psychosociale consequenties die inherent zijn aan het leven met een chronische aandoening, inclusief het omgaan met (ervaren) stigma. Zelfmanagement vergt persoonlijke capaciteiten, maar ook vaardigheden om anderen tijdig in te schakelen. Deze omschrijving past ook definities die gangbaar zijn voor zelfmanagement van mensen met een somatische of andere chronische aandoening.<sup>1</sup>

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar wat betrokkenen op het specifieke levensgebied van arbeid precies zelf kunnen doen en op welke manier professionals en anderen hen hierbij kunnen ondersteunen. Hoe kan de betrokkene de regie (blijven) voeren? Wat heeft betrokkene nodig voor adequaat zelfmanagement? Kunnen anderen daarbij ondersteuning bieden en zo ja, op welke manier?

#### *Uitgangsvraag*

- Wat zijn effectieve zelfmanagementinterventies voor het behouden van een baan?

Hierbij is zowel gekeken naar wat mensen zelf kunnen doen (zelfmanagement- en copingstrategieën) als naar zelfmanagementprogramma's voor deze doelgroep. Het begrip zelfmanagement is daarbij ruim opgevat: het gaat niet alleen om het leren omgaan met symptomen, maar ook om het omgaan met de hieruit voortvloeiende beperkingen (zoals sociale, communicatieve en cognitieve problemen en verlies van zelfvertrouwen) en de hantering van vooroordelen bij collega's en leidinggevend (stigma).

## 2 Wetenschappelijke onderbouwing

### 2.1 Zoekstrategie

De zoekstrategie is uitgevoerd in de databases PsychInfo, Pubmed en Cinahl en heeft zich beperkt tot studies vanaf 1990, uitgevoerd in westerse landen en gepubliceerd in het Engels, Nederlands of Duits. Dit leverde vier bruikbare kwalitatieve studies op (Alverson et al., 1995; Provencher, 2002; Silver, 2004; Becker et al., 2007) en drie RCT's (Mueser et al., 2005; Lysaker et al., 2005; Vauth et al., 2005). Zie bijlage 1 voor evidencetabel en referenties.

### 2.2 Zelfmanagement- en copingstrategieën

De gevonden studies naar zelfmanagement en coping van mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn kwalitatief van aard en richten zich vooral op de vraag wat mensen doen om hun baan te behouden. Becker et al. (2007) onderzochten de arbeidstrajecten van 38 werkende mensen met ernstige psychische aandoeningen op de lange termijn (na acht en twaalf jaar). 71% van hen werkte gedurende meer dan de helft van de follow-upperiode, ongeveer 60% van de banen betrof werk van meer dan tien uur per week. Veel geïnterviewden bleken nog regelmatig last te hebben van hun psychiatrische problemen. Uit de interviews bleek onder andere dat zelfmanagement van symptomen en de ontwikkeling van geschikte copingvaardigheden een belangrijke rol spelen in het vinden en behouden van werk.

Uit de etnografische studie van Alverson et al. (1995) onder dertien mensen met ernstige psychische aandoeningen (inclusief mensen met ernstige verslavingsproblematiek) die deelnamen aan een IPS-programma, blijkt dat de betrokkenen zes strategieën gebruiken om hun gezondheid en hun werk te behouden. Ze proberen positieve verwachtingen te behouden door vooral te kijken naar hun mogelijkheden in plaats van naar hun beperkingen. Verder proberen zij verslaving te vermijden door naar bijeenkomsten van zelfhulpgroepen te gaan en door alcohol- en druggebruik te beperken. Ook maken zij veel gebruik van hun ondersteuningsnetwerk, met name familie en vrienden. Soms zijn mensen niet in staat om een eigen ondersteuningsnetwerk te creëren of te behouden en wordt gebruikgemaakt van een netwerk dat door anderen om hen heen is gevormd. Vaak spelen ouders of een zogenoemde casemanager hierin een belangrijke rol. Andere copingstrategieën zijn strategisch medicatiegebruik en het vermijden van terugval of overprikkeling door actieve periodes af te wisselen met periodes waarin men zich wat meer terugtrekt. In het werk proberen zij een terugval te vermijden door regelmatig pauzes te nemen, prioriteiten te stellen in hun werk en door tussendoor vakantiedagen op

te nemen. Hoewel sommigen bang zijn voor stigmatisering door collega's en niets durven te vertellen over hun achtergrond, hebben degenen die dat wel doen daar ook vaak baat bij.

Dezelfde copingstrategieën komen naar voren in een studie van Silver (2004) onder twaalf ervaringsdeskundigen, waarin externe en persoonlijke strategieën worden onderscheiden. Externe strategieën betreffen vooral de formele en informele ondersteuningsnetwerken waar ervaringsdeskundigen gebruik van maken. Bij persoonlijke strategieën gaat het om attitude (motivatie, positief zelfbeeld), cognitie (probleemoplossing, accepteren van beperkingen, grenzen stellen) en gedrag (opkomen voor jezelf, terugtrekken, pauzes nemen).

Uit de explorerende studie van Provencher (2002) bij veertien werkende en niet-werkende mensen met een ernstige psychische aandoening blijkt dat de zelfmanagement- en copingstrategieën samenhangen met de herstel-fase waarin de persoon zich bevindt. Zij onderscheiden drie herstelfasen: (1) herstel is onzeker, (2) herstel als empowerende ervaring, en (3) herstel als een uitdaging. In de eerste fase hebben mensen veel moeite met het omgaan met psychische beperkingen, emotionele problemen en stress. Zij hanteren passieve en vermijdende coping- en zelfmanagementstrategieën en zijn sterk afhankelijk van externe hulpbronnen, zoals medicatie en professionele hulp. In de tweede fase proberen mensen meer controle te krijgen over hun leven, hetgeen ook tot uiting komt in hun copingstijl. Hun gedrag is gericht op het voorkomen van uitval en het omgaan met stress. Op cognitief niveau gebruiken zij zelfwaardering (positief over zichzelf denken), herwaardering van emotionele problemen (verklaringen bedenken, verminderen van schuld) en zelfontdekking (herkennen van voorkeuren, sterktes en beperkingen). In de derde fase zijn mensen erin geslaagd om diverse maatschappelijke rollen te vervullen en effectief om te gaan met hun (emotionele) problemen. Zij kunnen problemen als een uitdaging zien en hanteren proactieve copingstrategieën, zoals het stellen van realistische doelen en het onderscheiden van beïnvloedbare en niet-beïnvloedbare zaken.

### 2.3 Zelfmanagementprogramma's

Hoewel onderzoek naar zelfmanagementprogramma's nog beperkt in omvang is, zijn er drie RCT's uitgevoerd waarbij de effecten op arbeidsparticipatie of werkbehoud zijn onderzocht. In de RCT van Lysaker et al. (2005;  $n = 50$ ) is een individueel en groepsgewijs cognitief gedragstherapieprogramma (Indianapolis Vocational Intervention Program) vergeleken met standaard ondersteuningsgroepen (support groups). Na vijf maanden hadden de deelnemers aan IVIP gemiddeld meer weken gewerkt ( $20.39 \pm 8.00$  vs.  $13.71 \pm 10.44$ , effect size = 0.71,  $p = 0.02$ ), meer uren

gewerkt ( $347.10 \pm 158.20$  vs.  $243.88 \pm 120.61$ , effect size = 0.73,  $p = 0.06$ ) en hadden IVIP-deelnemers een hogere score op de Work Behavior Inventory ( $118.34 \pm 20.30$  vs.  $107.55 \pm 8.49$ ,  $F = 5.12$ ,  $p = 0.03$ ).

De RCT van Mueser et al. (2005;  $n = 35$ ) vergeleek de toevoeging van de vaardigheidstraining Workplace Fundamentals Program (in Nederland bekend als de Libermanmodule Omgaan met werk) aan Supported Employment met alleen Supported Employment. Onderdelen van de vaardigheidstraining zijn onder andere probleemoplossing, omgaan met psychische en lichamelijke gezondheidsklachten, sociale vaardigheden, motivatie en gebruik maken van ondersteuningsbronnen. Het onderzoek toonde aan dat er na 18 maanden geen significante verschillen zijn tussen beide groepen in het aantal gewerkte uren, het aantal gewerkte dagen en in salaris.

In een studie van Vauth et al. (2005;  $n = 138$ ) worden drie condities vergeleken: toevoeging van computergestuurde cognitieve strategietraining (CAST) aan arbeidsrehabilitatie, toevoeging van een training zelfmanagementvaardigheden voor negatieve symptomen (TSSN) aan arbeidsrehabilitatie en standaardzorg (alleen arbeidsrehabilitatie). CAST richt zich vooral op beperkingen in aandacht, geheugen en planning, TSSN op sociale vermijding, passiviteit en gevoelsvervlakking. De studie toont aan dat bij CAST deelnemers de aandacht en het geheugen verbeteren, maar de planningsvaardigheden niet. Bij TSSN-deelnemers is er geen verbetering in de negatieve symptomen. Na achttien maanden blijken deelnemers aan CAST én AR meer dan twee keer zo succesvol te zijn in het verkrijgen van werk dan deelnemers aan alleen AR (65% vs. 43%,  $ARR = 0.22$ ,  $NNT = 4.54$ ). Er is geen significant verschil tussen deelnemers aan TSSN én AR en deelnemers aan alleen AR.

### 3 Conclusies

---

#### Niveau 3

Er zijn aanwijzingen dat de inzet van zelfmanagementprogramma's (waaronder cognitief gedragstherapieprogramma en cognitieve strategietraining) effectief is voor het verkrijgen en behouden van werk.

B: Lysaker et al. (2005); Vauth et al. (2005)

---

---

<b>Niveau 3</b>	<p>Mensen met ernstige psychische aandoeningen gebruiken zelfmanagementstrategieën op het terrein van attitude (versterken positief zelfbeeld, positieve verwachtingen), cognitie (accepteren van beperkingen, grenzen stellen) en gedrag (pauzes nemen, grenzen stellen, regelmatig leven) om hun arbeidsfunctioneren te verbeteren.</p> <p>C: Alverson et al. (1995); Becker et al. (2007); Silver (2004); Provencher (2002)</p>
-----------------	--

---

<b>Niveau 3</b>	<p>Er zijn aanwijzingen dat inzet van zelfmanagementstrategieën een positief effect heeft op het arbeidsfunctioneren van mensen met ernstige psychische aandoeningen.</p> <p>C: Alverson et al. (1995); Becker et al. (2007); Silver (2004); Provencher (2002)</p>
-----------------	--

---

<b>Niveau 3</b>	<p>Effectiviteit van vaardigheidsprogramma (Workplace Fundamentals Program) bovenop arbeidsrehabilitatie is vooralsnog niet aangetoond.</p> <p>B: Mueser et al. (2005)</p>
-----------------	--

---

## 4 Overige overwegingen

### 4.1 Overige overwegingen vanuit focusgroepen en casusstudies

Ook in de focusgroepen werd het belang van goede zelfmanagementstrategieën duidelijk onderstreept. Er kwam naar voren dat mensen met ernstige psychische aandoeningen zelfmanagement toepassen op verschillende gebieden. Op het werk proberen zij hun energie op een efficiënte manier te verdelen, hun werktijden aan te passen en rustmomenten in te bouwen. Buiten het werk kunnen mensen hun gedrag aanpassen door gezond te leven en medicatie (tijdig) in te nemen. Daarnaast helpt het om zelfdiscipline te hebben en eigen grenzen te leren kennen. Het is belangrijk om deze grenzen bij te houden, omdat ze in de loop van de tijd kunnen verschuiven. Verder kunnen inzicht in en acceptatie van de problematiek zelfmanagement bevorderen. Ook helpt het hen om te bedenken wat hen motiveert, waar ze voldoening uithalen en om een toekomstvisie of -planning te hebben. Dit helpt om werk aan te laten sluiten bij individuele behoeftes en interesses. Ten slotte is het belangrijk om zelf initiatief te nemen, door een goede voorbereiding op gesprekken (met bijvoorbeeld UWV) en door met eigen wensen en ideeën te komen.

Focusgroepeelneemers benadrukken dat zelfmanagementstrategieën eerst geleerd moeten worden voor ze kunnen worden toegepast. Deskundige begeleiding en continuïteit in de begeleiding is hierbij volgens hen nood-

zakelijk: bij wisselingen in de begeleiding is er minder overzicht in voorde-  
ringen in zelfmanagement bij de cliënt. Als het niet klikt met de begeleider  
dient er ruimte te zijn om te wisselen van begeleider. In de begeleiding  
moet er aandacht zijn voor het organiseren van het werk en het privéleven  
en de wisselwerking tussen beide. Verder is het belangrijk dat er regelmatig  
een evaluatie plaatsvindt, waarbij sterke en zwakke punten van de cliënt  
in kaart worden gebracht. Cliënten kunnen er zelf mede op toezien dat ze  
regelmatig geëvalueerd worden.

Uit de casusstudies komt naar voren dat werknemers terugval of decompensatie  
proberen te voorkomen door tijdens het werk voldoende rust-  
momenten in te bouwen of direct na thuiskomst te gaan rusten. Andere  
vormen van zelfmanagement die genoemd worden zijn: signalen van  
terugval of decompensatie leren herkennen, ontspanning zoeken in de  
thuis situatie, een vast dagritme aanhouden, steun zoeken bij anderen, soms  
een dag vrij nemen en een dagboek bijhouden met gedachten en gevoelens  
over de privé- en werksituatie.

#### **4.2 Overige overwegingen richtlijnwerkgroep**

- Er is nog weinig wetenschappelijk goed onderbouwde kennis over zelfmanagement in relatie tot werkbehoud, met name over de effectiviteit van steun bij het ontwikkelen van zelfmanagement en de daarvoor benodigde vaardigheden.
- Op grond van de besproken literatuur lijkt het zinvol om onderscheid te maken tussen externe strategieën en persoonlijke strategieën.  
Bij externe strategieën gaat het onder andere om:
  - inzet van formele ondersteuningsnetwerken (o.a. via IPS);
  - inzet van informele ondersteuningsnetwerken.
    - Persoonlijke strategieën zijn onder andere gericht op drie aspecten:
      - attitude (positieve verwachtingen, motivatie, positief zelfbeeld);
      - cognitie (probleemoplossing, accepteren van beperkingen, grenzen stellen);
      - gedrag (opkomen voor jezelf, terugtrekken, parttime werken, pauzes nemen).
- Kolenberg (2006) onderscheidt de volgende strategieën: acceptatie van beperkingen (accepteer dat je niet alles meer kunt), omgaan met beperkingen die voortvloeien uit de ziekte (positief denken, kleine haalbare stappen zetten), zelfvertrouwen ontwikkelen (praten over onzekerheid, concentreren op wat je wel kunt, jezelf complimenten geven), zelfzorg (goede energiebalans, beweging, ontspanningsoefeningen), grenzen stellen (weerbaarheid ontwikkelen, energievretende activiteiten vermijden), en zelfregie bij het eigen re-integratieproces (eigen re-integratieplan schrijven, gesprekken goed voorbereiden).



- Kortom, bij zelfmanagementtechnieken gaat het niet zozeer om een klachtgerichte aanpak als wel om een aanpak gericht op persoonlijke effectiviteit, een eigen werkidentiteit en het arbeidsfunctioneren.
- Uit de praktijk blijkt ook dat cliënten hun mogelijkheden om te werken vaak onderschatten en huiverig zijn om zelf initiatief te nemen op het gebied van arbeid en re-integratie.
- Cliënten geven zelf vaak aan dat werken op zich al therapeutisch voor hen kan zijn. Werk hebben is vaak een onderdeel van de individuele zelfmanagementstrategie. Door binnen de eigen mogelijkheden te (blijven) werken vermindert de kans op terugval, verbetert de gezondheid en wordt het zelfvertrouwen vergroot (Van Weeghel, 1995). Gepast werk kan in belangrijke mate bijdragen aan de kwaliteit van leven.
- Diverse bredere programma's zijn ontwikkeld ten bate van steun bij zelfmanagement, zoals *Illness Management & Recovery* (Mueser et al., 2006) en het *Wellness Recovery & Action Plan* (Copeland & Mead, 2004). Ons is echter nog geen onderzoek bekend naar het effect hiervan of van andere zelfmanagementmethodieken op het specifieke domein arbeidsparticipatie. Vermoed kan worden dat dergelijke methodieken de basis kunnen vormen van effectief zelfmanagement ten aanzien van arbeidsparticipatie.
- Er is groeiend bewijs dat herstelgroepen voor mensen uit de doelgroep effectief zijn (zie Van Gestel, 2011; Boevink, 2009). De groepsdeelnemers werken aan een eigen identiteit en het leren leven met de psychische aandoening. De effecten bestaan er onder meer uit dat deelnemers onder andere meer gevoel van empowerment, hoop en zelfvertrouwen krijgen. Het ligt voor de hand om te veronderstellen dat in werkzame herstelgroepen ook een goede voedingsbodem wordt gelegd voor het ontwikkelen van en ondersteunen bij zelfmanagement.
- Michon et al. ontwikkelden de ZMP-AR (inschatting Zelfmanagement van Psychische problematiek in de Arbeidsbegeleiding), een assessmentinstrument voor zelfmanagement in relatie tot het arbeidsfunctioneren. De ZMP-AR combineert een vragenlijst met vraaggesprek tussen jobcoach en deelnemer. Onder andere wordt in kaart gebracht de persoonlijke arbeidsdoelen, ervaren beperkingen vanwege psychische problematiek om die doelen te realiseren, en copingstrategieën, waaronder adaptieve strategieën (Michon et al., 2002; Michon, Van Weeghel, Kroon & Schene, 2011). Buiten de ZMP-AR is bij de kerngroep geen assessmentmethode bekend toegespitst op dit thema in de arbeidsre-integratie.

## 5 Aanbevelingen

- De werkgroep beveelt (nadere) ontwikkeling en inzet van zelfmanagementprogramma's (waaronder cognitieve training en herstelgroepen) aan voor het verkrijgen en behouden van werk.
- De werkgroep pleit er voor om in bestaande en nog te ontwikkelen algemene zelfmanagementprogramma's expliciet aandacht te geven aan het verkrijgen en behouden van werk.
- Ondanks gebrek aan wetenschappelijk bewijs beveelt de werkgroep inzet van onderzochte zelfmanagementstrategieën (zoals versterken positief zelfbeeld, accepteren van beperkingen, grenzen stellen, pauzes nemen, anderen inschakelen en gezond leven) aan voor de praktijk. Professionals en ervaringsdeskundigen (die zelf ervaring hebben met zelfmanagement) kunnen cliënten hierbij desgewenst ondersteunen, waarbij zo veel mogelijk wordt aangesloten bij de eigen kracht van cliënten zelf.
- Actieve inzet van herstelgroepen voor het ondersteunen bij het aanleren van zelfmanagementtechnieken wordt door de werkgroep aangemoedigd.
- De werkgroep beveelt het gebruik aan van assessmentinstrument Inschatting Zelfmanagement van Psychische problematiek in de Arbeidsrehabilitatie, om in kaart te brengen welke strategieën betrokkene toepast in het kader van werkbehoud en een eerste idee te krijgen van sterke kanten en leerdoelen op dat gebied.
- De werkgroep adviseert grootschaliger onderzoek te doen naar de effecten van zelfmanagement op het behoud van werk.

## Noot

- 1 Zie bijvoorbeeld het npfc-cbo-programma zelfmanagement op [www.zelfmanagement.com](http://www.zelfmanagement.com).

## Literatuur

- Alverson, M., Becker, D.R., & Drake, R.E. (1995). An ethnographic study on coping strategies used by people with severe mental illness participating in Supported Employment. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18, 115-128.
- Barlow, J.H., Ellard, D.R., Hainsworth, J.M., Jones, F.R., & Fisher, A. (2005). A review of self-management interventions for panic disorders, phobias and obsessive-compulsive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 272-285.

- Becker, D.R., Whitney, R., Bailey, E., & Drake, R.E. (2007). Long-term employment trajectories among participants with severe mental illness in supported employment. *Psychiatric Services*, 58, 922-928.
- Boevink, W. (2009). *Lijsfbehoud, levenskunst en lessen om van te leren*. HEE-gesch(r)ift. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Copeland, M.E., & Mead, S. (2004). *Wellness recovery action plan & peer support – personal, group and program development*. Dummerston, USA: Peach Press.
- Davidson, L. (2005). Recovery, self-management and the expert patient - Changing the culture of mental health from a UK perspective. *Journal of Mental Health*, 14, 25-35.
- Gestel, H. van (2011). *Recovery is up to you. Evaluation of a peer-run course*. Proefschrift. Tilburg: UvT.
- Kolenberg, A. (2006). *Weer aan de slag. Tips en informatie voor reïntegratie*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Lysaker, P.H., Bond, G., Davis, L.W., Bryson, G.J., & Bell, M.D. (2005). Enhanced cognitive-behavioral therapy for vocational rehabilitation in schizophrenia: Effects on hope and work. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 42, 673-682.
- Michon, H.W., Kroon, H., & Weeghel, J. van (2002). *Zelfmanagement van psychiatrische problematiek in de arbeidsreïntegratie : de ontwikkeling van een inschattinginstrument voor de arbeidsrehabilitatiepraktijk*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Mueser, K.T., Meyer, P.S., Penn, D.L., Clancy, R., Clancy, D.M., & Salyers, M.P. (2006). The illness management and recovery program: Rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin*, 32, S32-S43.
- Mueser, K.T., Aalto, S., Becker, D.R., Ogden, J.S., Wolfe, R.S., Schiavo, D., et al. (2005). The effectiveness of skills training for improving outcomes in supported employment. *Psychiatric Services*, 56, 1254-1260.
- Michon, H.W., Weeghel, J. van, Kroon, H., & Schene, A.H. (2011) Illness self-management assessment in psychiatric vocational rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35, 21-27.
- Provencher, H.L. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 132-144.
- Silver, T. (2004). Coping with dual challenges as providers with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 165-171.
- Vauth, R., Corrigan, P.W., Clauss, M., Dietl, M., Dreher-Rudolph, M., Stieglitz, R-D., et al. (2005). Cognitive strategies versus self-management skills as adjunct to vocational rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 55-66.
- Weeghel, J. van (1995). *Herstelwerkzaamheden. Arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten*. Proefschrift. Utrecht: SWP.



---

# Hoofdstuk 5

## Inschatten competenties

### 1 Inleiding

Op diverse momenten in het arbeidsbegeleidingsproces kan het nuttig zijn om een inschatting te maken, oftewel een assessment, van het (potentiële) arbeidsfunctioneren van betrokkene. Een goede inschatting maken van arbeidscompetenties is bij uitstek een opdracht voor jobcoach en betrokken werknemer (in spe), maar ook andere groepen professionals kunnen hieraan bijdragen. Om allerlei redenen zijn dergelijke inschattingen lastig: soms ontbreken instrumenten of zijn beschikbare instrumenten vooral geschikt voor mensen met andere beperkingen, professionals zijn vaak niet goed toegerust, betrokkenen zelf zijn onzeker (geworden) over wat zij kunnen, enzovoort. De inzichten die betrokkenen zelf hebben opgebouwd worden vaak onvoldoende onderkend in de praktijk. Aan de andere kant vinden veel betrokkenen het zelf ook lastig om hun functioneren goed in te schatten (bijvoorbeeld wisselende belastbaarheid; moeite om ‘terugval’ op tijd te zien aankomen). Vaak vragen mensen met aanhoudende psychische beperkingen die werken zich bij bepaalde arbeidsproblemen af in hoeverre deze samenhangen met de psychische klachten of ‘gewone’ moeilijkheden zijn die iedere werknemer tegenkomt. Michon en Van Weeghel (1999) formuleerden handvatten voor assessment in de arbeidsbegeleiding die aan actualisatie en verbetering toe zijn.

#### *Uitgangsvraag*

- Wat zijn best practices (tests, instrumenten, procedures) voor het inschatten van competenties in het vinden en behouden van werk?

### 2 Wetenschappelijke onderbouwing

#### 2.1 Zoekstrategie

Binnen de uitgangsvraag van dit hoofdstuk – Wat zijn best practices (tests, instrumenten, procedures) voor het inschatten van competenties in het vinden en behouden van werk? – is het begrip ‘competenties’ breed opgevat: het gaat niet alleen om het inschatten van specifieke arbeidsvaardigheden, maar ook van cognitieve vaardigheden, motivatie om te werken

(onder andere ‘readiness’) en arbeidstevredenheid. Zie bijlage 1 voor de evidencetabel.

De zoekopdracht is uitgevoerd in de databases Cinahl, PsychInfo en Pubmed en beslaat de periode 1990-2010. De zoekopdracht leverde in totaal 996 treffers op: 771 Pubmed/Psychinfo en 225 Cinahl. Naast de algemene selectiecriteria, beschreven in hoofdstuk 2, is bij de selectie van artikelen het volgende criterium gehanteerd: ‘Is het assessment instrument al opgenomen in de review van Peer en Tenhula?’

Uiteindelijk zijn zes studies (zeven artikelen) geselecteerd en opgenomen in de evidencetabel, waaronder één systematische review (Peer & Tenhula, 2010) van assessmentinstrumenten en één RCT (Bell et al., 2003) waarin de effectiviteit van een instrument als feedbackinstrument is onderzocht. Verder zijn er drie validiteitsstudies (Resnick & Bond, 2001; Roberts & Pratt, 2010) en één cohortstudie (Tan, Hawkins & Thomas, 1999; Tan & Hawkins, 2000; Corbière et al., 2004) geïncludeerd, waarin de validiteit en predictieve waarde van de instrumenten voor werk zoeken en/of werkbehoud is onderzocht.

## 2.2 Review van instrumenten

In de review van Peer en Tenhula (2010) zijn twaalf instrumenten geselecteerd: negen situationele assessments and drie performance-based assessments. Elk instrument is op een aantal criteria beoordeeld op kwaliteit.

- *Situationele assessments.* Bij situationele assessments worden deelnemers in hun natuurlijke werkomgeving geobserveerd door een begeleider of onderzoeker. Er zijn zes instrumenten die meerdere domeinen onderzoeken: de Work Behavior Inventory (WBI), de Thresholds Monthly Work Evaluation Form (TMWEF), de Generic Work Behavior Questionnaire (GWBQ), de Griffiths Work Report (GWR), de Work Behavior Checklist (WBC) en de Occupational Abilities and Performance Scale (OAPS). De overige drie instrumenten onderzoeken één domein: de Work Adjustment Skills Scale (WASS), de Interpersonal Skills Scale (ISS) en de Vocational Cognitive Rating Scale (VCRS).
- *Performance-based assessments.* Bij performance-based assessments worden deelnemers geobserveerd en beoordeeld in een niet-natuurlijke setting, zoals laboratoriummetingen van arbeidsvaardigheden, rollenspellen enzovoort. Het gaat om de volgende instrumenten: Work Capacity Evaluation (WCE), Work Related Social Competence Role Play Task (WRSC-RPT), en Maryland Assessment of Social Competence-Vocational scenes (MASC-VOC).

Uit de studie komt naar voren dat er geen gouden standaard voor assessmentinstrumenten is. De keuze voor een instrument hangt af van de omstandigheden, het doel en de middelen/mogelijkheden. Wel worden in de studie enkele algemene conclusies getrokken.

- Situationele assessments zijn praktischer in gebruik en meer efficiënt dan performance-based measures.
- De Work Behavior Inventory is het meest sensitief voor verandering. De Thresholds Monthly Work Evaluation Form en Generic Work Behavior Questionnaire zijn het meest efficiënt.
- Nadeel van situationele assessments is dat er een observator nodig is die de deelnemer op de werkplek observeert.
- Performance-based assessments vereisen meer (ontwikkel)tijd, training en materialen. Verder is de generaliseerbaarheid naar 'echte' werksituaties twijfelachtig.

### 2.3 Afzonderlijke instrumenten

Hoewel de Work Behavior Inventory ook opgenomen is in de review van Peer en Tenhula (2010), is de studie van Bell et al. (2003) apart opgenomen omdat hierin de effectiviteit van de wbi als feedbackinstrument in de praktijk is onderzocht. De wbi meet de samenwerking, werkgewoonten, persoonlijke presentatie, kwaliteit van het werk en sociale vaardigheden van deelnemers. De experimentele conditie is een gedragsinterventie (G1) bestaande uit: feedback met Work Behavior Inventory (wbi) en het stellen van doelen. Het gaat om tweewekelijkse groepsessies van één uur. De controleconditie is begeleiding as usual (us). Uit de studie komt naar voren dat de gedragsinterventie tot verbetering van de werkprestaties leidt ( $F[5, 52] = 1.93, p < 0.05$ ) en tot verhoging van het aantal gewerkte uren (G1 mean = 346.2 uren, us mean = 254.9 uren; MD 91.3 uren;  $F[1, 61] = 4.80, p < 0.024$ ) en het aantal gewerkte weken (G1 mean = 21.4 weken, us mean = 17.5 weken; MD 3.9 weeks;  $F[1, 61] = 4.51, p < 0.02$ ), in vergelijking met de gebruikelijke ondersteuning.

Resnick en Bond (2001) hebben een studie uitgevoerd waarin de validiteit van de Indiana Job Satisfaction Scale (IJSS) en de relatie tussen arbeids-satisfactie en baanbehoud is onderzocht. Uit de studie blijkt dat de interne consistentie van de totale schaal zeer goed is (Crombach's alpha = .90). De interne consistentie van subschalen varieert van hoog (.83 Collega's) tot laag (.41 Carrière en zekerheid). Verder is er een significant verband gevonden tussen Arbeidstevredenheid (totale schaal) en baanbehoud ( $r = .24, p < .05$ ) en tussen de subschaal Algemene arbeidstevredenheid en baanbehoud ( $r = .36, p < .05$ ). Aangezien de subschaal Algemene arbeidstevredenheid ook valide is, kunnen deze vijf items ook als verkorte lijst worden gebruikt.

Roberts en Pratt (2010) hebben de validiteit van drie readiness-instrumenten onderzocht. Het begrip readiness verwijst naar in hoeverre deelnemers toe zijn aan betaald werk. Drie instrumenten worden onderzocht:

- PRRDP-I (alleen werkdomein): wordt afgenomen door een interviewer en bevat zeven subschalen: Behoefte, Commitment, Welbevinden, Rehabilitatie, Werkrelatie, Zelfbewustzijn en Omgevingsbewustzijn;
- PRRDP-S: idem, maar betreft zelfrapportage door de deelnemer/cliënt;
- VRRS: zes-itemsschaal.

Uit de studie komt naar voren dat de PRRDP-I en -s bruikbare instrumenten zijn voor het voorspellen van werkaquisitieactiviteiten en het verkrijgen van een baan. De PRRDP-I en -s zijn beide gerelateerd aan werkactiviteiten en het verkrijgen van een baan, zowel na drie als zes maanden:

- PRRDP-I: werkactiviteiten (3 mnd  $r = .261$ ,  $p < .01$ ; 6 mnd  $r = .248$ ,  $p < .01$ ), verkrijgen baan (3 mnd  $r = .231$ ,  $p < .01$ ; 6 mnd  $r = .215$ ,  $p < .05$ );
- PRRDP-S: werkactiviteiten (3 mnd  $r = .256$ ,  $p < .01$ ; 6 mnd  $r = .226$ ,  $p < .01$ ), verkrijgen baan (3 mnd  $r = .283$ ,  $p < .01$ ; 6 mnd  $r = .235$ ,  $p < .01$ ).

De VRRS is niet significant gerelateerd aan werkactiviteiten, noch aan het verkrijgen van een baan.

Tan en Hawkins (1999, 2000) hebben een studie uitgevoerd naar the Minnesota Satisfaction Questionnaire. De korte versie van de MSQ bevat twintig items die (na uitvoering van een factoranalyse) ingedeeld kunnen worden in drie factoren: (1) intrinsieke motivatie, (2) extrinsieke motivatie en (3) motivatie om deel te nemen aan arbeidsbegeleiding. Uit de resultaten blijkt dat de Minnesota Satisfaction Questionnaire een bruikbaar instrument is voor het voorspellen van iemands intentie om te blijven werken ( $r = .48$ ,  $p < .01$ ).

Corbière et al. (2004) hebben de validiteit van twee instrumenten onderzocht: de Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale (BECES) en de Career Search Efficacy Scale (CSES). In de BECES komen 43 mogelijke barrières aan bod, per item wordt gevraagd of dit voor iemand een barrière is en – wanneer dit het geval is – of iemand zich in staat voelt om deze barrière te overwinnen. De CSES bevat 35 items met vaardigheden die verdeeld zijn over vier dimensies: Werk zoeken (veertien items), Gespreksvoering (acht items), Netwerken (acht items) en Persoonlijk onderzoek (vijf items). Uit de studie komt naar voren dat de BECES en CSES valide en intern consistent zijn, beide instrumenten zijn significant gerelateerd aan de Self-Esteem Scale. Verder is de BECES tevens gerelateerd aan de duur van de werkloosheid: (F-waarden variëren van 2.88 ( $p < .04$ ,  $df = 3$ ) tot 4.30 ( $p < .01$ ,  $df = 3$ ): mensen met veel copingvaardigheden zijn korter werkloos. De CSES vertoont geen significant verband met de duur van de werkloosheid. Hierbij moet worden aangetekend dat de onderzoeksgroep breder was dan alleen mensen met ernstige psychische aandoeningen.



### 3 Conclusies

---

<b>Niveau 2</b>	De keuze voor een instrument zal in de praktijk bepaald worden door omstandigheden, het doel en de middelen. Er is geen gouden standaard in assessmentinstrumenten. A2 <sup>1</sup> : Peer & Tenhula, 2010
-----------------	---

---

<b>Niveau 2</b>	Assessmentinstrumenten die worden afgenomen op de werkvloer in een reguliere setting (situationale assessment) verdienen de voorkeur boven instrumenten die worden afgenomen in een niet-natuurlijke setting (performance-based assessment). Bij performance-based assessment is de generaliseerbaarheid naar reguliere settings twijfelachtig. A2: Peer & Tenhula, 2010
-----------------	---

---

<b>Niveau 2</b>	De Work Behavior Inventory is het meeste sensitief in het meten van veranderingen in het arbeidsfunctioneren van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Er zijn aanwijzingen dat het gebruik van de Work Behavior Inventory als feedback instrument tot verbetering van de werkprestaties leidt. B: Bell et al., 2003 A2: Peer & Tenhula, 2010
-----------------	--

---

### 4 Overige overwegingen

#### 4.1 Overige overwegingen vanuit focusgroepen en casusstudies

Uit de focusgroepen blijkt dat competenties van mensen met ernstige psychische aandoeningen soms niet goed worden ingeschat, waardoor zij werk hebben dat niet aansluit bij hun mogelijkheden. Bij het inschatten van competenties dient gelet te worden op de interesses en ambities van een individu. Ook kan iemand worden gestimuleerd om zelf initiatieven te nemen.

Arbeidsbegeleiders en collega's kunnen betrokken worden bij het inschatten van competenties, omdat zij vaak een goed beeld hebben van iemands functioneren. Wanneer iemand lang niet gewerkt heeft, kan een proefplaatsing zinvol zijn om te kijken hoe het gaat. Stigma rondom een ernstige psychische aandoening kan een belemmering vormen in het inschattingproces. Consequentie van het stigma kan namelijk zijn dat niet altijd open wordt gesproken over beperkingen en competenties van de werknemer. Deelnemers van de focusgroepen benadrukken dat bij de inschatting de competenties belangrijker moeten zijn dan de diagnose.

Een belangrijke rol bij de inschatting van competenties vervullen in eerste instantie, bij arbeidsongeschiktheidsregelgeving, verzekeringsartsen en in het verdere proces arbeidsbegeleiders (jobcoaches en trajectbegeleiders). Genoemde arbeidsbegeleiders zijn vaak toegankelijker voor cliënten dan bedrijfsartsen en arbeidsdeskundigen. Bedrijfsartsen en arbeidsdeskundigen kunnen een monitorende rol spelen door regelmatig gesprekken te hebben met cliënten, waarbij beperkingen en mogelijkheden periodiek in kaart worden gebracht. Belangrijke aandachtspunten in het inschattingsproces zijn een individuele benadering (maatwerk) en continuïteit in de begeleiding.

Uit de casusstudies komt naar voren dat re-integratieprofessionals de arbeidsvaardigheden of -competenties inschatten door middel van gesprekken met de werknemer. Aandachtspunten zijn het arbeidsverleden, de opleiding, de wensen en interesses van de werknemer, en daarnaast de sociale vaardigheden, het geheugen en probleemanalyse. Ook wordt gekeken hoe iemand in het gesprek overkomt en wordt aan mensen in de omgeving (ouders, naasten) gevraagd naar de kwaliteiten van de werknemer. De inschatting van de belastbaarheid is een proces, omdat de belastbaarheid in de tijd sterk kan variëren. Aandachtspunten hierbij zijn psychische en fysieke klachten, het energieniveau en eventuele bijwerkingen van de medicatie. Daarnaast wordt in gesprekken met de werknemer gekeken naar de huidige belasting, stressfactoren in het werk, beschikbare steun, vroegere werkzaamheden, werktempo en functioneren, en de randvoorwaarden voor het werk. Ook gaat men soms op de werkvloer kijken hoe iemand functioneert en wordt gesproken met de leidinggevende en collega's, of wordt gebruikgemaakt van een beroepskeuzetest of proefplaatsing.

#### **4.2 Overige overwegingen richtlijnwerkgroep**

- Uit de literatuurstudie blijkt duidelijk dat meer onderzoek nodig is naar instrumenten die betrouwbaar, valide en praktisch zijn en tevens gevoelig voor het vaststellen van veranderingen.
- Michon (2006) geeft algemene handvatten voor goede inschatting van arbeidsmogelijkheden van mensen met ernstige psychische aandoeningen.
  - Beperk deze inschatting niet tot een eenmalige test of beoordeling, maar maak er een doorlopende activiteit van die telkens wordt herhaald tijdens het arbeidsbegeleidingproces. Elke werkervaring levert immers weer nieuwe gegevens op over de deelnemer in zijn rol als werknemer.
  - Deze inschatting dient antwoord te geven op de kernvraag in welke arbeidsomgeving de persoon de meeste kans van slagen heeft

- (inschatting dient niet ter uitsluiting, maar ter bepaling van het haalbare en mogelijk benodigde arbeidsbegeleiding).
- Deze inschatting heeft als uiteindelijk doel dat de deelnemer de eigen arbeidsmogelijkheden (beter) leert inschatten.
  - Het inschatten dient richting te geven aan eventuele verdere arbeidsbegeleidingsinterventies en de evaluatie daarvan.
  - Om tot een goede inschatting te komen is doorgaans een combinatie van instrumenten en methodieken vereist: interviews, observaties, vragenlijsten en situationeel onderzoek naar arbeidsmogelijkheden (het invullen van vragenlijsten op grond van observaties).
- Een van de beste instrumenten voor situationele assessment is de Work Behavior Inventory (WBI). Een Nederlandse vertaling van de WBI is echter niet voorhanden. Er zijn diverse Nederlandstalige of in het Nederlands vertaalde situationele assessmentinstrumenten in omloop, die nu niet goed op validiteit en betrouwbaarheid en dergelijke zijn onderzocht, maar mogelijk wel bruikbaar zijn. We noemen als voorbeeld de arbeidsvaardighedenlijst (Michon et al., 2004) en de Melba ([www.melba.nl](http://www.melba.nl)).
  - Instrumenten die gebruikt worden bij bredere groepen werknemers, bijvoorbeeld werknemers met lichamelijke beperkingen, zijn mogelijk ook bruikbaar voor mensen uit de doelgroep van deze richtlijn. Een potentieel assessmentinstrument in dit kader is wellicht het Dariuz-systeem ([www.dariuz.nl](http://www.dariuz.nl); Hazelzet et al., 2005). Dit systeem biedt onder andere een instrument voor ‘diagnose’ (kennismaking met betrokkene die geen werk heeft; bepaling potentieel) en een instrument voor ‘assessment’ (in kaart brengen werknervvaardigheden). Nagegaan kan worden onder andere waar naar toegewerkt kan worden met de betrokkene, hoe hij/zij het best ondersteund kan worden op de werkplek. Doelgroep zijn cliënten die in een leerwerksetting actief zijn. Een tweede voorbeeld van een algemeen assessmentinstrument dat mogelijk ook potentie heeft voor mensen met psychische aandoeningen is de Work Ability Index (WAI; <http://www.workabilityindex.nl/wai/Work-Ability-Index/Wat-is-de-WAI.html>; Van den Berg, 2010). Deze vragenlijst meet in algemene zin ‘het werkvermogen (...): de mate waarin een werknemer gezond kan blijven werken. Zowel lichamelijk en geestelijk. (...) De individuele werknemer maakt op vrijwillige basis een inschatting van zijn of haar werkvermogen.’ Noch Dariuz noch WAI kent een openbare handleiding.
  - Geen van de hier genoemde lijsten meet expliciet (sociaal-)cognitieve vaardigheden. Daarmee bedoelen we vaardigheden op het gebied van concentratie, aandacht, geheugenvaardigheden en informatieverwerking, zoals vaardigheden die nodig zijn om instructies te begrijpen en te onthouden. Elders in de richtlijn kwam al naar voren dat deze vaardigheden wel erg belangrijk kunnen zijn in verband met het behouden

van werk. Er zijn bij ons geen goed gevalideerde Nederlandstalige tests bekend. In de beroepspraktijk van de verzekeringsartsen (UWV) en bij de sociale werkvoorziening zijn goede ervaringen opgedaan met de NPO (Neuro Psychologisch Onderzoek), waaronder verschillende testen schuilgaan. De 'vertaling' van testgegevens naar mogelijkheden dient te geschieden door de (ervaren) professional. Verzekeringsartsen maken bovendien gebruik van diverse testen en vragenlijsten in het kader van het CBBS (Claim Beoordleings- en BorgingsSysteem), zoals de Functionele Mogelijkheden Lijst. Naar bruikbaarheid en effectiviteit van deze testen voor mensen uit de doelgroep van deze richtlijn is nog geen onderzoek gedaan.

- In de tweede conclusie (paragraaf 3, Conclusies) wordt min of meer ontraden om in een testomgeving assessment toe te passen. Echter, veel evaluatieonderzoek suggereert dat werkomgevingen waarin de betrokkene het werk kan oefenen, zoals sociale firma's, een graadmeter kunnen zijn voor iemands arbeidsmogelijkheden. Dan dient zo'n werkomgeving wel zo veel mogelijk te lijken op een echte arbeidsomgeving (vgl. Michon, 2006). In die zin zou een revival van de teloorgegane Arbeidsonderzoekcentra (AOC's), mits gecombineerd met het aanbieden van echte werkzaamheden, een alternatieve testomgeving (in vitro) kunnen zijn indien een échte werkplek (in vivo) niet beschikbaar is. In veel gevallen zijn betrokkenen immers tijdelijk of langdurig aangewezen op alternatieve werkomgevingen.

## 5 Aanbevelingen

- De werkgroep adviseert het gebruik van situationele assessment, dat wil zeggen assessment die het werkgedrag in kaart brengt van de betrokken werknemer in diens actuele werkomgeving.
- De werkgroep beveelt aan om in de assessment niet alleen aandacht te hebben voor de vaktechnische vaardigheden, maar ook voor meer basale vaardigheden die nodig zijn om te werken. Voorbeelden daarvan zijn sociale en cognitieve vaardigheden.
- De werkgroep adviseert het gebruik van de Work Behavior Inventory als situationeel assessmentinstrument (na vertaling in het Nederlands).
- De werkgroep beveelt aan om altijd gebruik te maken van een combinatie van instrumenten en methodieken, bijvoorbeeld zowel test als interview.
- De werkgroep beveelt aan om testen, schriftelijke vragenlijsten en dergelijke altijd te bespreken met betrokkene en de uitkomsten daarvan als onderdeel van de inschatting te zien.

- De werkgroep adviseert om goed onderscheid te maken tussen enerzijds inschatting die moet leiden tot selectie en anderzijds inschatting van functioneren en competenties ter ondersteuning van duurzaam werken. De in deze richtlijn beschreven adviezen betreffen alleen deze tweede vorm van inschatting en dienen als hulpmiddel bij het nadenken over benodigde steun bij behoud van werk.
- De werkgroep beveelt aan om verder onderzoek te doen naar effectief gebruik van assessmentinstrumenten waarbij een kernvraag is welke assessment(processen) en richtlijnen voor assessment effectief bijdragen aan duurzaam werken van mensen uit de doelgroep.

## Noot

- 1 Methodologische kwaliteit is hier lastig te bepalen omdat het een review betreft van validiteitsstudies. Hoewel de review van goede kwaliteit is, is gekozen voor A2 omdat de afzonderlijke validiteitsstudies van B-niveau zijn.

## Literatuur

- Bell, M.D., Lysaker, P., & Bryson, G. (2003). A behavioral intervention to improve work performance in schizophrenia: Work behavior inventory feedback. *Journal of Vocational Rehabilitation, 18*, 43-50.
- Berg, T.I.J. van den (2010). *The role of work ability and health on sustaining employability*. Doctoral Thesis. Rotterdam: Erasmus MC.
- Corbière, M., Mercier, C., Lesage, A. (2004). Perceptions of barriers to employment, coping efficacy, and career search efficacy in people with mental illness. *Journal of Career Assessment, 12*, 460-478.
- Hazelzet, A.M., Penninga, M., & Bennenbroek, F.T.C. (2005). Gesubsidieerde arbeid: van blackbox naar whitebox. En wat daarvoor nodig is. *Werk & Inkomen, 1*, 12-15.
- Michon, H.W. (2006) *Personal characteristics in vocational rehabilitation for people with severe mental illnesses*. Utrecht: Trimbos-instituut/Altrecht.
- Michon, H.W., Kroon, H., Weeghel J. van, & Schene, A.H. (2004). The Generic Work Behavior Questionnaire (GWBQ): Assessment of core dimensions of generic work behavior of people with severe mental illnesses in vocational rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 28*, 40-47.
- Michon, H., & Weeghel, J. van (1999). *Schatten van mogelijkheden: richtlijnen voor de inschatting van arbeidsmogelijkheden van (ex-) psychiatrische cliënten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Peer, J.E., & Tenhula, W. (2010). Assessment of vocational functioning in serious mental illness: A review of situational assessment and performance based measures. *Journal of Vocational Rehabilitation, 32*, 175-189.
- Resnick, S.G., & Bond, G.R. (2001). The Indiana Job Satisfaction Scale: job satisfaction in vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25*, 12-19.
- Roberts, M.M., & Pratt, C.W. (2010). A construct validity study of employment readiness in persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 13*, 40-53.
- Tan, P.P., Hawkins, W.E., & Thomas, L. (1999). Job satisfaction and intent to continue working among individuals with serious mental illness. *Psychological Reports, 85*, 801-807.
- Tan, P.P., & Hawkins, W.E. (2000). The factor structure of the Minnesota satisfaction questionnaire and participants of vocational rehabilitation. *Psychological Reports, 87*, 34-36.

---

# Hoofdstuk 6

## Werkzame elementen interventies

### 1 Inleiding

De laatste jaren is het accent binnen arbeidsprogramma's verschoven van training en beschutte werkplekken (train-then-place) naar begeleiding naar en binnen betaald werk (place-then-train). Hiervoor bestaat een goed uitgewerkte en onderzochte interventie: Individual Placement and Support (IPS), de variant van Supported Employment (SE) voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. IPS heeft de volgende kenmerken: iedere cliënt die regulier werk wil, mag meedoen, er wordt snel gezocht naar betaald werk, de wensen van de cliënt staan centraal, er wordt langdurige ondersteuning geboden aan de persoon en de werkomgeving, en de arbeidsbegeleider is lid van een ambulante behandelteam. In de nieuwe *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie* (Van Alphen e.a., 2012) wordt IPS als een evidence-based richtlijn beschouwd. Dat er een effectief model beschikbaar is, is dus inmiddels bekend. In dit hoofdstuk zal nader worden ingegaan op de werkzame elementen van arbeidsbegeleiding.

#### *Uitgangsvraag*

- Welke elementen van arbeidsbegeleiding kan men het beste inzetten om te komen tot baanbehoud?

Deze uitgangsvraag is uitgewerkt in drie deelvragen, namelijk: wat is de relatie tussen IPS modelgetrouwheid en baanbehoud, wat is de relatie tussen onderdelen van IPS/SE en baanbehoud, en wat is de relatie tussen proceskenmerken en baanbehoud? Sommige studies hebben ook andere uitkomsten dan baanbehoud onderzocht, zoals het verkrijgen van een baan of inkomsten uit een baan. Deze resultaten worden hier eveneens gepresenteerd.

### 2 Wetenschappelijke onderbouwing

#### 2.1 Zoekstrategie

Uit eerdere zoekstrategieën, met name die voor de uitgangsvragen over beïnvloedende factoren en samenwerking tussen actoren, bleken veel bruikbare studies te zijn gekomen voor de beantwoording van deze uitgangsvraag. Daarom is ervoor gekozen de resultaten van deze twee

zoekopdrachten (uitgevoerd in de databases PsychInfo, Pubmed en Cinahl en beperkt tot studies vanaf 1990, uitgevoerd in westerse landen en gepubliceerd in het Engels, Nederlands of Duits) nogmaals door te lopen voor de selectie van relevante studies over werkzame elementen. In totaal ging het om 1385 treffers (783 uit de ene zoekopdracht en 602 uit de andere). Dit leverde vier RCT's (Catty et al., 2008; Kukla & Bond, 2009; Cook et al., 2005; Mueser et al., 2001), twee quasi-experimentele studies (Rinaldi & Perkins, 2007; Tremblay et al., 2006), één cross-sectionele studie (Becker et al., 2006) en één cohortonderzoek (Jones et al., 2001) op. Zie bijlage 1 voor de evidencetabel.

## 2.2 Modelgetrouwheid IPS

Twee studies (Catty et al., 2008; Becker et al., 2006) hebben het verband onderzocht tussen de modelgetrouwheid aan de IPS-werkwijze en arbeidsparticipatie. Uit de studie van Catty et al. (2008) blijkt dat een werkwijze volgens het IPS-model de kans op het behoud van betaald werk vergroot (regr.coëff = 0.65,  $p = 0.010$ ). Uit de studie van Becker et al. (2006) komt naar voren dat modelgetrouw werken de kans op betaald werk voor cliënten vergroot (corr. = 0.51,  $p = 0.05$ ).

## 2.3 Elementen IPS/SE

Vier studies (Cook et al., 2005; Rinaldi & Perkins, 2007; Tremblay et al., 2006; Mueser et al., 2001) hebben specifieke elementen van IPS of SE onderzocht. Uit de studie van Cook et al. (2005) kwam naar voren dat geïntegreerd werken, dat wil zeggen nauwe samenwerking tussen arbeidsbegeleiders en ggz-hulpverleners, de kans op betaald werk bij cliënten vergroot (58% vs. 21%, OR = 2.37,  $p < 0.001$ ). Ook hebben cliënten die begeleid worden middels een geïntegreerde aanpak meer kans om veertig uur of meer per maand te werken (53% vs. 31%, OR = 1.43,  $p < 0.001$ ). Uit de studie van Rinaldi en Perkins (2007) blijkt dat bij de geïntegreerde aanpak gedurende een jaar 37% ( $n = 124$ ) van de cliënten betaald werk kon verkrijgen of behouden, terwijl dit bij de niet-geïntegreerde werkwijze 17% ( $n = 45$ ) was.

Tremblay et al. (2006) hebben het verband onderzocht tussen extra ondersteuning bij het regelen van financiën (uitkeringen, verzekeringen en dergelijke) en de inkomsten van cliënten. De groep die extra ondersteuning kreeg, verdiende 1256 dollar per persoon per jaar meer dan de groep zonder extra ondersteuning. Ten slotte hebben Mueser et al. (2001) het verband tussen een succesvolle matching (van arbeidswens en baan) en werkbehoud onderzocht. Cliënten in IPS-programma's die werk vinden dat aansluit bij hun wensen, behouden significant langer hun baan dan IPS-clianten bij wie het werk niet aansluit bij hun wensen (gem = 28.94 vs. 15.12 weken, SD = 35.0 vs. 20.6,  $n = 31, 17$ ). Bij cliënten in de standaardzorg



is de relatie tussen een succesvolle matching en baanbehoud niet significant (gem = 31.92 vs. 28,46 weken,  $SD = 33.17$  vs.  $36.94$ ,  $n = 25,13$ ).

## 2.4 Proceskenmerken

Twee studies (Jones et al., 2001; Kukla & Bond, 2009) hebben proceskenmerken van arbeidsbegeleiding onderzocht. Jones et al. (2001) hebben onderzocht wat de invloed van elementen van de begeleiding is op de kans op betaald werk. Hieruit komt naar voren dat de hoeveelheid tijd die arbeidsbegeleiders besteden aan reizen/vervoer (samen met cliënt of naar werkplek cliënt) het meest samenhangt met de kans op betaald werk door cliënten ( $B = .649$ ). Ook de hoeveelheid tijd die begeleiders besteden aan niet-werkgerelateerde ondersteuning en training hangt samen met de kans op betaald werk (respectievelijk  $B = .204$  en  $B = .394$ ). Uit de studie van Kukla & Bond (2009) blijkt dat de veronderstelling dat een goede samenwerkingsrelatie tussen cliënt en arbeidsbegeleider tot betere arbeidsuitkomsten bij de cliënt leidt, niet wordt bevestigd. Er is geen relatie gevonden met het aantal dagen betaald werk ( $B = -.12$ ,  $t = -1.16$ ,  $p = .25$ ) noch met de gemiddelde duur van de baan ( $B = -.23$ ,  $t = -1.74$ ,  $p = .09$ ).

## 3 Conclusies

<b>Niveau 2</b>	Het is aannemelijk dat een modelgetrouwe uitvoering van IPS gunstiger arbeidsuitkomsten heeft dan een niet-modelgetrouwe werkwijze. A2: Catty et al., 2008; B: Becker et al., 2006
<b>Niveau 2</b>	Het is aannemelijk dat een geïntegreerde aanpak (waarin arbeidsbegeleiders en ggz-hulpverleners nauw samenwerken) de kans op betaald werk vergroot. A2: Cook et al., 2005; B: Rinaldi & Perkins, 2007
<b>Niveau 2</b>	Het is aannemelijk dat een succesvolle matching (van arbeidswens en baan) leidt tot werkbehoud. A2: Mueser et al., 2001
<b>Niveau 2</b>	Het is niet aangetoond dat een goede samenwerkingsrelatie tussen cliënt en arbeidsbegeleider tot betere arbeidsuitkomsten bij de cliënt leidt. A2: Kukla & Bond, 2009

---

<b>Niveau 3</b>	Er zijn aanwijzingen dat extra ondersteuning bij het regelen van financiën (uitkeringen, verzekeringen en dergelijke) tot een hoger inkomen van cliënten leidt. B: Tremblay et al., 2006
-----------------	---

---

<b>Niveau 3</b>	Er zijn aanwijzingen dat de hoeveelheid tijd die arbeidsbegeleiders besteden aan reizen/vervoer, aan niet-werkgerelateerde ondersteuning en aan training samenhangt met de kans op betaald werk. B: Jones et al., 2001
-----------------	---

---

## 4 Overige overwegingen

### 4.1 Overige overwegingen vanuit focusgroepen en casusstudies

Volgens de focusgroepeelnemers is een goede arbeidsbegeleider een belangrijk element van een succesvolle interventie. Dit houdt in dat deze begrip heeft voor de problematiek en dat cliënten vertrouwen en ruimte ervaren. Binnen de interventie moeten de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt in kaart worden gebracht, zodat het werk daarop kan worden afgestemd en zo nodig maatregelen op de werkvloer kunnen worden getroffen. Te denken valt aan het creëren van een rustige werkplek, een terugtrekplek, het bieden van training of gewentijd en het afstemmen van de werkdruk. Verder dient bekeken te worden hoe iemand om kan gaan met spanningen op de werkvloer en het klimaat binnen een bepaald bedrijf. Binnen een succesvolle interventie wordt eveneens gewerkt aan empowerment, autonomie, zelfontplooiing en zelfmanagement van het individu. Wat betreft de omgeving dient de interventie zich onder andere te richten op de financiële aspecten van werk vanuit het gezichtspunt van werkgever en werknemer en op manieren om begrip bij de omgeving te creëren voor de situatie van een cliënt, bijvoorbeeld door het geven van uitleg hierover. Daarnaast dienen de wensen en verwachtingen van de werkgever inzichtelijk te worden gemaakt bij de cliënt en omgekeerd, zodat afspraken hierop kunnen worden afgestemd. Ook zou men meer (financiële) ruimte willen voor innovatieve therapieën (zoals neurofeedback), die kunnen helpen om het arbeidsfunctioneren van cliënten te verbeteren. Ten slotte zouden werkgevers meer verleid moeten worden om banen te creëren voor deze doelgroep.

Uit de casussen blijkt dat een vertrouwensband tussen werknemer en re-integratieprofessional (jobcoach, bedrijfsarts) essentieel is in de begeleiding. Bij dreigende uitval is het belangrijk dat de professional snel reageert en de begeleiding intensiveert om uitval te voorkomen. Ook tijdens de ziekte van de werknemer is intensief contact tussen werknemer, leiding-

gevende en professional noodzakelijk. Bij werkherhervatting zijn de volgende elementen van belang: een geleidelijke opbouw van uren, (tijdelijke) werk-aanpassingen (bijvoorbeeld starten met eenvoudige werkzaamheden of in een rustige werkomgeving), en een nauwe afstemming tussen arbeidsbegeleiding en ggz-hulpverlening (bijvoorbeeld over bijwerkingen medicatie).

#### **4.2 Overige overwegingen richtlijnwerkgroep**

Hoewel de besproken studies wel relevante kennis over werkzame factoren van arbeidsintegratieprogramma's opleveren, is er, vanwege het ontbreken van systematische reviews op dit terrein, nog onvoldoende zicht op de relatieve invloed van verschillende programma-elementen op het behouden van betaald werk.

Bovendien zijn alle gevonden studies in het buitenland (Verenigde Staten, Verenigd Koninkrijk) verricht. Vanwege verschillen in arbeidsmarkt, arbeidscultuur, zorgstelsel en relevante wetgeving zijn de uitkomsten van deze studies niet zonder meer op de Nederlandse situatie van toepassing. Het blijkt in Nederland niet eenvoudig te zijn om IPS met een hoge modelgetrouwheid in praktijk te brengen. Daarbij is gerichte en deskundige ondersteuning nodig in de vorm van training van medewerkers, implementatieondersteuning aan teamleiders en managers en doorlopende monitoring met behulp van de modelgetrouwheidsschaal.

Naast de keuze voor het inzetten van verschillende programma's en technieken blijken ook competenties van de therapeut, zoals empathisch vermogen en het vermogen om een cognitief kader te bieden, van belang voor de effectiviteit van de begeleiding.

## **5 Aanbevelingen**

- De werkgroep beveelt aan dat werknemers met ernstige psychische aandoeningen een beroep moeten kunnen doen op op maat gesneden jobcoaching, opdat zij duurzaam inzetbaar blijven in het arbeidsproces. De jobcoaching moet zich zowel op de betreffende werknemer richten als op zijn sociale en fysieke werkomgeving. Ook het perspectief van de werkgever en inzicht in de bedrijfsvoering zijn hierbij van belang.
- De werkgroep beveelt aan om IPS zo modelgetrouw mogelijk (dus conform de uitgangspunten van IPS) aan te bieden aan mensen met ernstige psychische aandoeningen die een reguliere betaalde baan wensen (te behouden).
- De werkgroep beveelt aan om modelgetrouwe toepassing van IPS te bevorderen door middel van doorlopende monitoring van modelgetrouwheid, IPS-training en andere implementatieondersteuning.

- Teneinde IPS in Nederland met succes te kunnen implementeren, is het onder meer noodzakelijk dat er een bij de IPS-praktijk passende financiering beschikbaar komt.
- In Nederland dient gericht onderzoek plaats te vinden naar de werkzame ingrediënten van IPS en andere arbeidsintegratie programma's.
- De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de invloed van verschillende competenties van de therapeut, zoals empathisch vermogen en het vermogen om een cognitief kader te bieden, op de effectiviteit van de begeleiding.

## Literatuur

- Alphen, C. van, Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggeman, R. et al. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Becker, D.R., Xie, H., McHugo, G.J., Halliday, J., & Martinez, R.A. (2006). What predicts supported employment program outcomes? *Community Mental Health Journal*, 42, 303-313.
- Catty, J., Lissouba, P., White, S., Becker, T., Drake, R.E. et al. (2008). Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 192, 224-231.
- Cook, J.A., Lehman, A.F., Drake, R.E., McFarlane, W.R., Gold, P.B., Leff, H.S. et al. (2005). Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1948-1956.
- Jones, C.J., Perkins, D.V., & Born, D.L. (2001). Predicting work outcomes and service use in supported employment services for persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 53-59.
- Kukla, M., & Bond, G.R. (2009). The working alliance and employment outcomes for people with severe mental illness enrolled in vocational programs. *Rehabilitation Psychology*, 54, 157-163.
- Mueser, K.T., Becker, D.R., & Wolfe, R. (2001). Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health*, 10, 411-417.
- Rinaldi, M., & Perkins, R. (2007). Comparing employment outcomes for two vocational services: Individual placement and support and non-integrated pre-vocational services in the UK. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27, 21-27.

Tremblay, T., Smith, J., Xie, H., & Drake, R.E. (2006). Effect of benefits counseling services on employment outcomes for people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 57, 816-821.



---

# Hoofdstuk 7

## Samenwerking tussen actoren

### 1 Inleiding

Er is nog veel afstand tussen ggz-hulpverleners en re-integratieprofessionals. Daardoor is samenwerking en afstemming tussen betrokken actoren nog zeker niet optimaal. Te denken valt aan ggz-hulpverleners (psychiaters, psychologen, spv), bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, uitkerings- en re-integratie instanties als het UWV (arbeidsdeskundigen), trajectbegeleiders, jobcoaches, gemeentes, sociale werkplaatsvoorzieningen en andere werkgevers, enzovoort. Het gaat dan ook om de vraag wat diverse professionals op welk moment kunnen doen om behoud van werk te bevorderen. Dit wordt gecompliceerd als cliënten zelf niet willen dat professionals volledig samenwerken. Binnen de ggz maken onderwijs en werk nog geen daadwerkelijk integraal deel uit van de zorg. Financiering in de aanpak en scholing van professionals zijn struikelblokken. Dit gebrek aan overleg en samenwerking leidt vaak tot verwarring in de aanpak met betrekking tot werk. Een cultuuromslag lijkt op gang te komen via goede praktijken en recente updates van kwaliteitsrichtlijnen. Ook is er een focus van organisaties als UWV, LPGGZ, ministeries van SZW en VWS om een geïntegreerde aanpak te ontwikkelen en te promoten (Kolenberg, 2009).

Bij individuele plaatsing en steun (IPS) worden arbeidsbegeleiding en andere ggz-hulp integraal aangeboden (zie ook hoofdstuk 6, paragraaf 1). Zo maakt een arbeidsbegeleider deel uit van een ambulante ggz-team dat multidisciplinair is samengesteld. Dit samenwerkingsmoment van IPS komt specifiek in dit hoofdstuk aan bod.

In dit hoofdstuk behandelen we de bestaande kennis over samenwerking tussen actoren en best practices (modellen/verbanden) om te komen tot behoud van werk. De paragraaf met overige overwegingen (paragraaf 4) is in dit hoofdstuk uitgebreider dan in andere hoofdstukken. Omdat het hoofdstuk zich specifiek richt op samenwerking in Nederland zijn de aanbevelingen minder onderbouwd vanuit internationale literatuur en meer met overwegingen vanuit (a) de focusgroepen en casusstudies, (b) Nederlandstalige grijze literatuur over samenwerking in Nederland en (c) de werkgroep.

### *Uitgangsvraag*

- Wat zijn best practices (modellen/verbanden) om te komen tot behoud van werk?

## **2 Wetenschappelijke onderbouwing**

### **2.1 Zoekstrategie**

De search is gedaan op de uitkomst baanbehoud, met als doelgroep mensen met ernstige psychische aandoeningen (voor afbakening doelgroep: zie hoofdstuk 1). Hierbij was vooral aandacht voor die actoren die een beslissende rol kunnen spelen bij baanbehoud, zoals de bedrijfsarts en arbeidsbegeleider. Er is gezocht op een aantal termen voor samenwerking (collaborative, multidisciplinary, integrated, cooperation, enzovoort). Daarnaast zijn de termen voor samenwerking gecombineerd met een search op relevante professionals (occupational medicine, enzovoort), bestaande rehabilitatiemodellen (IPS, ACT, enzovoort) en algemene rehabilitatietermen (vocational rehabilitation, work disability prevention).

De zoekopdracht is uitgevoerd in de databases PsychInfo, Pubmed en Cinahl en heeft zich beperkt tot studies vanaf 1990, uitgevoerd in westerse landen en gepubliceerd in het Engels, Nederlands of Duits. Dit leverde vier kwalitatieve studies op (Becker et al., 2007; Boeltzig et al., 2008; Drake et al., 2003; Lal & Mercier, 2009), één implementatiestudie (Van Giesen et al., 2007; Van Erp et al., 2007) en twee kwantitatieve studies: één multisite RCT (Cook et al., 2005) en één pre-post designstudie (Rinaldi & Perkins, 2007).

### **2.2 Geïntegreerde aanpak**

Uit de studie van Cook et al. (2005) komt naar voren dat geïntegreerd werken, dat wil zeggen nauwe samenwerking tussen arbeidsbegeleiders en ggz-hulpverleners, de kans op betaald werk bij cliënten vergroot (58% vs. 21%, OR = 2.37,  $p < 0.001$ ). Ook hebben cliënten die begeleid worden middels een geïntegreerde aanpak meer kans om 40 uur of meer per maand te werken (53% vs. 31%, OR = 1.43,  $p < 0.001$ ). Uit de studie van Rinaldi en Perkins (2007) blijkt dat bij de geïntegreerde aanpak gedurende een jaar 37% ( $n = 124$ ) van de cliënten betaald werk kon verkrijgen of behouden, terwijl dit bij de niet-geïntegreerde werkwijze 17% ( $n = 45$ ) was (zie ook hoofdstuk 6).

### **2.3 Implementatie samenwerking**

In Individual Placement and Support (IPS) is de geïntegreerde aanpak het beste ontwikkeld, omdat arbeidsbegeleiders hier onderdeel vormen van de hulpverleningsteams. Dit impliceert dat er voortdurende afstemming plaatsvindt tussen arbeidsbegeleiders en ggz-hulpverleners. IPS is evidence-



based en vooral in de vs is er veel onderzoek gedaan naar de implementatie van IPS.

Uit de studie van Drake et al. (2003) blijkt dat de geïntegreerde aanpak een aantal voordelen biedt ten opzichte van een niet-geïntegreerde aanpak. Geïntegreerde programma's bleken succesvoller te zijn om cliënten bij arbeidsbegeleiding te betrekken en te behouden. Ook was er sprake van een betere communicatie tussen diverse professionals, zoals arbeidsbegeleiders en ggz-hulpverleners. Een niet-geïntegreerde aanpak leidde daarentegen vaak tot miscommunicatie en conflicterende adviezen aan de cliënt of werknemer. Verder leidde een geïntegreerde aanpak tot veranderingen in de houding en het gedrag van hulpverleners: zelfs de aanvankelijke sceptici zagen in dat betaald werk niet bedreigend voor cliënten is, maar juist tot verbeteringen in het functioneren en tot meer zelfvertrouwen kan leiden. Ten slotte leidde een geïntegreerde aanpak tot meer inzicht bij arbeidsbegeleiders (in beperkingen, effecten van medicatie) en bij ggz-hulpverleners (in mogelijkheden, arbeidsvaardigheden en functioneren). Uit de studie van Becker et al. (2007) komt naar voren dat de volgende strategieën succesvol zijn bij het implementeren van IPS: afstemming tussen deelnemende organisaties over beleid, financiën en personele inzet, het promoten van IPS door media-aandacht en trainingen, het inhuren van financiële deskundigen (met kennis over uitkeringen, subsidies, enzovoort), resultaatgerichte supervisie, en het regelmatig uitvoeren van *fidelity*-metingen om de werkwijze te evalueren.

Enkele jaren geleden is ook in Nederland onderzoek uitgevoerd naar de implementatie van IPS. De belangrijkste obstakels bij implementatie waren: uitval van medewerkers, gebrek aan financiering, tijdgebrek bij projectleiders en gebrekkige samenwerking met betrokken organisaties. De belangrijkste bevorderende factoren waren: de inzet en vaardigheden van projectleiders en arbeidsbegeleiders, het draagvlak binnen IPS-teams en de integratie van arbeidsbegeleiders in de hulpverleningsteams. Conclusie is dat IPS in Nederland kans van slagen heeft, mits voldaan wordt aan de volgende voorwaarden: heldere samenwerkings- en financieringsafspraken, voldoende uren projectleiding, trainingsprogramma voor arbeidsbegeleiders en hulpverleningsteams en de aanwezigheid van de arbeidsbegeleider bij teamoverleg (Giesen et al., 2007; Van Erp et al., 2007).

In de vs is ook onderzoek gedaan naar andere samenwerkingsverbanden tussen arbeidsorganisaties en ggz-instellingen in de arbeidsbegeleiding voor mensen met (ernstige) psychische aandoeningen. Boeltzig et al. (2008) onderzochten de samenwerking tussen de zogenoemde One-Stop Career Centers (kortweg One-Stops) met ggz-instellingen. One-Stops bieden een uitgebreid pakket aan arbeidsbegeleiding, waaronder training, loopbaanbegeleiding, verwijzingen, toeleiding naar werk en acquisitie van banen. Uit het onderzoek kwamen de volgende strategieën voor samenwerking tussen

One-Stops en ggz-instellingen naar voren: het aanstellen van intermediairs tussen de organisaties of het vormen van samenwerkingsteams (met medewerkers van beide organisaties), hulpverleners trainen op het terrein van arbeidszaken, en betrokkenheid van cliënten en ervaringsdeskundigen bij het beleid en de uitvoering van arbeidsbegeleiding.

In de studie van Lal en Mercier (2009) is de samenwerking tussen arbeidsbegeleiders, hulpverleners en welzijnswerkers (opbouwwerkers) binnen een sociale onderneming onderzocht. Visieverschillen, verschillen in prioriteiten en onduidelijke afspraken over de rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende participanten belemmerden de samenwerking. Om deze knelpunten op te lossen werden een adviescommissie en een stuurgroep opgericht. In de stuurgroep zaten managers en stafleden van de verschillende organisaties, die met elkaar duidelijke afspraken maakten over rollen en verantwoordelijkheden. Ook werden (informele) communicatielijnen opgezet tussen leidinggevend en begeleiders om problemen in de uitvoering tijdig met elkaar te bespreken.

### 3 Conclusies

---

**Niveau 2** Het is aannemelijk dat een geïntegreerde aanpak (waarbij arbeidsbegeleiders en ggz-hulpverleners samenwerken in één team) effectiever is voor het verkrijgen en behouden van werk dan een niet-geïntegreerde aanpak.  
A2: Cook et al., 2005; B: Rinaldi & Perkins, 2007

---

**Niveau 3** Er zijn aanwijzingen dat de volgende implementatiestrategieën succesvol zijn voor de implementatie van een geïntegreerde werkwijze:

- teams waarin arbeidsbegeleiders en ggz-hulpverleners samenwerken;
- training van arbeidsbegeleiders en ggz-hulpverleners;
- stuurgroep met vertegenwoordigers van diverse organisaties;
- resultaatgerichte supervisie en monitoring;
- goede afstemming en afspraken over rollen en verantwoordelijkheden;
- cliënten/ervaringsdeskundigen betrekken bij beleid en uitvoering.

C: Becker et al., 2007; Boeltzig et al., 2008; Drake et al., 2003; Lal & Mercier, 2009

---

---

<b>Niveau 3</b>	<p>Er zijn aanwijzingen dat de implementatie van een geïntegreerde aanpak zoals IPS ook in Nederland kans van slagen heeft, mits voldaan wordt aan de volgende voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– heldere samenwerkings- en financieringsafspraken;</li> <li>– voldoende uren projectleiding;</li> <li>– scholingsprogramma voor arbeidsbegeleiders en hulpverleningsteams;</li> <li>– arbeidsbegeleider aanwezig bij overleg hulpverleningsteam.</li> </ul> <p>C: Van Giesen et al., 2007; Van Erp et al., 2007</p>
-----------------	---

---

## 4 Overige overwegingen

### 4.1 Overige overwegingen vanuit focusgroepen en casusstudies

Uit de focusgroepen blijkt dat er vaak gebrek is aan deskundige begeleiding bij werkhervatting en -behoud, dat de begeleiding te veel op afstand is en dat er communicatieproblemen zijn tussen de verschillende professionals. Omdat de opvattingen over werkhervatting verschillen, krijgen zij regelmatig tegenstrijdige adviezen van verschillende partijen. Dit scheidt verwarring en ondermijnt het vertrouwen in de begeleiding. Een zorgvuldigere afstemming tussen de bedrijfsarts, verzekeringsarts en de ggz-hulpverleners is noodzakelijk. Hulpverleners verstrekken vaak weinig informatie over cliënten, informatie laat vaak lang op zich wachten en is in jargon geschreven. Voor een verbetering in de afstemming is het belangrijk dat bedrijfsartsen gerichte en specifieke vragen stellen aan hulpverleners en dat hulpverleners zorgen voor snelle en duidelijke antwoorden. Daarnaast laat de samenwerking op het gebied van financiën (uitkering) soms te wensen over.

Volgens de focusgroepdeelnemers dient meer aandacht uit te gaan naar cliënten voor wie de re-integratie naar werk het moeilijkst is. Verder pleiten de deelnemers voor een betere bereikbaarheid van instanties, met name de ggz. Het zou helpen wanneer zij ook in de avonduren en in weekenden bereikbaar zijn voor dringende vragen en acute problemen.

Ook de samenwerking tussen professionals en familieleden (of naastbetrokkenen) kan verbeterd worden. Familieleden ervaren problemen rondom de bejegening door professionals en zijn van mening dat er te weinig aandacht is voor hun rol in het re-integratieproces. Ook vinden zij dat er weinig kennis is van individuele cliënten en dat er binnen de behandeling te weinig aandacht is voor werkgerelateerde aspecten.

Uit de casussen komt naar voren dat de re-integratieprofessional (jobcoach, bedrijfsarts) contacten onderhoudt met andere professionals (ggz-hulpverleners, verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen), met leidinggevenden en collega's op de werkvloer, en soms met familieleden en

naasten. Dit is van belang om te zorgen voor een eenduidige aanpak naar de werknemer, voor de continuïteit in de begeleiding en om te overleggen over de begeleiding en behandeling. Korte lijnen en regelmatig face-to-face-contact vergemakkelijken de samenwerking van re-integratieprofessionals met ggz-hulpverleners en met verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. Verder is van belang dat er regelmatig contact is met de leidinggevende en eventueel de collega's van de werknemer, met name wanneer een werknemer (tijdelijk) minder goed functioneert.

#### 4.2 Overige overwegingen richtlijnwerkgroep

- Programma's die zich richten op een geïntegreerde aanpak als Begeleid Leren en IPS zijn in Nederland nog maar relatief kort beschikbaar. De literatuur over de implementatie van samenwerkingsmodellen als Supported Employment (SE) en IPS is relevant, maar andere modellen als Bemoeizorg en (F)act zijn ook belangrijk voor de Nederlandse situatie, bijvoorbeeld voor de rol van arbeidsdeskundige. Ook zijn er diverse goedlopende praktijken in de ggz en het onderwijs. Het betreft instellingen waar succesvolle integratie van behandeling en aansluiting op onderwijs en werk bij jongeren met een eerste psychose plaatsvindt.
- De beschikbare literatuur richt zich vooral op implementatie van de samenwerkingsmodellen, maar in Nederland zijn er ook meer structurele knelpunten door ingewikkelde wet- en regelgeving en het ontbreken van institutionele samenwerking tussen actoren als ggz en UWV. Ingewikkelde regelingen (onder andere sociale zekerheid, WMO, AWBZ) bemoeilijken de geïntegreerde zorg in Nederland. De zorg en ondersteuning die geboden kan worden door de gemeente en het UWV bereiken de cliënten met een EPA niet altijd. Ook onbekendheid met bestaande regelgeving speelt een rol. De meeste trajectbegeleiders in de ggz zijn bijvoorbeeld niet op de hoogte van de re-integratie-instrumenten die het UWV en de gemeente kunnen bieden. Ook zijn zij vaak niet op de hoogte van bepaalde termijnen die het UWV hanteert met betrekking tot de WIA (respectievelijk Ziektewet en Wajong).
- In verschillende regio's is samenwerking op gang gekomen tussen het UWV en de ggz. Ondanks een groeiend aantal goede samenwerkingsinitiatieven is de samenwerking tussen deze twee sectoren nog niet optimaal. Het komt nog regelmatig voor dat ggz-hulpverleners het contact met het UWV afhouden. Daarbij speelt een rol dat men bang is dat de privacy van de cliënt wordt geschonden. Veel ggz-hulpverleners staan ook huiverig ten opzichte van werkhervatting, waarbij zij de verwachte nadelen (terugval) sterker meewegen dan de eventuele voordelen. Verzekeringsartsen zoeken op hun beurt niet snel toenadering tot de behandelende sector en als zij dat wel doen verloopt de informatieuitwisseling vaak traag. Bij UWV en de reguliere re-integratiebedrijven is

over het algemeen nog onvoldoende kennis over mensen met EPA en de coaching die zij nodig hebben aanwezig.

- Wanneer werknemers met een EPA door ontregeling van hun ziektebeeld in de ziekwet of bij de arbodienst belanden is er bij de bedrijfsarts en/of het UWV te weinig kennis over hoe men op een verantwoorde wijze de betreffende werknemer weer kan re-integreren. In veel gevallen kan het volstaan om de meer algemene richtlijn 'Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische problemen' te volgen (NVAB, 2007) of de verzekeringsgeneeskundige protocollen 'Depressieve stoornis', 'Schizofrenie en verwante psychosen' en 'Borderlinepersoonlijkheidsstoornis' (zie website NVVG).
- Een structurele samenwerking tussen gemeenten (en/of UWV) en werkgevers (reguliere en sociale ondernemingen) op het gebied van werkgelegenheid is van wezenlijk belang om arbeidsgehandicapten of bijstandsgerechtigden aan duurzaam werk te helpen (Smit et al., 2004; Andriessen, 2006; Smit et al., 2007). De werkgever weet dan beter waar hij aan toe is en de gemeente/UWV kan beter rekening houden met de behoeften van de werkgever op het gebied van selectie, scholing, begeleiding en loonkostensubsidie.
- De rol van een jobcoach is cruciaal om werkgevers over de drempel te helpen bij het in dienst nemen en houden van werknemers met EPA (Van Erp & Van Weeghel, 2000). De jobcoach weet de weg in de ingewikkelde regelgeving en ondersteunt zowel de werknemer zelf als zijn werkgever, zijn leidinggevende en vaak ook de naaste collega's op de werkplek. De werkgever wil graag op de hoogte zijn van de eventuele risico's en van het ziektebeeld en hoe te handelen bij problemen. Hij wil goed geïnformeerd worden. Hij heeft vaak ondersteuning nodig bij het invullen van het vele papierwerk om de betreffende subsidies ook te kunnen krijgen. Werkgevers verlangen verder van jobcoaches dat zij voldoende inzicht hebben in bedrijfsvoering, zowel commercieel als met betrekking tot het werk dat de werknemer met een arbeidsbeperking doet, en dat er coördinatie is tussen de verschillende kernpersonen die betrokken zijn bij de begeleiding: leidinggevende, collega's, familie, jobcoach en woonbegeleider.
- De samenwerking tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen en ggz-professionals wordt belemmerd door wederzijds gebrek aan vertrouwen, gebrek aan informatie over elkaars taken en verantwoordelijkheden en door onjuiste beeldvorming. Nauta et al. (2009) pleiten er daarom voor dat bij alle cliënten met een ernstige psychische aandoening contact plaatsvindt tussen de bedrijfs- en verzekeringsarts en de behandelaar, schriftelijk of telefonisch. Meestal zal het initiatief van de bedrijfs- of verzekeringsarts komen en deze legt het verzoek voor aan de cliënt die expliciet toestemming moet geven. De arts vraagt de behandelaar naar

de klachten en medische beperkingen, maar niet naar de arbeidsgeschiktheid. De bedrijfs- of verzekeringsarts vertaalt de antwoorden van de behandelaar in concrete arbeids(on)mogelijkheden. Zo nodig wordt hierbij een arbeidsdeskundige ingeschakeld of een psycholoog Arbeid en Gezondheid.

- Randvoorwaarden voor een goede samenwerking zijn goede onderlinge bereikbaarheid en kennis over elkaars werk. Wanneer beroepsbeoefenaren elkaar vaker zien en spreken en goede ervaringen opdoen in de samenwerking, kan het onderlinge vertrouwen groeien. Ook gemeenschappelijke nascholing kan bijdragen aan de verbetering van de samenwerking (Nauta et al., 2009).
- Continuïteit is een belangrijke factor in het gehele traject van begeleiding rond arbeid. In de praktijk is vaak moeilijk te bepalen wie de regie heeft in het traject. Door integraal samen te werken ontstaat er op deze aspecten voor verschillende partijen een win-win-situatie.
- Kolenberg (2009) onderscheidt de volgende succesfactoren voor een geïntegreerde aanpak:
  - ondersteuning van directie/management (draagvlak en missie);
  - multidisciplinaire teams die belang van (behoud van) onderwijs/werk onderschrijven;
  - voldoende kennis arbeidsbegeleiding;
  - arbeidsbegeleiding is onderdeel missie van een organisatie;
  - laagdrempelige contacten met UWV;
  - jobcoaches zonder ggz-achtergrond;
  - het bestuur is medeverantwoordelijk voor haalbare doelen die worden onderschreven en uitgedragen door de Raad van Bestuur.

## 5 Aanbevelingen

- De werkgroep beveelt aan dat verschillende instanties integraal gaan samenwerken en netwerken opzetten rond de cliënten met een EPA-diagnose (UWV, gemeenten, re-integratiebureaus, arbodiensten en ggz-instellingen). Het zou wenselijk zijn dat de regie in deze samenwerking bij de ggz komt te liggen. De ggz dient daarbij voortdurend af te stemmen met de andere partijen. Wanneer de ggz niet of nauwelijks betrokken is bij het begeleidingstraject kan de regie bij een van de andere partijen liggen. De keus hierin dient afgestemd te zijn op de wens van de cliënt.
- De werkgroep beveelt aan dat de inhoudelijke regie van het traject bij de cliënt ligt en dat de cliënt hierin zeggenschap krijgt. Inventariseer en bespreek met de werknemer welke knelpunten er zijn met betrekking tot werkbehoud en hoe die eventueel in samenwerking met andere

beroepsgroepen opgelost kunnen worden. Alle afspraken rond de inhoudelijke regie en de regie rondom de samenwerking dienen uiteraard binnen de op dat moment geldende wettelijke kaders te worden gemaakt.

- De werkgroep beveelt integrale financiering aan voor arbeidsre-integratie en IPS. Hier dient vanuit verschillende partijen in geïnvesteerd te worden.
- De werkgroep beveelt de verschillende beroepsgroepen aan beter op de hoogte te raken van elkaars werkwijze en verantwoordelijkheden. ggz-hulpverleners moeten meer kennis krijgen over het belang van werk voor hun cliënten en de wet- en regelgeving op dit gebied. Bedrijfsartsen, arbeidsdeskundigen, verzekeringsartsen en werkgevers moeten meer kennis krijgen over ernstige psychische aandoeningen. Hiertoe zou gezamenlijke scholing kunnen worden ingezet.
- De werkgroep beveelt aan dat samenwerking op gang wordt gebracht tussen de ggz en (door gemeente en UWV) erkende jobcoachorganisaties, met jobcoaches welke staan ingeschreven in het register van de beroepsvereniging. Deze organisaties hebben meer ervaring en kennis van de bewegingen op de arbeidsmarkt. Daarnaast is het van belang dat deze erkende jobcoachorganisaties hun jobcoaches in IPS laten scholen (een kenmerk van IPS is dat intensiever wordt samengewerkt tussen ggz en arbeidsbegeleiders dan in gebruikelijke begeleiding).

## Literatuur

- Andriessen, S. (2006). *Jonggehandicapten via stadsdeel aan het werk; Amsterdam Zuidoost actief voor werkgelegenheid (jong)gehandicapten*. Sociaal Bestek.
- Becker, D.R., Baker, S.R., Carlson, L., Flint, L., Howell, R., Lindsay, S. et al. (2007). Critical strategies for implementing supported employment. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27, 13-20.
- Boeltzig, H., Timmons, J.C., & Marrone, J. (2008). Maximizing potential: Innovative collaborative strategies between one-stops and mental health systems of care. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 31, 181-193.
- Cook, J.A., Lehman, A.F., Drake, R.E., McFarlane, W.R., Gold, P.B., Leff, H.S. et al. (2005). Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1948-1956.
- Drake, R.E., Becker, D.R., Bond, G.R., & Mueser, K.T. (2003). A process analysis of integrated and non-integrated approaches to supported employment. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18, 51-58.

- Erp, N.H.J. van, & Weeghel, J. van (2000). *Jobcoaching. Nieuwe arbeidsmogelijkheden voor mensen met psychische beperkingen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Erp, N.H.J. van, Giesen, F.B.M., Weeghel J. van, Kroon, H., Michon, H.W.C., Becker, D., et al. (2007). A multiside study of implementing supported employment in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58, 1421-1426.
- Giesen, F, Erp N.H.J. van, Weeghel, J. van, Michon, H., & Kroon, H. (2007). De implementatie van Individual Placement and Support in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 49, 611-621.
- Kolenberg, A. (2009). *Werk in behandeling. Onderzoek naar aandacht voor arbeidsparticipatiemogelijkheden van jongeren met een psychiatrische stoornis*. LPGGZ, Crossover.
- Lal, S., & Mercier, C. (2009). Intersectoral action to employ individuals with mental illness: lessons learned from a local development initiative. *Work*, 33, 427-437.
- Nauta, N., Wege, L. van de, Faas, J., & Weel, A. (2009). De bedrijfs- of verzekeringsarts als samenwerkingspartner. Een pleidooi voor verbetering van de samenwerking in het belang van cliënten met een psychiatrische aandoening. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 2, 34-41.
- Rinaldi, M., & Perkins, R. (2007). Comparing employment outcomes for two vocational services: Individual placement and support and non-integrated pre-vocational services in the UK. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27, 21-27.
- Smit, A.A., Andriessen, S., & Sanders, J. (2004). *Meer werk door samenwerking. Aanbevelingen en praktijkvoorbeelden voor gemeenten die (meer) willen samenwerken met werkgevers bij het arbeidsmarktbeleid*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Smit, A.A., Penninga, M., Fermin, B., & Andriessen, S. (2007). *Sociale economie en de lokale overheid; Samenwerken met sociale ondernemers als strategie bij werkgelegenheidsbeleid*. Hoofddorp: TNO Arbeid.

### **Geraadpleegd**

- Gulden, J.W.J. van der, & Nauta, N. (2008). *Naar een betere zorg voor zieke werknemers. Afstemmen van behandeling en werkhervatting*. Serie Trends in Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nauta, A.P. (2004). *Een vrouwenskwestie? Over het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen*. Proefschrift. Heerlen: Open Universiteit Nederland.



---

# Bijlagen

# Bijlage 1 Evidencetabellen

## Hoofdstuk 3 Beïnvloedende factoren voor werkbehoud

<i>Referentie</i>	<i>Mate van bewijs</i>	<i>Studie-type</i>	<i>Omvang studie</i>	<i>Cliënten-kenmerken</i>	<i>Predictoren/ Onafhankelijke variabelen</i>	<i>Uitkomst-maten</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Becker et al. (2007)	C	Kwalitatief	n = 38	Personen met een ernstige psychische aandoening die deelnemen aan een IPS-programma	Belemmerende en bevorderende factoren (algemeen)	Werkbehoud
Long-term employment trajectories among participants with severe mental illness in Supported Employment		onderzoek				
Henry & Lucca (2004)	C	Kwalitatief	n = 44	Personen met een ernstige psychische aandoening	Persoonsgebonden en omgevingsfactoren	Verkrijgen en behouden van werk
Facilitators and barriers to employment: The perspectives of people with psychiatric disabilities and employment service providers		onderzoek				
Michon et al. (2005)	A1	Syste-matische review	8 studies	Personen met een ernstige psychische aandoening die deelnemen aan een arbeidsrehabilitatie (AR)-programma	Demografische factoren Stoornisgerelateerde factoren Sociaal functioneren Arbeidsfunctioneren	Verkrijgen en behouden van betaald werk
Person-related predictors of employment outcomes after participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes: A systematic review						
Marwaha & Johnson (2004)	A2	Syste-matische review	Onbekend	Personen met schizofrenie	Werkbarrières Demografische factoren Sociaal en arbeidsfunctioneren Psychotische symptomen Cognitieve symptomen	Betaald werk
Schizophrenia and employment: A review						

<i>Kenmerken studie</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Overige opmerkingen</i>
<i>(8)</i>	<i>(10)</i>	<i>(11)</i>
Interviews (follow-up 8 en 12 jaar)	Belangrijkste barrière voor werkbehoud is de psychiatrische aandoening (symptomen, bijwerkingen medicatie). Bevorderende factoren zijn: deeltijdwerk, langdurige begeleiding, zelfmanagement van symptomen en copingvaardigheden	Studie is van voldoende kwaliteit. Pluspunt is dat het lange termijn trajecten in kaart brengt
Focusgroepen	Belangrijkste bevorderende factoren zijn een vertrouwensrelatie met de begeleider en persoonsgerichte werkbegeleiding. Belemmeringen voor werkbehoud zijn het zorgsysteem en stigma	Studie is van voldoende kwaliteit
Alleen longitudinale studies  Databases: – Medline – PsychInfo – Pubmed – Cinahl	Positieve arbeidsresultaten hangen samen met goed functioneren in AR-programma en <i>self-efficacy</i> , gevolgd door sociaal functioneren. Over de invloed van psychiatrische symptomen zijn de resultaten niet eenduidig	Studie is van voldoende kwaliteit. Selectieprocedure is beschreven en er heeft een kwaliteitstoets plaatsgevonden
Databases: – Medline – EMBASE – Cinahl – PsychInfo	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Barrières voor het verkrijgen van werk zijn stigma, discriminatie, angst voor verlies uitkering, gebrek aan professionele steun.</li> <li>– Er is sterk bewijs dat gunstig arbeids- en sociaal functioneren voor aanvang ziekte samenhangt met positieve arbeidsresultaten</li> <li>– Er is enig bewijs dat negatieve symptomen de kans op betaald werk verminderen</li> <li>– Resultaten zijn niet eenduidig over het verband tussen demografische factoren en betaald werk</li> </ul>	Review is van redelijke kwaliteit. Selectieprocedure is beschreven, geen informatie over kwaliteitstoetsing

<i>Referentie</i>	<i>Mate van bewijs</i>	<i>Studie-type</i>	<i>Omvang studie</i>	<i>Cliënten-kenmerken</i>	<i>Predictoren/ Onafhankelijke variabelen</i>	<i>Uitkomst-maten</i>
<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>	<i>(5)</i>	<i>(6)</i>	<i>(7)</i>
Tsang et al. (2010)	A1	Systematische review	62 studies	Personen met schizofrenie	Demografische kenmerken Stoornisgerelateerde kenmerken Cognitief functioneren Sociaal en arbeids-functioneren Interventie Sociale kenmerken Inkomen Gezinsachtergrond Overige kenmerken	Wel/geen betaald werk Aantal uren gewerkt
Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998		Meta-analyse & frequency counts (f.c.)				
Lagerveld et al. (2010)	A1	Syste-matische review	30 studies	Depressieve werknemers	Persoonsgebonden factoren Arbeidsgerelateerde factoren Stoornisgerelateerde factoren	Arbeids-participatie Arbeids-functioneren
Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review						
Bond et al. (2008)	C	Narra-tieve review	Onbekend	Cliënten met schizofrenie	Cliëntkenmerken, Omgevingsfactoren Interventiekenmerken	Betaald werk
Predictors of competi-tive employment among patients with schizo-phrenia						

<i>Kenmerken studie</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Overige opmerkingen</i>
<i>(8)</i>	<i>(10)</i>	<i>(11)</i>
Empirische en kwantitatieve studies die multivariate analyse gebruiken	Significante voorspellers voor betaald werk: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cognitief functioneren (OR = 0.59)</li> <li>– Opleiding (OR = 0.94)</li> <li>– Negatieve symptomen (OR = 0.91)</li> <li>– Sociale steun &amp; vaardigheden (f.c.)</li> <li>– Leeftijd (jong) (OR = 1.03)</li> </ul>	Review is van voldoende kwaliteit. Selectieprocedure is beschreven en er heeft een kwaliteitstoets plaatsgevonden
Databases: <ul style="list-style-type: none"> <li>– EBSCOhost</li> <li>– InterScience</li> <li>– Journals@Ovid</li> <li>– MEDLINE</li> <li>– MD Consult</li> <li>– PsychInfo</li> <li>– ScienceDirect</li> <li>– Science Citation Index</li> </ul>	– Arbeidsverleden (OR = 1.06) – Rehabilitatie-interventies (f.c.)  Niet significante voorspellers: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Positieve symptomen (OR = 1.01)</li> <li>– Verslaving (f.c.)</li> <li>– Geslacht (man) (OR = 1.13)</li> <li>– Opnamegeschiedenis (OR = 1.05)</li> </ul>	
Longitudinale en cross-sectionele studies	– Er is sterk bewijs dat een langere ziekte duur samenhangt met meer arbeidsongeschiktheid – Er is redelijk bewijs dat ernstige depressie, comorbiditeit, een hogere leeftijd, en eerder ziekteverzuim samenhangen met arbeidsongeschiktheid	Review is van voldoende kwaliteit. Selectieprocedure is beschreven en er heeft een kwaliteitstoets plaatsgevonden
Databases: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pubmed</li> <li>– PsychInfo</li> <li>– Scopus</li> </ul>	– Er is redelijk bewijs dat ernstige symptomen samenhangen met meer arbeidsbeperkingen, en dat weinig klinische vooruitgang samenhangt met verminderde arbeidsproductiviteit – Er is onvoldoende bewijs voor een verband tussen arbeidsgerelateerde factoren en arbeidsparticipatie/arbeidsfunctioneren	
Database <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pubmed</li> </ul>	– Er is bewijs dat gunstige arbeidsresultaten samenhangen met het type interventie (supported employment), het verband met cliëntkenmerken is minder overtuigend. Omgevingsfactoren (maatschappelijke, culturele factoren, wetgeving) zijn nog weinig onderzocht	Review is van redelijke kwaliteit. Selectieprocedure en kwaliteitstoets zijn niet beschreven. Het is geen systematische review.

<i>Referentie</i>	<i>Mate van bewijs</i>	<i>Studie-type</i>	<i>Omvang studie</i>	<i>Cliënten-kenmerken</i>	<i>Predictoren/ Onafhankelijke variabelen</i>	<i>Uitkomst-maten</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Catty et al. (2008)	A2	RCT	n = 312	Personen met een psychotische stoornis die deelnemen aan IPS/AR	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Demografische kenmerken (leeftijd, geslacht, woonsituatie, immigratiestatus, opleiding)</li> <li>– Klinische kenmerken (diagnose, opnames, symptomen remissie)</li> <li>– Sociaal functioneren, kwaliteit van leven, zorgbehoeften, zelfwaardering</li> <li>– Interventiekenmerken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verkrijgen van betaald werk</li> <li>Behouden van betaald werk</li> </ul>
Predictors of employment for people with severe mental illness: results of a international six-centre randomized controlled trial.		Multi-side study  Europa (zes landen)	Werkbehoud: n = 122			
Burke-Miller et al. (2006)	A2	RCT	n = 1273	Personen met een ernstige psychische aandoening die deelnemen aan supported employment	Demografische kenmerken (arbeidsverleden, leeftijd, geslacht, etniciteit, opleiding)	Verkrijgen van betaald werk
Demographic characteristics and employment among people with severe mental illness in a multisite study		Multi-side study  VS (zeven staten)				

<i>Kenmerken studie</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Overige opmerkingen</i>	
<i>(8)</i>	<i>(10)</i>	<i>(11)</i>	
Follow-up 6, 12 en 18 maanden  Multivariate logistische regressieanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Beschrijving van resultaten:</li> <li>– Een recent arbeidsverleden verdubbelt de kans op betaald werk. Ook vermindering van (sociale) behoeften, een stabiele periode en type interventie (IPS) vergroten de kans op betaald werk</li> <li>– Type interventie vergroot het behoud van werk</li> </ul>	Resultaten in getallen: Verkrijgen van werk: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Arbeidsverleden: OR = 2.42, p = 0.001</li> <li>– Sociale behoeften: OR = 0.99, p = 0.038</li> <li>– Remissie: OR = 1.83, p = 0.058</li> <li>– Interventie: OR = 2.57, p = 0.018</li> </ul> Behouden van werk: Type interventie Regr.coëff = 0.65 (0.0254), p = 0.010	Studie is van voldoende kwaliteit. Redelijke sample en in zes Europese landen uitgevoerd
Follow-up 24 maanden (4 follow-up-metingen)  Multivariate logistische regressieanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Een recent arbeidsverleden verdriedubbelt de kans op betaald werk</li> <li>– Oudere mensen en laag opgeleiden (alleen basisonderwijs) hebben minder kans op betaald werk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Arbeidsverleden: OR = 3.03, p&lt;.001</li> <li>– Leeftijd: OR = .83, p&lt;.001</li> <li>– Opleiding: OR = .83, p&lt;.001</li> </ul>	Studie is van voldoende kwaliteit. Grote sample en een voldoende lange follow-upperiode

<i>Referentie</i>	<i>Mate van bewijs</i>	<i>Studie-type</i>	<i>Omvang studie</i>	<i>Cliënten-kenmerken</i>	<i>Predictoren/ Onafhankelijke variabelen</i>	<i>Uitkomst-maten</i>
<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>	<i>(5)</i>	<i>(6)</i>	<i>(7)</i>
Biegel et al. (2010)	A2	Cohort-studie	n = 191	Mensen met psychiatrische en verslavingsproblemen	Etniciteit, ggz-diagnose, verslaving, symptomen, tevredenheid met financiën, wel/geen SE, arbeidsverleden, self-efficacy, werk, aantal minuten SE-begeleiding	Betaald werk
Predictors of competitive employment among consumers with co-occurring mental and substance use disorders		Multi-side study  (4 ggz-instellingen)				
Salkever et al. (2003)	A2	Observationele studie	n = 159	Personen met schizofrenie of schizoaffectieve stoornis, in behandeling, werkzaam in een betaalde baan zonder begeleiding	– Demografische kenmerken (leeftijd, geslacht, etniciteit, opleiding) – Klinische kenmerken (symptomen, opnames, medicatie) – Sociaal functioneren	Baanbehoud
Employment retention by persons with schizophrenia employed in non-assisted jobs		Multi-side study  VS (zes regio's)				



<i>Kenmerken studie</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Overige opmerkingen</i>	
<i>(8)</i>	<i>(10)</i>	<i>(11)</i>	
Follow-up 12 maanden  Multiple logistische regressie-analyse	Mensen met een schizoaffectieve stoornis, met meer psychiatrische symptomen en zonder verwijzing naar SE, hebben minder kans op betaald werk  Geen arbeidsverleden en weinig zelf-efficacy zijn negatief verbonden met betaald werk via verwijzing naar SE (confounder)	– Etniciteit: OR = 0.449 – Diagnose: OR = 0.321, $p < .05$ – Symptomen: OR = 0.959, $p < .05$ – Verslaving: OR = 1.312 – Tevredenheid financiën: OR = 0.830 – Arbeidsverleden: OR = 2.079 – Self-efficacy werk: OR = 0.453 – Verwijzing naar SE: OR = 4.452, $p < .05$ – Aantal minuten SE-begeleiding: OR = 1.002	Artikel is van voldoende kwaliteit: voldoende grote sample, multivariate regressie en longitudinale opzet
Follow-up 6 maanden  Multiple logistische regressie-analyse	– Er is sterk bewijs dat hoger opgeleiden een grotere kans hebben om werk te behouden  – Er is redelijk bewijs dat cliënten met atypische anti-psychotische medicatie langer hun baan behouden dan cliënten met eerste-generatie-medicatie  – Er is redelijk bewijs dat ziekenhuisopname en hogere leeftijd samenhangen met baanverlies	– Opleiding: OR = 0.796, $p = 0.007$ – Medicatie: OR = 0.466, $p = 0.087$ – Ziekenhuisopname: OR = 3.184, $p = 0.103$ – Leeftijd: OR = 1.304, $p = 0.055$	Studie is van voldoende kwaliteit. Kleine sample en daardoor een beperkt aantal predictoren

<i>Referentie</i>	<i>Mate van bewijs</i>	<i>Studie-type</i>	<i>Omvang studie</i>	<i>Cliënten-kenmerken</i>	<i>Predictoren/ Onafhankelijke variabelen</i>	<i>Uitkomst-maten</i>
<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>	<i>(5)</i>	<i>(6)</i>	<i>(7)</i>
Gold et al. (2002)  Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness	A2	RCT	n = 150	Personen met een ernstige psychische aandoening die deelnemen aan IPS/AR	Cognitieve factoren (taalvaardigheid, IQ, concentratie, geheugen, probleemoplossend vermogen)	Verkrijgen van werk (wel/geen werk) Behouden van werk (aantal uren gewerkt)
Mueser et al. (2001)  A prospective analysis of work in schizophrenia	A2	RCT	n = 313	Cliënten met schizofrenie die deelnemen aan gezinstherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sociodemografische kenmerken</li> <li>- Functioneren voor ziekte</li> <li>- Arbeidsverleden</li> <li>- Symptomen</li> <li>- Sociaal functioneren</li> <li>- Werkmotivatie</li> </ul>	Wel/geen betaald werk

Kenmerken studie	Resultaten	Overige opmerkingen	
(8)	(10)	(11)	
Follow-up 12 en 24 maanden Pearson's correlatieanalyse	Verkrijgen van werk: – Er zijn geen verschillen in cognitief functioneren tussen mensen die wel (n = 40) en die geen baan (n = 110) vinden  Behouden van werk: – Bij degenen die werk behouden (n = 40) hangt beter cognitief functioneren samen met meer uren gewerkt	Na 12 maanden: – 21 r coefficients >30 (medium/large effect size) – 5 r coefficients <30 (no/small effect size)  Na 24 maanden: – 16 r coefficients >30 (medium/large effect size) – 10 r coefficients <30 (no/small effect size)	Studie is van voldoende kwaliteit. Redelijke sample en een voldoende lange follow-upperiode
Follow-up 12 en 24 maanden Multiple logistische regressie-analyse	Gunstige arbeidsuitkomsten hangen samen met een gunstig arbeidsverleden, goed sociaal en cognitief functioneren, en een hogere opleiding van de ouder	Na 12 maanden: – Arbeidsverleden, OR = 2.65, p<0.05 – Sociaal functioneren, OR = 0.28, p<0.01 – Opleiding ouder, OR = 1.43, p<0.05  Na 24 maanden: – Arbeidsverleden, OR = 7.16, p<0.001 – Cognitief functioneren, OR = 0.35, p<0.05 – Opleiding ouder, OR = 1.33, p<0.05	Studie is van voldoende kwaliteit. Wel een hoge dropout, drop-outs verschillen in symptomen van steekproef

## Literatuur

- Becker, D.R., Whitney, R., Bailey, E., & Drake, R.E. (2007). Long-term employment trajectories among participants with severe mental illness in supported employment. *Psychiatric Services*, 58, 922-928.
- Biegel, D.E., Stevenson, L.D., Beimers, D., Ronis, R.J., & Boyle, P. (2010). Predictors of competitive employment among consumers with co-occurring mental and substance use disorders. *Research on Social Work Practice*, 20, 191-201.

- Bond, G.R., & Drake, R.E. (2008). Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 362-369.
- Burke-Miller, J.K., Cook, J.A., Grey, D.D., Razzano, L.A., Blyler, C.R., Leff, H.S. et al. (2006). Demographic characteristics and employment among people with severe mental illness in a multisite study. *Community Mental Health Journal*, 42, 143-159.
- Catty, J, Lissouba, P., White, S., Becker, T., Drake, R.E. et al. (2008). Predictors of employment for people with severe mental illness: results of a international six-centre randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 192, 224-231.
- Gold, J.M., Goldberg, R.W., McNary, S.W., Dixon, L.B., & Lehman, A.F. (2002). Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1395-1402.
- Henry, A.D., & Lucca, A.M. (2004). Facilitators and barriers to employment: The perspectives of people with psychiatric disabilities and employment service providers. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 22, 169-182.
- Lagerveld, S.E., Bültmann, U., Franche, R.L., Dijk, F.J. van, Vlasveld, M.C., Feltz-Cornelis, C.M. van der et al. (2010). Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20, 275-292.
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 337-349.
- Michon, H.W., Weeghel, J. van, Kroon, H., & Schene, A.H. (2005). Person-related predictors of employment outcomes after participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 408-416.
- Mueser, K.T., Salyers, M.P., & Mueser, P.R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 281-296.
- Salkever, D.S., Slade, E.P., & Karakus, M.C. (2003). Employment retention by persons with schizophrenia employed in non-assisted jobs. *Journal of Rehabilitation*, 69, 19-26.
- Tsang, H.W.H., Leung, A.Y., Chung, R.C.K., Bell, M., & Cheung, W. (2010). Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 495-504.

### Niet geselecteerde artikelen hoofdstuk 3

Referentie	Studietype	Steekproefgrootte	Reden afwijzing
Cook & Razzano (2000)	Review	Onbekend aantal studies	Geen informatie beschikbaar over afzonderlijke studies
Cougnard et al. (2009)	Cross-sectioneel	n = 102	Alleen baselinegegevens, niet longitudinaal
Dickinson et al. (2007)	Cross-sectioneel	n = 55	Alleen baselinegegevens, niet longitudinaal
Evans et al. (2004)	Longitudinaal	n = 112	Korte follow-upperiode (4 maanden)
Hoffmann et al. (2003)	Cross-sectioneel	n = 53	Alleen baselinegegevens, niet longitudinaal
Nordt et al. (2007)	Longitudinaal	n = 176	Onduidelijk wat bedoeld wordt met 'vocational status'
Pluta & Accordino (2006)	Cross-sectioneel	n = 300	Alleen baselinegegevens, niet longitudinaal
Richter et al. (2004)	Longitudinaal	n = 49	Kleine sample
Rosenheck et al. (2006)	RCT	n = 1400	Alleen baselinegegevens, niet longitudinaal

### Literatuur

- Cook, J.A., & Razzano, L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: Recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 87-103.
- Cougnard, A., Goumilloux, R., Monello, F., & Verdoux, H. (2009). Characteristics associated with duration of employment of persons with schizophrenia after first contact with psychiatric services. *Work*, 34, 365-371.
- Dickinson, D., Bellack, A.S., & Gold, J.M. (2007). Social/communication skills, cognition, and vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1213-1220.
- Evans, J.D., Bond, G.R., Meyer, P.S., Kim, H.W., Lysaker, P.H., Gibson, P.J. et al. (2004). Cognitive and clinical predictors of success in vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 70, 331-342.
- Hoffmann, H., Kupper, Z., Zbinden, M., & Hirsbrunner, H.P. (2003). Predicting vocational functioning and outcome in schizophrenia outpatients attending a vocational rehabilitation program. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 76-82.
- Nordt, C., Muller, B., Russler, W., & Lauber, C. (2007). Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: A naturalistic study. *Social Science & Medicine*, 65, 1420-1429.
- Pluta, D.J., & Accordino, M.P. (2006). Predictors of return to work for people

## Hoofdstuk 4 Zelfmanagement

<i>Referentie</i>	<i>Mate van bewijs</i>	<i>Studie-type</i>	<i>Steekproef-grootte</i>	<i>Cliënten-kenmerken</i>	<i>Inter-ventie(s)</i>	<i>Controle-conditie</i>	<i>Lengte-follow-up</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Alverson et al. (1995)	C	Kwalitatief onderzoek	n = 13	Cliënten van een community mental health center. Cliënten hebben een ernstige psychische aandoening, aanhoudende beperkingen op meerdere levensterreinen en een zorgvraag	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
An ethnographic study on coping strategies used by people with SMI participating in SE							
Becker et al. (2007)	C	Kwalitatief onderzoek	n = 38	Personen met een ernstige psychische aandoening die deelnemen aan een IPS-programma.	n.v.t.	n.v.t.	8 en 12 jaar
Long-term employment trajectories among participants with SMI in SE		Follow-up na 8 en 12 jaar					
Silver (2004)	C	Kwalitatief onderzoek	n = 12	Ervaringsdeskundigen met een ernstige psychische aandoening	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Coping with dual challenges as providers with psychiatric disabilities							
Provencher et al. (2002)	C	Kwalitatief onderzoek	n = 14	Werkenden en werklozen met een psychische aandoening	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities							

<i>Uitkomstmaten</i>	<i>Resultaten (beschrijving)</i>	<i>Resultaten (in getallen)</i>	<i>Overige opmerkingen</i>
<i>(9)</i>	<i>(10)</i>		<i>(11)</i>
Strategieën voor het behoud van gezondheid en werk	Zes strategieën voor werkbehoud worden geïdentificeerd: <ul style="list-style-type: none"> <li>– positieve verwachting behouden</li> <li>– vermijden van verslaving</li> <li>– gebruik van ondersteuningsnetwerk</li> <li>– strategisch medicatiegebruik</li> <li>– vermijden van terugval</li> <li>– omgaan met stigma</li> </ul>		Studie is relatief oud, maar wordt nog steeds geciteerd in andere studies. Studie is van voldoende kwaliteit, maar de steekproefgrootte is klein
Opbrengsten van SE, belemmerende en bevorderende factoren voor werkbehoud	Succesvol management van symptomen en de ontwikkeling van vaardigheden spelen een belangrijke rol in het verkrijgen en behouden van werk		Studie is van voldoende kwaliteit. Pluspunt is dat het langetermijntrajecten in kaart brengt
Copingstrategieën	Ervaringsdeskundigen benoemen strategieën op het terrein van: <ul style="list-style-type: none"> <li>– attitude (11)</li> <li>– cognitie (14)</li> <li>– gedrag (21)</li> </ul> <p>Strategieën zijn algemeen en specifiek (voor deze doelgroep)</p>		Studie is van voldoende kwaliteit. Het gaat wel om een specifieke groep, nl. ervaringsdeskundigen
Empowerment en copingstrategieën	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Copingstrategieën blijken samen te hangen met de fase van herstel waarin mensen zich bevinden</li> <li>– Interventies moet aansluiten bij de herstelfase</li> </ul>		Studie is van voldoende kwaliteit, maar de steekproefgrootte is klein

<i>Referentie</i>	<i>Mate van bewijs</i>	<i>Studie-type</i>	<i>Steekproef-grootte</i>	<i>Cliënten-kenmerken</i>	<i>Inter-ventie(s)</i>	<i>Controle-conditie</i>	<i>Lengte-follow-up</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Lysaker et al. (2005)	B	RCT	n = 50	Mannelijke veteranen met schizofrenie/ schizoafectieve stoornis	Indianapolis Vocational Intervention Program (IVIP)	Support-groepen	5 maanden
Enhanced cognitive-behavioral therapy for vocational rehabilitation in schizophrenia: Effects on hope and work				Minimaal 2 jaar werkloos			
				Meer dan 2 jaar in zorg	Individuele en groeps-gewijze gedrags-therapie		
					Wekelijkse bijeenkomsten		



Uitkomst- maten	Resultaten (beschrijving)	Resultaten (in getallen)	Overige opmerkingen
(9)	(10)		(11)
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Arbeidsfuncti- oneren</li> <li>– Arbeidsparti- cipatie</li> <li>– Hoop</li> <li>– Zelfwaarde- ring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– IVIP-deelnemers werken significant meer uren en functioneren beter in hun werk dan de controlegroep</li> <li>– Bij IVIP-deelnemers blijft hoop en zelfwaardering op hetzelfde niveau, bij controlegroep is die na 5 maanden afgenomen</li> </ul>	<p>Weken gewerkt (5mnd.): IVIP = 20.39 (8.0) contr. = 13.71 (10.44) Effect size = 0.71 <math>p = 0.02</math></p> <p>Uren gewerkt (5mnd.): IVIP = 347.10 (158.2) contr. = 243.88 (120.61) Effect size = 0.73 <math>p = 0.06</math></p> <p>Hoop (5mnd.): IVIP = 14.17 (4.29) contr. = 9.26 (5.88) Groepseffect (<math>F</math>) = 7.43 <math>p &lt; 0.05</math> Tijdseffect (<math>F</math>) = 19.25 <math>p &lt; 0.05</math> Interactie-effect (tijd x groep) (<math>F</math>) = 5.47 <math>p &lt; 0.05</math></p> <p>Zelfwaardering (5 mnd.): IVIP = 29.91 (5.12) contr. = 23.83 (7.25) Groepseffect (<math>F</math>) = 7.75 <math>p &lt; 0.05</math> Tijdseffect (<math>F</math>) = 7.53 <math>p &lt; 0.05</math> Interactie-effect (tijd x groep) (<math>F</math>) = 8.17 <math>p &lt; 0.05</math></p>	<p>RCT is van voldoende kwaliteit, maar de steekproefgrootte is klein en daardoor ook de power</p>

<i>Referentie</i>	<i>Mate van bewijs</i>	<i>Studie-type</i>	<i>Steekproef-grootte</i>	<i>Cliënten-kenmerken</i>	<i>Inter-ventie(s)</i>	<i>Controle-conditie</i>	<i>Lengte-follow-up</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Mueser et al. (2005)	B	RCT	n = 35	Leeftijd 37,7 (8,8) jr.	SE + 'Workplace fundamentals program' – een training voor vaardigheden om te slagen op het werk	Alleen SE	18 maanden
The effectiveness of skills training for improving outcomes in supported employment			<i>Inclusief criteria</i> – SMI – deelname aan SE – werk hebben	80% man 97% blank 97% alleenstaand 66% schizofrenie of schizoaffectieve stoornis	Wekelijkse groeps-sessies 3-4 maanden en opfris-sessies.		
Vauth et al. (2005)	B	RCT	n = 138	Intramurale cliënten met schizofrenie (op een rehabilitatieaf-deeling)	Computer-gestuurde cognitieve strategie-training (CAST) + AR  Training zelfma-nagement-vaardig-heden voor negatieve symptomen (TSSN) + AR	Alleen arbeids-rehabili-tatie (AR)	12 maanden
Cognitive strategies versus selfmanagement skills as adjunct to vocational rehabilitation							

Uitkomst- maten	Resultaten (beschrijving)	Resultaten (in getallen)	Overige opmerkingen
(9)	(10)		(11)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kennis van arbeidsvaardigheden</li> <li>- Aantal uur gewerkt</li> <li>- Aantal dagen gewerkt</li> <li>- Salaris</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De Workplace fundamental groep had meer kennis over de werkplek</li> <li>- Geen significant verschil tussen de groepen in uren en dagen gewerkt</li> <li>- Geen significant verschil in salaris</li> </ul>	<p>Aantal dagen gewerkt na 18 mnd.: Exp. = 359.9 (227.1) contr. = 293.8 (226.6) Effect size = 0.23 <math>p = 0.407</math></p> <p>Aantal uren gewerkt (18 mnd.): Exp. = 700.3 (727.1) contr. = 758.3 (612.1) Effect size = -.09 <math>p = .766</math></p> <p>Salaris, totaal over 18 mnd.: Exp. = 5177.3, (5788.0) contr. = 5368.8, (4488.3) Effect size = -.04 <math>p = .792</math></p>	<p>RCT is van voldoende kwaliteit, maar de steekproefgrootte is klein en daardoor ook de power</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cognitieve vaardigheden</li> <li>- Negatieve symptomen</li> <li>- Arbeidsparticipatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CAST-deelnemers hebben verbeteringen in aandacht en in geheugen, maar niet in planningsvaardigheden</li> <li>- TSSN-deelnemers hebben geen verbetering in negatieve symptomen</li> <li>- CAST-deelnemers zijn succesvol in het verkrijgen van werk, TSSN-deelnemers niet</li> </ul>	<p>Effecten CAST + AR vs. alleen AR: Kans op baan exp. = 65% contr. = 43% ARR = 0.22 NNT = 4.54</p> <p>Effecten TSSN + AR: vs. alleen AR Kans op baan exp. = 60% contr. = 43% ARR = 0.17 NNT = 5.83</p>	<p>RCT is van voldoende kwaliteit, maar de onderzoeksgroep is specifiek (mannelijke veteranen van rond de 40 jaar)</p>

## Literatuur

- Alverson, M., Becker, D.R., & Drake, R.E. (1995). An ethnographic study on coping strategies used by people with severe mental illness participating in Supported Employment. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18, 115-128.
- Becker, D.R., Whitney, R., Bailey, E., & Drake, R.E. (2007). Long-term employment trajectories among participants with severe mental illness in supported employment. *Psychiatric Services*, 58, 922-928.
- Lysaker, P.H., Bond, G., Davis, L.W., Bryson, G.J., & Bell, M.D. (2005). Enhanced cognitive-behavioral therapy for vocational rehabilitation in schizophrenia: Effects on hope and work. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 42, 673-682.
- Mueser, K.T., Aalto, S., Becker, D.R., Ogden, J.S., Wolfe, R.S., Schiavo, D., et al. (2005). The effectiveness of skills training for improving outcomes in supported employment. *Psychiatric Services*, 56, 1254-1260
- Provencher, H.L. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 132-144.
- Silver, T. (2004). Coping with dual challenges as providers with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 165-171.
- Vauth, R., Corrigan, P.W., Clauss, M., Dietl, M., Dreher-Rudolph, M., Stieglitz, R-D., et al. (2005). Cognitive strategies versus self-management skills as adjunct to vocational rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 55-66.

## Niet geselecteerde artikelen hoofdstuk 4

Referentie	Studiotype	Interventie(s)	Reden afwijzing
Ramsay (2010)	Beschrijving van interventies	Interventies om volwassenen met ADHD te ondersteunen bij baankeuze en bij arbeidsfunctioneren	Geen onderzoek, een beschouwend artikel
Corrigan et al. (2006)	Kwalitatief onderzoek	n.v.t.	Bruikbaarheid is beperkt. De studie richt zich uitsluitend op omgaan met discriminatie in de werksituatie
Nelson et al. (2006)	Vergelijkend onderzoek (quasi-experimenteel)	Vergelijking tussen actieve en niet actieve deelnemers aan een cliëntgestuurde voorzieningen	Bruikbaarheid is beperkt, twijfelachtige kwaliteit (voorzieningen worden niet beschreven, geen randomisatie, vrij hoge uitval)
Grossber (2004)	Kwalitatief onderzoek	n.v.t.	Kleine onderzoeksgroep (n = 8)
Brooks & Penn (2003)	RCT	Twelve-step intervention Selfmanagement and Recovery training	Twijfelachtige kwaliteit: onduidelijkheid randomisatie, hoge uitval en verschillen tussen groepen

## Literatuur

- Brooks, A.J., & Penn, P.E. (2003). Comparing treatments for dual diagnosis: Twelve-step and self-management and recovery training. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 359-383.
- Corrigan, P.W., Larson, J.E., Watson, A.C., Boyle, M., & Barr, L. (2006). Solutions to discrimination in work and housing identified by people with mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 716-718.
- Grossberg, B. (2004). *Adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) in the workplace*. Dissertation. ProQuest Information & Learning.
- Nelson, G., Ochocka, J., Janzen, R., & Trainor, J. (2006). A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: part 2 – a quantitative study of impacts of participation on new members. *Journal of Community Psychology*, 34, 261-272.
- Ramsay, J.R. (2010). Career counseling and workplace support. In: Ramsay, J.R. (ed.). *Non-medication treatments for adult ADHD: Evaluating impact on daily functioning and well-being* (pp. 77-90). Washington, DC: American Psychological Association.

## Hoofdstuk 5 Inschatten competenties (assessment)

<i>Referentie</i>	<i>Mate van bewijs</i>	<i>Studie-type</i>	<i>Steekproef-grootte</i>	<i>Cliënten-kenmerken</i>	<i>Interventie/instrument(en)</i>	<i>Controle-conditie</i>
<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>	<i>(5)</i>	<i>(6)</i>	<i>(7)</i>
Peer & Tenhula (2010)  Assessment of vocational functioning in serious mental illness: A review of situational assessment and performance-based measures	Onbe- paald	Syste- matische review		Mensen met een ernstige psychi- sche aandoening (SMI)	Twee typen assessment:  1. <i>Situationele assessments</i> : directe observatie van deelnemers in hun werkomgeving  2. <i>Performance-based measures</i> : laboratoriummetingen van arbeids- vaardigheden, rollenspellen enz. De instrumenten zijn beoordeeld op vier criteria: zijn ze praktisch, valide, betrouwbaar en hebben ze een goed schaaldesign  In tabel worden kenmerken van elk instrument getoond (aantal items en itemscores, schaalontwikkeling, setting waar gemeten wordt, administratie/procedure, training benodigd/handleiding)	

<i>Lengte follow-up</i>	<i>Uitkomstmaten</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Overige opmerkingen</i>
<i>(8)</i>	<i>(9)</i>	<i>(10)</i>	<i>(11)</i>
12 instrumenten zijn geselecteerd voor de review, 9 situationele assessments and 3 performance-based assessments	9 situationele assessments: Situationele assessments zijn praktischer in gebruikt en meer efficiënt dan performance-based measures. Het gaat om de volgende instrumenten:	6 instrumenten die <i>meerdere domeinen</i> onderzoeken: Work Behavior Inventory (WBI) Thresholds Monthly Work Evaluation Form (TMWEF) Generic Work Behavior Questionnaire (GWBQ) Griffiths Work Report (GWR) Work Behavior Checklist (WBC) Occupational Abilities and Performance Scale (OAPS)	<i>Kwaliteit</i> De kwaliteit van de review is zeer goed. Elk instrument is op een aantal criteria beoordeeld op kwaliteit.  <i>Conclusie</i> Er is geen gouden standaard assessment instrument. De keuze voor een instrument hangt af van de omstandigheden, het doel en de middelen/mogelijkheden
3 instrumenten die <i>één domein</i> onderzoeken:	Work Adjustment Skills Scale (WASS) Interpersonal Skills Scale (ISS) Vocational Cognitive Rating Scale (VCRS)		<i>Conclusies</i> De WBI is het meest sensitief voor verandering. De TMWEF en GWBQ zijn het meest efficiënt. Nadeel van situationele assessments is dat er een observator nodig is die de deelnemer op de werkplek observeert
3 performance-based assessments: Performance-based assessments vereisen meer (ontwikkel)tijd, training en materialen. Het gaat om de volgende instrumenten:	Work Capacity Evaluation (WCE) Work Related Social Competence Role Play Task (WRSC-RPT) Maryland Assessment of Social Competence-Vocational scenes (MASC-VOC).		<i>Conclusie</i> Nadeel: de generaliseerbaarheid naar 'echte' werksituaties is twijfelachtig

<i>Referentie</i>	<i>Mate van bewijs</i>	<i>Studie-type</i>	<i>Steekproef-grootte</i>	<i>Cliënten-kenmerken</i>	<i>Interventie/instrument(en)</i>	<i>Controle-conditie</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Bell e.a. (2003)  A behavioral intervention to improve work performance in schizophrenia: Work behavior inventory feedback	B	RCT	n = 63	Mannen (tussen 40 en 50 jaar) met een diagnose schizofrenie of schizoaffectieve stoornis die gedurende 26 weken weken een baan krijgen aangeboden in een Medisch Centrum. Zij zijn stabiel, eventueel met comorbiditeit of verslaving	n = 30 Gedragsinterventie (GI) bestaande uit: Feedback met Work Behavior Inventory (WBI) Stellen van doelen Tweewekelijkse groepssessies van één uur	n = 33 Begeleiding as usual (US)



<i>Lengte follow-up</i>	<i>Uitkomstmaten</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Overige opmerkingen</i>
<i>(8)</i>	<i>(9)</i>	<i>(10)</i>	<i>(11)</i>
26 weeks	Work Behavior Inventory (WBI, deze meet de samenwerking, werkgevoonten, persoonlijke presentatie, kwaliteit van het werk en sociale vaardigheden)	<p><i>WBI-scores:</i> De competenties van de GI-groep zijn significant meer verbeterd dan die van de controlegroep (<math>F[5, 52] = 1.93, p &lt; 0.05</math>).</p> <p><i>Aantal uren gewerkt:</i> Deelnemers in de GI-groep hebben significant meer uren gewerkt dan in de controlegroep (GI gem. = 346.2 uren, US gem. = 254.9 uren; MD 91.3 uren; <math>F[1, 61] = 4.80, p &lt; 0.024</math>).</p> <p><i>Aantal weken gewerkt:</i> Deelnemers in de GI-groep hebben significant meer dagen gewerkt dan in de controlegroep (GI gem. = 21.4 weken, US gem. = 17.5 weken; MD 3.9 weeks; <math>F[1, 61] = 4.51, p &lt; 0.02</math>).</p>	<p><i>Kwaliteit</i> Kwaliteit van de RCT is matig. Methode van randomisatie is onduidelijk en controleconditie is niet helder beschreven</p> <p><i>Conclusie</i> De gedragsinterventie, bestaande uit specifieke feedback op het functioneren op het werk m.b.v. de WBI en doelen stellen in 2-wekelijkse groepsbijeenkomsten, leidt tot verbetering van de werkprestaties en tot verhoging van het aantal gewerkte uren en het aantal gewerkte weken, in vergelijking met de gebruikelijke ondersteuning</p>

<i>Referentie</i>	<i>Mate van bewijs</i>	<i>Studie-type</i>	<i>Steek-proef-grootte</i>	<i>Cliënten-kenmerken</i>	<i>Interventie/instrument(en)</i>	<i>Controle-conditie</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Resnick & Bond (2001)  The Indiana Job Satisfaction Scale: job satisfaction in vocational rehabilitation for people with severe mental illness	Onbepaald	Validiteitsstudie  Studie naar validiteitinstrument Indiana Job Satisfaction Scale (IJSS) en relatie tussen jobsatisfactie en baanbehoud	n = 71	Mensen met een ernstige psychische aandoening die deelnemen aan een Supported Employment Programma  Alle deelnemers hebben betaald regulier werk  Diagnose: 57% schizofrenie/schizoaffactieve stoornis, 23% bipolaire of ernstige depressie, 5% angststoornis	Indiana Job Satisfaction Scale  Zelfrapportage 32 items  6 subschalen: Algemene tevredenheid Loon Carrièremogelijkheden & zekerheid Leiding Collega's Beleving werk	

<i>Lengte follow-up</i>	<i>Uitkomstmaten</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Overige opmerkingen</i>
<i>(8)</i>	<i>(9)</i>	<i>(10)</i>	<i>(11)</i>
2 meetmomenten:	Interne consistentie IJSS: totale schaal en subschalen	Interne consistentie voor de totale schaal is zeer goed (Crombach's alpha = .90).	<i>Kwaliteit</i> De kwaliteit van de studie is redelijk
Time 1, tussen 1 en 99 dagen na aanvang baan (M = 52 dagen)	Baanbehoud = aantal maanden gewerkt	Interne consistentie van subschalen varieert van hoog (.83 Collega's) tot laag (.41 Carrière en zekerheid)	<i>Conclusie</i> Uit de studie blijkt dat de Arbeidstevredenheidslijst een bruikbaar instrument is voor het voorspellen van baanbehoud. Aangezien de subschaal Algemene arbeidstevredenheid
Time 2, tussen 66 en 213 dagen na aanvang baan (M = 152 dagen)		Er is een significant verband tussen Arbeidstevredenheid (totale schaal) en baanbehoud ( $r = .24, p < .05$ ). Ook is er een significant verband tussen de subschaal Algemene arbeidstevredenheid en baanbehoud ( $r = .36, p < .05$ )	ook goed scoort op het terrein van consistentie en validiteit, kunnen deze vijf items ook als verkorte lijst worden gebruikt

<i>Referentie</i>	<i>Mate van bewijs</i>	<i>Studie-type</i>	<i>Steek-proef-grootte</i>	<i>Cliënten-kenmerken</i>	<i>Interventie/instrument(en)</i>	<i>Controle-conditie</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Roberts & Pratt (2010)  A construct validity study of employment readiness in persons with severe mental illness	Onbe- paald	Validiteits- studie  Studie naar construct- validiteit van drie Readiness- instru- menten	n = 111	Mensen met een ernstige psychi- sche aandoening die instromen in een Supported Employment Programma  Geen van de deelnemers heeft betaald werk	Drie instrumenten worden onder- zocht  <i>PRRDP-I</i> (alleen werkdomein) Afgenomen door interviewer  7 subschalen: Behoeft Commitment Welbevinden Rehabilitatie Werkrelatie Zelfbewustzijn Omgevingsbe- wustzijn  <i>PRRDP-S</i> Idem, maar zelf- rapportage door cliënt  <i>VRRS</i> 6-itemsschaal	

<i>Lengte follow-up</i>	<i>Uitkomstmaten</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Overige opmerkingen</i>
<i>(8)</i>	<i>(9)</i>	<i>(10)</i>	<i>(11)</i>
Follow-up na 3 (n = 97) en 6 maanden (n = 70)	Werkactiviteiten (sollicitatiebrieven sturen, gesprekken voeren)  Verkrijgen van een baan  Meetinstrument: Employment and program participation follow-up questionnaire (14 items)	Resultaten wijzen op een goede constructvaliditeit van de readinessinstrumenten  De PRRDP-I en -S zijn beide gerelateerd aan werkactiviteiten en het verkrijgen van een baan, zowel na 3 als 6 maanden  <i>PRRDP-I:</i> Werkactiviteiten: 3 maanden $r = .261$ $p < .01$ 6 maanden $r = .248$ $p < .01$  Verkrijgen baan: 3 maanden $r = .231$ $p < .01$ 6 maanden $r = .215$ $p < .05$  <i>PRRDP-S:</i> Werkactiviteiten 3 maanden: $r = .256$ $p < .01$ 6 maanden $r = .226$ $p < .01$ Verkrijgen baan: 3 maanden $r = .283$ $p < .01$ 6 maanden $r = .235$ $p < .01$  De VRRS is niet significant gerelateerd aan werkactiviteiten, noch aan het verkrijgen van een baan	<i>Kwaliteit</i> Kwaliteit van de studie is redelijk  <i>Conclusie</i> Uit de studie blijkt dat de PRRDP-I en -S bruikbare instrumenten zijn voor het voorspellen van werkactiviteiten en het verkrijgen van een baan

<i>Referentie</i>	<i>Mate van bewijs</i>	<i>Studie-type</i>	<i>Steek-proef-grootte</i>	<i>Cliënten-kenmerken</i>	<i>Interventie/instrument(en)</i>	<i>Controle-conditie</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Tan, Hawkins & Thomas (1999)	Onbe- paald	Cohort- studie	n = 87	Mensen met een ernstige psychische aandoening die werken in een supported employment of supervised employment programma	Minnesota satisfac- tion ques- tionnaire (korte versie)  20 items  Drie factoren:	
Job satisfaction and intent to continue working among individuals with serious mental illness						
Tan & Hawkins (2000)				Diagnose: 37% schizofrenie/ schizoaffectieve stoornis, 58% bipolaire of ernstige depressie, 5% overig	extrinsieke moti- vatie  motivatie om deel te nemen aan AR	
The factor structure of the Minnesota satisfac- tion questionnaire and participants of vocational rehabilitation (2000)						
Corbière et al. (2004)	Onbe- paald	Validiteits- studie	n = 254	Mensen met een ernstige psychische aandoening die deelnemen aan een AR-programma en op zoek zijn naar een baan	Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale (BECES): bevat 43 mogelijke barrières  Career Search Efficacy Scale (CSES): bevat 35 items en 4 dimensies: Werk zoeken Gespreksvoering Netwerken Persoonlijk onder- zoek  Rosenberg Self Esteem Scale (RSES)	
Perceptions of barriers to employment, coping efficacy, and career search efficacy in people with mental illness				Diagnose: 37% stemmings- stoornis, 19% schizofrenie/ schizoaffectieve stoornis, 13% angststoornis, 32% overige (vnl. persoonlijkheids- stoornis)		

Lengte follow-up	Uitkomstmaten	Resultaten	Overige opmerkingen
(8)	(9)	(10)	(11)
	<p>Intentie om te blijven werken is gemeten met een 1-item-Likertschaal: 1 = wil zeker hier blijven werken 5 = wil zeker niet hier blijven werken</p>	<p>Korte versie van de Minnesota Satisfaction Questionnaire blijkt bruikbaar te zijn voor de doelgroep (SMI) en onderscheidt drie factoren/dimensies, namelijk intrinsieke motivatie, extrinsieke motivatie en motivatie om deel te nemen aan AR</p> <p>Arbeidstevredenheid is een significante predictor voor iemands intentie om te blijven werken (<math>r = .48</math>, <math>p &lt; .01</math>)</p>	<p><i>Kwaliteit</i> Kwaliteit van de studie is redelijk.</p> <p><i>Conclusie</i> De Minnesota Satisfaction Questionnaire blijkt een bruikbaar instrument te zijn voor het voorspellen van iemands intentie om te blijven werken</p>
<p>Duur werkloosheid: &lt; 1 jaar 1 - 2 jaar 2 - 5 jaar &gt; 5 jaar</p>		<p>Uit de studie komt naar voren dat de BECES en CSES valide en intern consistent zijn, beide instrumenten zijn significant gerelateerd aan de Self-Esteem Scale.</p> <p>De BECES is significant gerelateerd aan de duur van de werkloosheid: (F-waarden variëren van 2.88 (<math>p &lt; .04</math>, <math>df = 3</math>) tot 4.30 (<math>p &lt; .01</math>, <math>df = 3</math>))</p> <p>De CSES vertoont geen significant verband met duur van de werkloosheid</p>	<p><i>Kwaliteit</i> Kwaliteit van de studie is redelijk goed. Onderzoeksgroep beperkt zich niet tot SMI</p> <p><i>Conclusie</i> De instrumenten BECES en CSES zijn valide en intern consistent en bruikbaar voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Het instrument BECES is gerelateerd aan de duur van de werkloosheid: mensen met veel copingvaardigheden zijn korter werkloos</p>

## Literatuur

- Bell, M.D., Lysaker, P., & Bryson, G. (2003). A behavioral intervention to improve work performance in schizophrenia: Work behavior inventory feedback. *Journal of Vocational Rehabilitation, 18*, 43-50.
- Corbière, M., Mercier, C., Lesage, A. (2004). Perceptions of barriers to employment, coping efficacy, and career search efficacy in people with mental illness. *Journal of Career Assessment, 12*, 460-478.
- Peer, J.E., & Tenhula, W. (2010). Assessment of vocational functioning in serious mental illness: A review of situational assessment and performance based measures. *Journal of Vocational Rehabilitation, 32*, 175-189.
- Resnick, S.G., & Bond, G.R. (2001). The Indiana Job Satisfaction Scale: job satisfaction in vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25*, 12-19.
- Roberts, M.M., & Pratt, C.W. (2010). A construct validity study of employment readiness in persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 13*, 40-53.
- Tan, P.P., Hawkins, W.E., & Thomas, L. (1999). Job satisfaction and intent to continue working among individuals with serious mental illness. *Psychological Reports, 85*, 801-807.
- Tan, P.P., & Hawkins, W.E. (2000). The factor structure of the Minnesota satisfaction questionnaire and participants of vocational rehabilitation. *Psychological Reports, 87*, 34-36.



## Niet geselecteerde artikelen hoofdstuk 5

Referentie	Reden afwijzing
Abraham & Stein (2009)	Onvoldoende bruikbaar. Beperkt zich tot attitude van casemanagers
Mausbach BT et al. (2009)	Onvoldoende bruikbaar. Studie richt zich op functioneel herstel in het algemeen en nauwelijks op arbeidsfunctioneren
MacDonald-Wilson K et al. (2001)	Beschrijvende review, bevat geen informatie over reviewmethode
Cook & Picket (1994)	Bevat geen specifieke informatie over assessment. Bovendien is informatie gedateerd
Harvey et al. (2007)	Beschrijvende review. Bevat paragraaf over arbeidsvaardigheden, maar daarin wordt slechts één systeem besproken (waar niet over gepubliceerd is)
Schultheis & Bond (1993)	Artikel gaat niet in op de bruikbaarheid van het instrument. Bovendien is hun instrument ook opgenomen in de review van Peer & Tenhula

## Literatuur

- Abraham, K.M., & Stein, C.H. (2009). Case manager's expectations about employment for people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33, 9-17.
- Cook, J.A., & Picket, S.A. (1994). Recent trends in vocational rehabilitation for people with psychiatric disability. *American Rehabilitation*, 20, 2-13.
- Harvey, P.D., Velligan, D.I., & Bellack, A.S. (2007). Performance-based measures of functional skills: usefulness in clinical treatment studies. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1138-1148.
- MacDonald-Wilson, K., Rogers, E.S., & Anthony, W.A. (2001). Unique issues in assessing work function among individuals with psychiatric disabilities. *Journal of Occupational Rehabilitation* 11, 217-232.
- Mausbach, B.T., Moore, R., Bowie, C., Cardenas, V., & Patterson, T.L. (2009). A review of instruments for measuring functional recovery in those diagnosed with psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 307-318.
- Schultheis, A.M., & Bond, G.R. (1993). Situational assessment ratings of work behaviors: Changes across time and between settings. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17, 107-119.

## Hoofdstuk 6 Werkzame elementen interventies

Referentie	Mate van bewijs	Studie-type	Omvang studie	Cliënten-kenmerken	Predictoren/Onafhankelijke variabelen	Uitkomst-maten
Catty et al. (2008)	A2	RCT	n = 312	Personen met een psychotische stoornis die deelnemen aan IPS/AR	Demografische kenmerken (leeftijd, geslacht, woon-situatie, immigratie status, opleiding) Klinische kenmerken (diagnose, opnames, symptomen remissie) Sociaal functioneren, kwaliteit van leven, zorgbehoeften, zelfwaardering Interventiekenmerken	Verkrijgen van betaald werk Behouden van betaald werk
Predictors of employment for people with severe mental illness: results of a international six-centre randomized controlled trial		Multi-side study Europa (zes landen)	Werkbehoud: n = 122			
Becker et al. (2006)	B	Cross-sectioneel onderzoek	26 SE-locaties	Personen met een langdurige ernstige psychische aandoening	Focus op SE Financiering/aantal SE-begeleiders Relatie ggz-AR Score fidelity scale Programmaduur Stabiliteit/continuïteit medewerkers Achtergrondvariabelen (gebied, arbeidsmarkt, ov)	Bereik programma Efficiency programma (percentage deelnemers dat betaald werk krijgt)
What predicts Supported Employment program outcomes?						
Jones et al. (2001)	B	Cohortonderzoek	n = 1861 n = 1067 n = 794	Personen met een langdurige ernstige psychische aandoening die deelnemen aan SE geen betaald werk	Elementen van begeleiding: Reistijd Niet-werkgebonden ondersteuning Training Werkgerelateerde ondersteuning Profilering en evaluatie-Programma-ontwikkeling.	Betaald werk

<i>Kenmerken studie</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Overige opmerkingen</i>	
<i>(beschrijving)</i>	<i>(in getallen)</i>		
Follow-up 6, 12 en 18 maanden	Een recent arbeidsverleden verdubbelt de kans op betaald werk. Ook vermindering van (sociale) behoeften, een stabiele periode en type interventie (IPS) vergroten de kans op betaald werk Type interventie vergroot het behoud van werk	Verkrijgen van werk: Arbeitsverleden: OR = 2.42, p = 0.001 Sociale behoeften: OR = 0.99, p = 0.038 Remissie: OR = 1.83, p = 0.058 Interventie: OR = 2.57, p = 0.018 Behouden van werk: Type interventie: Regr.coëff = 0.65 (0.0254), p = 0.010	Studie is van voldoende kwaliteit
Multivariate logistische regressieanalyse			Redelijke sample en in zes Europese landen uitgevoerd
Geen follow-up	Financiering voor SE (in de vorm van aantal SE-begeleiders) is de belangrijkste voorspeller voor bereik van programma	Bereik: Financiering: corr = 0.90, p < 0.0001 Relatie ggz-AR: corr = -0.25, p = 0.56 Focus op SE: corr = 0.15, p = 0.66	Studie is van redelijke kwaliteit
Multivariate regressieanalyse	Modelgetrouw werken en de regionale arbeidsmarkt zijn de belangrijkste voorspellers voor efficiency van programma	Efficiency: Relatie ggz-AR: corr = 0.08, p = 0.47 Modeltrouw: corr = 0.51, p = 0.05 Programmaduur: corr = 0.43, p = 0.63 Medewerkers: corr = -0.08, p = 0.43 Arbeidsmarkt: corr = -0.57, p = 0.03	Redelijk aantal instellingen, cross-sectioneel dus geen follow-up
Geen follow-up	De hoeveelheid tijd die begeleiders besteden aan reizen/vervoer (samen met cliënt of naar werkplek cliënt) hangt het meest samen met de kans op betaald werk door cliënten.	Reistijd: B = .649 Niet-werkgebonden ondersteuning: B = .204 Training: B = .394 Werkgebonden ondersteuning: B = .233 Evaluatie: B = .193 Programmaontwikkeling: B = .041	Studie is van matige tot redelijke kwaliteit
Informatie is afkomstig uit maandelijkse tijdschrijfformulieren van begeleiders	Ook de hoeveelheid tijd die begeleiders besteden aan niet-werkgerelateerde ondersteuning en training hangen samen met de kans op betaald werk		Grote sample, echter het is niet mogelijk om causale relaties vast te stellen.
Discriminantie-analyse			Onduidelijke beschrijving analyse

<i>Referentie</i>	<i>Mate van bewijs</i>	<i>Studie-type</i>	<i>Omvang studie</i>	<i>Cliënten-kenmerken</i>	<i>Predictoren/Onafhankelijke variabelen</i>	<i>Uitkomst-maten</i>
Kukla & Bond (2009)	A2	RCT	n = 91 n = 45 AR n = 46 SE	Personen met een langdurige ernstige psychische aandoening die deelnemen aan SE of AR	Samenwerkingsrelatie (cliënt-begeleider) Arbeidsbegeleidingsprogramma Arbeidsverleden cliënt	Aantal dagen betaald werk Gemiddelde duur baan
Cook et al. (2005)	A2	RCT	n = 1273	Personen met een langdurige ernstige psychische aandoening Leeftijd > 18 Werkloos Interesse in werk	Supported employment (SE)	Op vier locaties: standaardzorg Op twee locaties: afgezwakte vorm van SE Op één locatie: International Center for Clubhouse Development program n = 625
Rinaldi & Perkins (2007)	B	Quasi-experimenteel onderzoek Pre-post design	n = 268	Personen met een langdurige ernstige psychische aandoening	IPS	Non-integrated pre-vocational services
Comparing employment outcomes for two vocational services: Individual placement and support and non-integrated pre-vocational services in the UK						

<i>Kenmerken studie</i>		<i>Resultaten</i>	<i>Overige opmerkingen</i>
<i>(beschrijving)</i>		<i>(in getallen)</i>	
Follow-up 24 maanden	Uit de studie blijkt dat de veronderstelling dat een goede samenwerkingsrelatie tussen cliënt en werkbegeleider tot	<i>Aantal dagen betaald werk</i> Samenwerkingsrelatie: $B = -.12$ , $t = -1.16$ , $p = .25$	Studie is van voldoende kwaliteit
Secundaire analyse van data uit een RCT	betere arbeidsuitkomsten bij de cliënt leidt, niet wordt bevestigd. Er is geen relatie	<i>Gemiddelde duur baan</i> Samenwerkingsrelatie: $B = -.23$ , $t = -1.74$ , $p = .09$	
Multiple regressie-analyse (stepwise)	gevonden met het aantal dagen betaald werk noch met de gemiddelde duur van de baan	Samenwerkingsrelatie x AR-programma: $B = .071$ , $t = .55$ , $p = .59$	
24 maanden	% cliënten die een reguliere baan hebben gekregen % 40 of meer uur per maand werk	Geïntegreerde werkwijze: meer dan 2 x zo vaak een reguliere baan dan zonder geïntegreerde werkwijze (58% vs. 21%, $R = 2.37$ , $p < 0.001$ )  Geïntegreerde werkwijze 1,5 x zo veel kans om 40 uur of meer per maand te werken (53% vs. 31%, $OR = 1.43$ , $p < 0.001$ )	Studie is van voldoende kwaliteit  Onderscheid gemaakt van veel vs. weinig integratie van vocational en psychiatrische service, waarbij 2 controlecondities voldeden aan de definitie 'veel integratie' en als zodanig zijn geanalyseerd
12 maanden	Werk en werkbehoud, kosten, tevredenheid	IPS bleek effectiever en 6,7 keer minder duur als niet geïntegreerde service  37% vs. 17% succesvol werkbehoud, kosten €1.800 vs. €12.136, tevredenheid 33% gaf aan hulp te hebben ervaren, vs. 16 % in niet geïntegreerde zorg, 12 vs. 19% had dit wel gewild	Studie is van matige tot redelijke kwaliteit: groepen zijn niet gerandomiseerd, maar wel vergelijkbaar

<i>Referentie</i>	<i>Mate van bewijs</i>	<i>Studie-type</i>	<i>Omvang studie</i>	<i>Cliënten-kenmerken</i>	<i>Predictoren/Onafhankelijke variabelen</i>	<i>Uitkomst-maten</i>
Tremblay et al. (2006) Effect of benefits counseling services on employment outcomes for people with psychiatric disabilities	B	Quasi-experimenteel onderzoek Matching van deelnemers Analyse: Mixed-effect lineaire modellen Analyse van pre-post interventie-verschillen Groep-bij-tijd interactie-effecten	n = 1092 n = 364 in iedere groep	Personen met ernstige psychische aandoeningen die een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen	Financiële ondersteuning (benefit counseling) toegevoegd aan AR/SE	AR/SE
Mueser et al. (2001) Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction	A2	RCT Settings: IPS arbeidsrehabilitatie (buiten ggz) standaard zorg (SE in ggz, maar niet geïntegreerd in team)	n = 204	Personen met een langdurige ernstige psychische aandoening	Match tussen arbeidswens en betaald werk	Geen match tussen arbeidswens en betaald werk

<i>Kenmerken studie</i>		<i>Resultaten</i>	<i>Overige opmerkingen</i>
<i>(beschrijving)</i>		<i>(in getallen)</i>	
Looptijd 4 jaar (2 jaar voor en 2 jaar na start interventie)	Inkomsten	Toename in inkomstenverschil tussen interventiegroep en huidige deelnemersgroep (concurrent participants) is 1,256 dollar per persoon per jaar. Toename in inkomstenverschil tussen interventiegroep en deelnemers in het baar verleden (past participants) is 1,272 dollar per persoon per jaar	Studie is van matige tot redelijke kwaliteit: groepen zijn niet gerandomiseerd, maar wel vergelijk-
24 maanden	Werkbehoud (aantal weken betaald werk)	Cliënten in IPS-programma's die werk vinden dat aansluit bij hun wensen, behouden significant langer hun baan dan IPS-cliënten bij wie het werk niet aansluit bij hun wensen (gem = 28.94 vs. 15.12 weken, SD = 35.0 vs. 20.6, n = 31, 17)  De relatie tussen matching en baanbehoud is niet significant bij cliënten in de standaardzorg (gem = 31.92 vs. 28,46 weken, SD = 33.17 vs. 36.94, n = 25, 13).  Bij de derde groep (AR) waren er te weinig mensen met een mismatch om de analyse te kunnen uitvoeren	De studie is van voldoende kwaliteit: er is gerandomiseerd al is niet precies duidelijk hoe

## Literatuur

- Becker, D.R., Xie, H., McHugo, G.J., Halliday, J., & Martinez, R.A. (2006). What predicts supported employment program outcomes? *Community Mental Health Journal*, 42, 303-313.
- Catty, J., Lissouba, P., White, S., Becker, T., Drake, R.E. et al. (2008). Predictors of employment for people with severe mental illness: results of a international six-centre randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 192, 224-231.
- Cook, J.A., Lehman, A.F., Drake, R.E., McFarlane, W.R., Gold, P.B., Leff, H.S. et al. (2005). Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1948-1956.
- Jones, C.J., Perkins, D.V., & Born, D.L. (2001). Predicting work outcomes and service use in supported employment services for persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 53-59.
- Kukla, M., & Bond, G.R. (2009). The working alliance and employment outcomes for people with severe mental illness enrolled in vocational programs. *Rehabilitation Psychology*, 54, 157-163.
- Mueser, K.T., Becker, D.R., & Wolfe, R. (2001). Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health*, 10, 411-417.
- Rinaldi, M., & Perkins, R. (2007). Comparing employment outcomes for two vocational services: Individual placement and support and non-integrated pre-vocational services in the UK. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27, 21-27.
- Tremblay, T., Smith, J., Xie, H., & Drake, R.E. (2006). Effect of benefits counseling services on employment outcomes for people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 57, 816-821.





## Hoofdstuk 7 Samenwerking tussen actoren

<i>Referentie</i>	<i>Mate van bewijs</i>	<i>Studietype</i>	<i>Steekproef-grootte</i>	<i>Cliëntenken-merken</i>	<i>Interventie(s)</i>	<i>Controle-conditie</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Cook et al. (2005)  Integration of psychiatric and vocational services: a multisite RCT of supported employment	A	Multisite RCT	n = 1273 7 sites USA	Werklozen met een ernstige psychische aandoening	Hoge mate van integratie van werk en psychische services	Lage mate van integratie van services
Rinaldi & Perkins (2007)  Comparing employment outcomes for two vocational services: Individual placement and support and non-integrated pre-vocational services in the UK	B	Quasi-experimenteel onderzoek  Pre-post design	n = 268	Personen met een langdurige ernstige psychische aandoening	IPS	Non-integrated pre-vocational services
Becker et al. (2007)  Critical strategies for implementing supported employment	C	Kwalitatief onderzoek  Case study approach: interviews	n = 7 project-leidersregio's binnen USA en Canada	7 project-leidersregio's Mental Health Programma USA en Canada waarin mensen met psychische beperkingen naar werk werden begeleid	IPS ofwel evidence-based supported employment	n.v.t.

<i>Lengte follow-up</i>	<i>Uitkomstmaten</i>	<i>Resultaten (beschrijving)</i>	<i>Resultaten (in getallen)</i>	<i>Overige opmerkingen</i>
<i>(8)</i>	<i>(9)</i>	<i>(10)</i>		<i>(11)</i>
24 maanden	Kans op werk (competitief voor meer dan 40 uur per week)	Na integratie van werk en psychische services 1,5 keer zo veel kans op werk	OR = 1,01 kans op > 40u per maand (p < 0,001)	Studie is van voldoende kwaliteit, maar betreft werklozen
12 maanden	Werk en werkbehoud, kosten, tevredenheid	IPS bleek effectiever en 6,7 keer minder duur als niet-geïntegreerde service	37% vs. 17% succesvol werkbehoud Kosten: € 1.800 vs. € 12.136 Tevredenheid: 33% gaf wel vergelijkbaar aan hulp te hebben ervaren, vs. 16 % in niet-geïntegreerde zorg, 12 vs. 19% had dit wel gewild	Studie is van matige tot redelijke kwaliteit: groepen zijn niet gerandomiseerd, maar wel vergelijkbaar
n.v.t.	Implementatiestrategieën voor samenwerking van actoren in het behoud van gezondheid en werk voor mensen met ernstige psychische beperkingen	5 succesvolle implementatiestrategieën: – verbeteren administratieve praktijken en communicatie tussen werk/ggz-instellingen – ondersteuning aanpak door media verschillende trainingsstrategieën – verbeterde toegang tot 'benefit counseling' – training in uitkomsten gerichte supervisie – bouw capaciteit voor betrouwbare evaluatie		Studie is van voldoende kwaliteit, maar de steekproefgrootte is klein

<i>Referentie</i>	<i>Mate van bewijs</i>	<i>Studietype</i>	<i>Steekproef-grootte</i>	<i>Clïëntenken-merken</i>	<i>Interventie(s)</i>	<i>Controle-conditie</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Boeltzig et al. (2008)  Maximizing potential: Innovative collaborative strategies between one-stops and mental health systems of care	C	Kwalitatief onderzoek  Multiple case study design: semi-gestructureerde interviews, document reviews, natu-ralistic inquiry data analyse	n = 15	Best practice sites voor mensen met psychische beper-king die werk zoeken in USA	n.v.t.	n.v.t.
Drake et al. (2003)  A process analysis of inte-grated and non-integrated approaches to supported employment	C	Kwalitatief onderzoek  experimen-tele studies (kwantitatief, etnografisch, interviews)	n = 143, 152, 204	Deelnemers aan supported employment programs USA	Integratie van werkspeci-alisten met multidiscipli-naire of klini-sche profes-sionals	Gebrek aan integratie
Lal & Mercier (2009)  Intersectoral action to employ individuals with mental illness: lessons learned from a local development initiative	C	Kwalitatief onderzoek  Case study methodo-logie (semi-gestructureerde interviews, participatieve observatie, dataverzame-ling)	6 stakehol-dersorganisa-ties Canadees gebied met lage SES rond stadsgebied	Psychiatischzie-kenhuis, lokaal uitzendbureau, gespecialiseerd uitzendbureau, bouw-bedrijf gem. org. lokale ontwik-keling	Intersectorale samenwerking	
Giesen et al. (2007)  De implementatie van Individual Placement and Support in Nederland	C	Implementatie-onderzoek	316 patiënten bij 4 proeflo-caties	74% man 84% NL, 58% woont zelfstandig, 83% uitkering Gem. leeftijd 35 jaar, gem. duur contact ggz 8 jaar	Implementatie IPS, gemeten ahv-schaal modeltrouw (IPS-fidelity)	
Van Erp et al. (2007)  A multiside study of implementing Supported Employment in the Netherlands						

<i>Lengte follow-up</i>	<i>Uitkomstmaten</i>	<i>Resultaten (beschrijving)</i>	<i>Resultaten (in getallen)</i>	<i>Overige opmerkingen</i>
(8)	(9)	(10)		(11)
8 en 12 jaar	Succesvolle samenwerkingsstrategieën	Succesvolle samenwerkingsstrategieën bestaan uit (1) samenwerkingsverbanden en -teams, (2) training van personeel in psychische en werkonderwerpen, (3) betrokkenheid patiënten op elk niveau van samenwerking		Studie is van voldoende kwaliteit en brengt samenwerkingsstrategieën in kaart, betreft alleen het zoeken naar werk, en geen werkbehoud
	Waarom service-integratie het vinden van werk en werkbehoud bevordert	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Grotere kans succes op vinden en behoud van baan bij geïntegreerde services</li> <li>– Communicatie</li> <li>– Filosofie effectbehandeling</li> <li>– Werkplannen en klinisch begrip</li> </ul>		Kwalitatief onderzoek met beperkte kwaliteit
21 maanden	Uitdagingen in samenwerkingen en strategieën om hier mee om te gaan	<p>Uitdagingen zijn (1) rolambigüiteit en onzekerheid, (2) verschillen in doelen en prioriteiten en (3) onverwachte impact partnership</p> <p>Implementatiestrategieën zijn: sociopolitieke afspraken, communicatielijnen, training, evaluatie</p>	n.v.t.	
2 jaar	Modeltrouw, uitval, baan, belemmerende en bevorderende factoren	<p>Modeltrouw steeg op alle locaties. Grote uitval patiënten. Modeltrouw hing samen met succespercentage vinden baan. Belemmerende factoren: uitval, financiering, slechte samenwerking organisaties.</p> <p>Bevorderende factoren: vaardigheden en draagvlak projectleiders en trajectbegeleiders</p>	<p>Modeltrouwscore (4.33 maximum) nulmeting 1.8 (1.1-2.2), tussenmeting jaar 3.6 (3.5-4.0), eindmeting 4.1 (3.6-4.3), naar 39% cliënten viel uit, 18% vond baan</p>	

## Literatuur

- Becker, D.R., Baker, S.R., Carlson, L., Flint, L., Howell, R., Lindsay, S. et al. (2007). Critical strategies for implementing supported employment. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27, 13-20.
- Boeltzig, H., Timmons, J.C., & Marrone, J. (2008). Maximizing potential: Innovative collaborative strategies between one-stops and mental health systems of care. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 31, 181-193.
- Cook, J.A., Lehman, A.F., Drake, R.E., McFarlane, W.R., Gold, P.B., Leff, H.S. et al. (2005). Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1948-1956.
- Drake, R.E., Becker, D.R., Bond, G.R., & Mueser, K.T. (2003). A process analysis of integrated and non-integrated approaches to supported employment. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18, 51-58.
- Erp, N.H.J. van, Giesen, F.B.M., Weeghel J. van, Kroon, H., Michon, H.W.C., Becker, D., et al. (2007). A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58, 1421-1426.
- Giesen, F, Erp N.H.J. van, Weeghel, J. van, Michon, H., & Kroon, H. (2007). De implementatie van Individual Placement and Support in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 49, 611-621.
- Lal, S., & Mercier, C. (2009). Intersectoral action to employ individuals with mental illness: lessons learned from a local development initiative. *Work*, 33, 427-437.
- Rinaldi, M., & Perkins, R. (2007). Comparing employment outcomes for two vocational services: Individual placement and support and non-integrated pre-vocational services in the UK. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27, 21-27.

## Niet geselecteerde artikelen hoofdstuk 7

Referentie	Studiotype	Interventie(s)	Reden afwijzing
Becker (2006)	RCT	Supported employment	UV5
Burns (2007)	RCT	Supported employment	Resultaten verwerkt in review IPS van Bond (2008) die wel geselecteerd is
Cook (2006)	Beschrijving van barrières en huidige kennis	Barrières om volwassenen met ernstige psychische problematiek aan het werk te krijgen	Geen onderzoek, een beschouwend artikel
Katz (1990)	Survey	n.v.t.	Onvoldoende kwaliteit
Murphy (2005)	Beschrijving extra interventiecomponent voor IPS	n.v.t.	Geen onderzoek, een beschouwend artikel
Neuchterlein (2003)	RCT	IPS uitbreiding	Behandelt alleen werken scholingshervatting i.p.v. behoud
Taylor (2008)	Beschrijving interventie-component voor verslaafden	Werkgerichte component binnen bestaand therapeutisch programma	Twijfelachtige kwaliteit en behandelt alleen verslaving
Tsang (2010)	RCT	Integrated supported employment (IPS en social skills training)	IPS al genoeg aan bod geweest

## Literatuur

- Becker, D.R., & Drake, R.E. (2006). Supported employment interventions are effective for people with severe mental illness. *Evidence-Based Mental Health*, 9, 22.
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R.E., Fioritti, A., Knapp, M. et al. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*, 370, 1146-1152.
- Cook, J.A. (2006). Employment barriers for persons with psychiatric disabilities: update of a report for the President's Commission. *Psychiatric Services*, 57, 1391-1405.

- Katz, L.J., Geckle, M., Goldstein, G., & Eichenmuller, A. (1990). A survey of perceptions and practice: Interagency collaboration and rehabilitation of persons with long-term mental illness. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 33, 290-300.
- Murphy, A.A., Mullen, M.G., & Spagnolo, A.B. (2005). Enhancing individual placement and support: Promoting job tenure by integrating natural supports and supported education. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8, 37-61.
- Nuechterlein, K.H., Subotnik, K.L., Turner, L.R., Ventura, J., Becker, D.R., & Drake, R.E. (2008). Individual placement and support for individuals with recent-onset schizophrenia: integrating supported education and supported employment. *Psychiatric Rehabilitation*, 31, 340-349.
- Taylor, S. (2008). Integrating vocational services within therapeutic community treatment. *Therapeutic Communities*, 29, 76-82.
- Tsang, H.W.H., Fung, K.M.T., Leung, A.Y., Li, S.M.Y., & Cheung, W.M. (2010). Three year follow-up study of an integrated supported employment for individuals with severe mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 49-58.



---

## Bijlage 2

# Verslag focusgroepen

### Doel en opzet

Doel van de focusgroepen is om meer inzicht te krijgen in de visie en standpunten van cliënten/werknemers, familieleden en re-integratie-professionals. De focusgroepen zijn gehouden volgens een vierstappenplan. De vier stappen zijn: exploratie, verdieping, verbinding en dialoog, en integratie. Hierna zullen de vier stappen worden toegelicht.

- 1 *Exploratie.* Dit houdt de exploratie van knelpunten onder cliënten, familieleden en professionals in brede zin in. Aan hen is gevraagd een waardering te geven aan de knelpunten die zij zelf naar voren brengen alsmede de uitgangsvragen die al geformuleerd zijn. Dit dient ter validatie van de reeds geformuleerde uitgangsvragen en kan aanvullende informatie opleveren, die meer inzicht geeft in de perspectieven van cliënten en professionals.
- 2 *Verdieping.* Tijdens deze stap is dieper ingegaan op de belangrijkste onderwerpen die uit de exploratiefase naar voren zijn gekomen en zijn de uitgangsvragen en knelpunten verder uitgediept. Hierdoor is inzicht verkregen in de perspectieven van cliënten, familieleden en professionals met betrekking tot specifieke aandachtspunten.
- 3 *Verbinding en dialoog.* Hierin zijn cliënten, familieleden en professionals met elkaar in dialoog gegaan om inzicht in elkaars perspectief te krijgen en overeenkomsten en verschillen tussen deze perspectieven zichtbaar te maken.
- 4 *Integratie met richtlijn.* Cliënten, familieleden en professionals hebben de uitkomsten van de dialoog besproken. Ook is aan de orde gekomen hoe de resultaten van de focusgroepen in de richtlijn geïntegreerd kunnen worden en zijn overige overwegingen geformuleerd.

Stappen 1 en 2 (exploratie en verdieping) hebben in de beginfase van de richtlijnontwikkeling plaatsgevonden. Er zijn vier bijeenkomsten georganiseerd: één met cliënten/werknemers, één met ervaringsdeskundigen, één met familieleden en één met professionals. In het eerste deel van de bijeenkomsten stond de exploratie centraal, in het tweede deel is ingegaan op de verdieping van uitgangsvragen. Fase 3 en 4 (dialoog en integratie) hebben later in het proces van richtlijnontwikkeling plaatsgevonden. In dit kader is een dialoogbijeenkomst georganiseerd, waarbij cliënten/werknemers, familieleden en professionals ideeën en opvattingen hebben uitgewisseld en

overige overwegingen en aanbevelingen hebben geformuleerd. Van iedere bijeenkomst is verslag gedaan naar de betrokkenen en de kerngroep.

## Resultaten focusgroep met cliënten/werknemers

De focusgroep begon met een oefening waarin acht cliënten werd gevraagd naar de knelpunten op het gebied van werken met een ernstige psychische aandoening. In hiernavolgende tekstbox wordt een overzicht gegeven van de knelpunten die door de cliënten naar voren zijn gebracht.

energie en moeheid, gebrek aan rustperiodes, druk te hoog, belemmeringen in werkaanpak, concentratie, niet uitdagend genoeg, moeite afbakening taken, weinig begrip en vertrouwen, sociale interactie, onthouden, angst, schakelen

Vervolgens gaven de cliënten aan welke knelpunten zij het meest belangrijk vonden. Deze knelpunten zijn samengevat in drie thema's, die in een volgende oefening verder verdiept werden. Hierna volgt een samenvatting van de drie thema's en de toelichting daarop.

### Omgaan met beperkingen in het werk

Doordat mensen met een ernstige psychische aandoening veel last hebben van stress, prikkels, slaapgebrek en soms de gevolgen van middelenmisbruik, kunnen ze niet 'normaal' functioneren. Dit leidt vaak tot onbegrip van de omgeving, overbelasting, afsluiting en passiviteit. Mogelijke oplossingen die door cliënten werden aangedragen hebben betrekking op medicijntrouw, activiteiten ter ontspanning, gepaste woon- en werkomgeving en het bieden van structuur.

### Onvoldoende afstemming werk op persoon

De cliënten gaven aan dat aanpassingen op de werkplek vaak ontbreken. Daarnaast hebben zij het idee dat werkgevers vaak niet weten wat er nodig is en weinig zicht hebben op het dagelijks functioneren van de werknemer. Door het gebrek aan afstemming van werk op de persoon kunnen verkeerde inschattingen gemaakt worden van de mogelijkheden van een werknemer en kunnen zij onder- of overbelast raken, waardoor klachten kunnen verergeren. Oplossingen die de deelnemers aandroegen, hadden betrekking op de mogelijkheid voor een time-out, contact met de jobcoach en/of behandelaar, het aanpassen van arbeidstijden en een rustkamer op de werkplek.

### **Geen mogelijkheden voor ontwikkeling en ontplooiing**

Cliënten vinden dat er nauwelijks mogelijkheden zijn voor ontwikkeling en ontplooiing in het werk. Dit komt deels doordat mensen met ernstige psychische aandoeningen vaak een andere werkaanpak hebben, die niet door de werkgever wordt geaccepteerd. Daarnaast zijn de talenten en mogelijkheden van deze mensen vaak niet bekend bij de werkgever. Volgens de deelnemers van de focusgroep heeft dit te maken met het etiket dat mensen hebben; dit weegt zwaarder dan hun competenties. De gevolgen van het gebrek aan mogelijkheden voor ontwikkeling en ontplooiing zijn een verlies van arbeidsvreugde en motivatie en economisch verlies. Mogelijke oplossingen waren volgens de cliënten: ruimte geven, goede werkbegeleiding en competenties inventariseren. De meningen van de cliënten waren verdeeld over het nut van het al dan niet bekend maken van hun problematiek op het werk.

### **Resultaten focusgroep met ervaringsdeskundigen**

De focusgroep begon met een oefening waarin tien ervaringsdeskundigen werd gevraagd naar de knelpunten op het gebied van werken met een ernstige psychische aandoening. In hiernavolgende tekstbox wordt een overzicht gegeven van de knelpunten die door de ervaringsdeskundigen naar voren zijn gebracht.

financiën, geloofwaardigheid, als anders gezien worden, stigma, beeldvorming, opstart nieuwe baan, onvoldoende begeleiding en coaching, draagkracht, werktijden, gat in CV, continuïteit moeten kunnen bieden, uitval, gebrek aan ruimte en vertrouwen, onbekendheid psychiatrie werkgever

Vervolgens gaven de deelnemers aan welke knelpunten zij het meest belangrijk vonden. Deze knelpunten zijn samengevat in drie thema's, die in een volgende oefening verder verdiept werden. Hierna volgt een samenvatting van de drie thema's en de toelichting daarop.

#### **Beeldvorming en stigma**

De ervaringsdeskundigen gaven aan dat veel problemen spelen rondom de beeldvorming bij ernstige psychische aandoeningen. Zij denken dat er sprake is van negatieve beeldvormen door vooroordelen, angst en onzekerheid, negatieve ervaringen, gemakzucht en een gebrek aan kennis en kunde. Als gevolg hiervan ligt de nadruk bij mensen met ernstige psychische aandoeningen vooral op hun beperkingen in plaats van op hun capaciteiten. Als oplossingen raden ervaringsdeskundigen aan de

focus te leggen op de capaciteiten van cliënten, voorlichting en scholing te geven over psychische problematiek en ervaringsdeskundigen met een helikoptervisie in te zetten. Daarbij is het belangrijk dat empowerment van cliënten plaatsvindt en dat gekeken wordt naar best practices op dit gebied.

### **Gebrek aan werkaanpassingen**

Mensen met ernstige psychische aandoeningen ervaren een gebrek aan aanpassingen op het werk. De ervaringsdeskundigen geven aan dat dit onder andere komt door de negatieve beeldvorming rondom de psychiatrie. Daarnaast is er een slechte toegang tot voorzieningen en is er onbekendheid bij zowel werkgever als werknemer over de mogelijkheden voor werkaanpassingen. Bovendien weet men vaak niet welke aanpassingen nodig zijn. Als oorzaak hiervan worden de onzichtbaarheid en onvoorspelbaarheid van de beperkingen genoemd en het gebrek aan zelfacceptatie en ziekte-inzicht bij cliënten. Oplossingen die door de ervaringsdeskundigen worden aangedragen zijn integraal werken (samenwerking), bevorderen zelfregie en empowerment en anti-stigmabeleid.

### **Problemen rond uitkering(sinstanties)**

Ervaringsdeskundigen signaleren veel knelpunten rondom uitkeringen en uitkeringsinstanties. Ten eerste geven zij aan dat deze instanties niet naar de persoonlijke kwaliteiten van cliënten kijken. Volgens hen komt dit door ondeskundigheid van het personeel, stigma en het niet vraaggericht werken van instanties. De problemen van cliënten zijn daarbij het uitgangspunt in plaats van de mogelijkheden. Hierdoor worden cliënten in de patiëntenrol geduwd en worden kansen ontnomen. Daarnaast geven ervaringsdeskundigen aan dat er vaak te hoge verwachtingen zijn van cliënten en zorgt het verplichte karakter van het traject voor veel stress en extra belasting. Dit kan ertoe leiden dat de klachten verergeren en dat mensen gedemotiveerd raken. Bovendien wordt het re-integratietraject vaak te vroeg ingezet volgens de ervaringsdeskundigen. Verder is er vooral sprake van onduidelijkheid en miscommunicatie door te veel instanties, ingewikkelde formulieren, een gat tussen wet- en regelgeving, slecht afgestemde wetten, gebrek aan samenwerking en slechte communicatie binnen organisaties. Mogelijke oplossingen die voor dit probleem genoemd worden, zijn: scholing, nadruk op het behoud van werk en de inzet van ervaringsdeskundigen bij de betrokken organisaties.

### **Resultaten focusgroep met familieleden/naastbetrokkenen**

De focusgroep begon met een oefening waarin negen naastbetrokkenen werd gevraagd naar de knelpunten op het gebied van werken met een

ernstige psychische aandoening. In hiernavolgende tekstbox wordt een overzicht gegeven van de knelpunten die door de naastbetrokkenen naar voren werden gebracht.

werkdruk/stress, spanning/lawaai/drukte, energieverdeling, spanning op de werkvloer, onvoldoende kennis van problematiek, begeleiding op afstand, geen werkaanpassingen, onvoldoende training/gewentijd, slecht klimaat binnen bedrijf, ruzie tussen werknemers, gebrek aan goede werkplekken, werk beneden stand, problemen met concentratie, geen vast contract, moeite met op tijd komen, stemmen, weinig communicatie

Vervolgens gaven de naastbetrokkenen aan welke knelpunten zij het meest belangrijk vonden. Deze knelpunten zijn samengevat in drie thema's, die in een volgende oefening verder werden verdiept. Hierna volgt een samenvatting van de drie thema's en de toelichting daarop.

### **Rol naastbetrokkenen**

De rol van de naastbetrokkenen is problematisch doordat er veel tijd en inzet van hen wordt gevraagd. Zij wijten dit aan het gebrek aan maatschappelijke ondersteuning, het ontbreken van daginvulling voor de cliënten en de ingewikkelde wetgeving. Daarnaast ervaren zij misbruik van privacy. Door deze problemen bestaat het gevaar dat naastbetrokkenen overbelast raken en afhaken. Zij kunnen zich hierdoor slachtoffer van de situatie voelen. Soms levert hen dit echter ook positieve ervaringen op. De naastbetrokkenen raden aan om als naastbetrokkene het zorgplan van de cliënten op te eisen en het traject te volgen. Ook denken zij dat het koppelen van het PGB (persoonsgebonden budget) aan werk problemen kan oplossen. Daarnaast raden zij aan proeftuinen op te zetten met kleinschalige werkvoorzieningen voor cliënten onder begeleiding van naastbetrokkenen. Ten slotte raden naastbetrokkenen aan de Triadekaart van Ypsilon te gebruiken.

### **Ggz-hulpverleners**

Naastbetrokkenen hebben soms moeite met de bejegening van ggz-hulpverleners naar cliënten en naastbetrokkenen. Daarnaast vinden naastbetrokkenen dat ggz-hulpverleners weinig aandacht hebben voor werkgerelateerde aspecten. Dit komt omdat er binnen de ggz weinig aandacht is voor het gezonde gedeelte van een individu en de nadruk ligt op 'pillen en praten'. Verder vinden naastbetrokkenen dat niet goed wordt samengewerkt tussen de hulpverleners, waarbij verantwoordelijkheden vaak worden verschoven. De gevolgen van de problemen zijn een slechte relatie van de hulpverlener met de cliënt, gebrek aan zichtbare resultaten

en nadruk op de beperkingen van cliënten. Als mogelijke oplossingen noemen de naastbetrokkenen: luisteren naar cliënten (door hulpverleners) en nadruk op het gezonde gedeelte van een cliënt.

### **Cliëntgerichte aanpak**

Naastbetrokkenen ervaren het als een knelpunt dat er op de werkplek geen cliëntgerichte aanpak is. Zij vinden dat er weinig aandacht is voor de behoeften van de cliënten, zoals een rustige werkplek, moeite met op tijd komen, passend werk en flexibiliteit. Volgens de deelnemers komt dit door angst voor mensen die ‘anders’ zijn en ondeskundigheid. Doordat er geen cliëntgerichte aanpak is, ontstaat er bij cliënten frustratie, stress en onzekerheid. Bovendien worden zij hierdoor extra geconfronteerd met hun beperkingen. Naastbetrokkenen denken dat mogelijke oplossingen zijn dat de mogelijkheden en beperkingen van cliënten beschreven worden en dat voorlichting wordt gegeven op de werkplek.

### **Resultaten focusgroep met professionals**

De focusgroep begon met een oefening waarin zeven professionals (ggz-hulpverleners en re-integratieprofessionals) werd gevraagd naar de knelpunten op het gebied van werken met een ernstige psychische aandoening. In hiernavolgende tekstbox wordt een overzicht gegeven van de knelpunten die door de professionals naar voren werden gebracht.

*disclosure, weinig inzicht in aandoening, gebrek aan ondersteuning, financiering van de ondersteuning, nieuwe rol cliënt, lange duur behandeltrajecten, geen compensatie van beperkingen, discontinuïteit begeleiding, weinig informatie van behandelaars, onvoldoende hulp voor werkgevers*

Vervolgens gaven de professionals aan welke knelpunten zij het meest belangrijk vonden. Deze knelpunten zijn samengevat in drie thema's, die in een volgende oefening verder verdiept werden. Hierna volgt een samenvatting van de drie thema's en de toelichting daarop.

#### **Ondersteuning bij werk**

Professionals identificeerden problemen zowel rond het vragen als het bieden van ondersteuning aan cliënten bij werk. Soms is ondersteuning niet beschikbaar door een gebrek aan financiering. In andere gevallen is niet bekend dat ondersteuning mogelijk is door een gebrek aan kennis. Daarnaast komt het voor dat ondersteuning niet gewenst is, hoewel dit mogelijk wel nodig is. Een reden hiervoor is de angst gestigmatiseerd

te worden, waardoor de cliënt zijn problematiek niet bij zijn werkgever bekend wil maken. Andere redenen zijn een gebrek aan ziekte-inzicht en een gebrek aan kennis. Doordat ondersteuning niet geboden of gevraagd wordt, maken cliënten minder gebruik van voorzieningen en is er minder goede aansluiting bij de behandeling. Ook kan dit leiden tot baanverlies. Oplossingen die door de professionals werden aangedragen zijn: meer informatie over mogelijkheden voor ondersteuning, goede financiering, cliëntvolgend budget (integraal en fasevolgend) en goede samenwerking tussen alle betrokken partijen.

### **Disclosure**

De professionals gaven aan dat er problemen zijn rondom *disclosure* (openheid over de aandoening). Dit houdt in dat cliënten hun problematiek vaak niet bekend willen maken aan de werkgever uit angst gestigmatiseerd te worden. Als gevolg hiervan krijgt de cliënt vaak geen voorzieningen en wordt hij tekort gedaan. Daarnaast wekt dit verkeerde verwachtingen op de werkplek wat leidt tot teleurstelling bij beide partijen. Professionals denken dat de acceptatie van beperkingen kan helpen bij het oplossen van het *disclosure*probleem. Daarnaast denken zij het kan helpen om de nadruk op competenties te leggen in plaats van beperkingen.

### **Samenwerking professionals**

De deelnemers van de focusgroep gaven aan dat er knelpunten zijn rondom de samenwerking tussen professionals. De samenwerking tussen de bedrijfsarts en ggz-hulpverleners werd hier als voorbeeld aangehouden. Het probleem in deze samenwerking is dat ggz-hulpverleners weinig informatie over de cliënt verstrekken aan de bedrijfsarts. Daarnaast laat informatie vaak lang op zich wachten en is dit in jargon geschreven. Professionals denken dat dit is om de privacy van de cliënt beschermen. Daarnaast veronderstelt men dat ggz-hulpverleners werk vaak niet in het belang van de cliënt achten.

### **Resultaten dialoogbijeenkomst**

Bij deze bijeenkomst zijn van elke focusgroep drie a vier mensen aanwezig om verschillende ideeën vanuit de diverse groepen te horen en te bespreken. In totaal zijn veertien deelnemers aanwezig. In de dialoogbijeenkomst werden de resultaten van de eerdere vier focusgroepen gepresenteerd aan de hand van de vijf uitgangsvragen van de richtlijn. Bij elke uitgangsvraag was er gelegenheid om aanvullingen te maken. Hierna wordt een overzicht gegeven van de aanvullingen per uitgangsvraag.

### **Zelfmanagement cliënt**

De aanwezigen geven aan dat het niet alleen belangrijk is om je grenzen te leren kennen, maar deze ook bij te houden omdat grenzen in de loop van de tijd kunnen verschuiven. Wat betreft de begeleiding bij zelfmanagement is het belangrijk dat er vaste begeleiding is. Door wisselingen in begeleiding is er minder overzicht in veranderingen in zelfmanagement bij de cliënt. Als het niet 'klikt' met de begeleider dient er ruimte te zijn om te wisselen van begeleider. Bij zelfmanagement is het belangrijk dat er aandacht is voor het organiseren van het werk in de rest van het leven; werk heeft grote invloed op het privéleven en andersom. Dit betekent dat de cliënt begeleiding moet krijgen bij zowel de mentale, materiële als financiële organisatie om goed te kunnen functioneren op het werk. Verder is het belangrijk dat er regelmatig een evaluatie met cliënten plaatsvindt, waarbij diens sterke en zwakke punten in kaart worden gebracht. Cliënten kunnen zelf een rol spelen om ervoor te zorgen dat ze geëvalueerd worden. Ook dient bij zelfmanagement aandacht besteed te worden aan het vergoten van de intrinsieke en extrinsieke motivatie. Bevestiging van anderen kan hierbij helpen. Het helpt ook om zelf te bedenken wat je motiveert en om een toekomstvisie of planning te hebben. Sommige aanwezigen geven aan liever een planning voor de korte termijn te hebben dan voor de lange termijn.

### **Beïnvloedende factoren baanbehoud**

Het is voor cliënten belangrijk om een rolmodel te hebben; iemand die hetzelfde heeft meegemaakt en waar ze zich aan kunnen optrekken. Dit kan bijvoorbeeld door contact met ervaringsdeskundigen of via voorbeelden in de media. Dit kan bovendien helpen bij het doorbreken van stigma. Wat betreft de media-aandacht geven de aanwezigen echter aan dat dit stigma ook kan bevorderen. Naast dat er naar de draagkracht moet worden gekeken, moet er ook specifiek gekeken worden naar de draaglast van een cliënt; cliënten moeten niet overvraagd worden. Een goede balans tussen draagkracht en draaglast is belangrijk. Hierbij moeten de verwachtingen van beide kanten (werkgever en werknemer) duidelijk gemaakt worden. Verder vinden de aanwezigen dat werk financieel iets moet opleveren en dat uitkeringen voor een langere termijn gegarandeerd zouden moeten zijn.

### **Inschatten competenties (assessment)**

Voor het inschatten van competenties vinden aanwezigen vooral betrokkenheid van directe werkbegeleiders en collega's op de werkvloer belangrijk. Dit geldt overigens niet voor iedereen; mensen met autisme werken vaak liever alleen. Bedrijfsartsen kunnen een monitorende rol spelen door regelmatig gesprekken te hebben met cliënten. Hierbij kunnen beperkingen en mogelijkheden periodiek in kaart worden gebracht. Arbeids-



deskundigen kunnen hier ook een rol in spelen, maar zijn soms moeilijk vinden. De aanwezigen geven aan dat wsw-bedrijfsartsen (Wet sociale werkvoorziening) vaak weinig inzicht hebben in psychische aandoeningen; zij lijken vaak vooral aan het bedrijfsbelang te denken en minder aan de cliënt. Vaak zijn jobcoaches toegankelijker voor cliënten dan het uwv en bedrijfsartsen. Er wordt opgemerkt dat het vaak goed is om een cliënt eerst op proef ergens te plaatsen om te kijken hoe dit gaat. Verder moet bij het inschatten van competenties gelet worden op de interesses en ambities van een individu. Dit betekent dat niet alleen gekeken wordt wat iemand kan, maar ook wat hij of zij leuk vindt.

### **Samenwerking actoren**

Het valt de aanwezigen op dat behandelaren erg terughoudend zijn in het uitwisselen van informatie onder het mom van privacy regels. Zelfs als de cliënt toestemming hiervoor heeft gegeven, blijft de informatie-uitwisseling moeilijk. Samenwerking kan een belangrijke rol spelen bij terugval of uitval. Dit kan een cliënt helpen om op een goede manier terug te komen. De aanwezigen pleiten voor een betere bereikbaarheid van instanties en van ggz-instellingen. Het zou helpen wanneer zij ook in de avonduren en in weekenden bereikbaar zijn voor dringende vragen en acute problemen. Verder wordt aangegeven dat cliënten regelmatig tegenstrijdige adviezen krijgen van verschillende partijen en dat er verschillende visies zijn op werkhervatting. Dit is erg verwarrend voor cliënten.

### **Werkzame elementen re-integratie**

De aanwezigen zouden meer ruimte willen zien voor innovatieve therapieën, zoals neurofeedback (therapie om geheugen te verbeteren). Hier zou meer budget voor beschikbaar moeten zijn, bijvoorbeeld door een ruimer PGB (persoonsgebonden budget) of via verzekeraars. Verder is het bij re-integratie belangrijk om naar de samenhang te kijken tussen alle levensterreinen. Andere belangrijke elementen van re-integratie zijn werk-aanpassingen (bijvoorbeeld rustruimte) en het creëren van banen door werkgevers.

### **Overige overwegingen voor de richtlijn**

Op basis van de resultaten van de vier focusgroepen en de dialoogbijeenkomst zijn de overige overwegingen van de richtlijn geformuleerd. Hierna volgt een overzicht van de overige overwegingen per uitgangsvraag.

### **Wat zijn effectieve zelfmanagementinterventies voor het behouden van een baan?**

Uit de bijeenkomsten kwam naar voren dat mensen met ernstige psychische aandoeningen diverse zelfmanagementstrategieën toepassen. Op het werk proberen zij hun energie op een efficiënte manier te verdelen, hun werktijden aan te passen en rustmomenten in te bouwen. Buiten het werk kunnen mensen hun gedrag aanpassen door gezond te leven en medicatie (tijdig) in te nemen. Daarnaast helpt het om zelfdiscipline te hebben en eigen grenzen te leren kennen. Het is belangrijk om deze grenzen bij te houden omdat ze in de loop van de tijd kunnen verschuiven. Verder kunnen inzicht in en acceptatie van de problematiek zelfmanagement bevorderen. Ook helpt het hen om te bedenken wat hen motiveert, waar ze voldoening uithalen en om een toekomstvisie of -planning te hebben. Dit helpt om werk aan te laten sluiten bij individuele behoeftes en interesses. Ten slotte is het belangrijk om zelf initiatief te nemen, door een goede voorbereiding op gesprekken (met bijvoorbeeld uwv) en door met eigen wensen en ideeën te komen.

Benadrukt wordt dat zelfmanagementstrategieën eerst geleerd moeten worden voor ze kunnen worden toegepast. Deskundigheid en continuïteit in de begeleiding zijn belangrijk: bij wisselingen in de begeleiding is er minder overzicht in vorderingen in zelfmanagement bij de cliënt. Als het niet klikt met de begeleider dient er ruimte te zijn om te wisselen van begeleider. In de begeleiding moet er aandacht zijn voor het organiseren van het werk en het privéleven en de wisselwerking tussen beide. Verder is het belangrijk dat er regelmatig een evaluatie plaatsvindt, waarbij sterke en zwakke punten van de cliënt in kaart worden gebracht. Cliënten kunnen er zelf mede op toezien dat ze regelmatig geëvalueerd worden.

### **Wat zijn beïnvloedende factoren voor baanbehoud?**

In de eerste plaats kwamen beperkingen als gevolg van de psychische aandoening naar voren. Mensen hebben met name last van concentratieproblemen en vermoeidheid. Daarnaast hebben zij snel last van spanningen, drukte op de werkvloer en een hoge werkdruk. Mensen vinden het vaak moeilijk hun eigen draagkracht en draaglast in te schatten. Een goede balans tussen beide is belangrijk. Hierbij moeten de verwachtingen van beide kanten (werkgever en werknemer) duidelijk worden gemaakt. Daarnaast zijn er belemmeringen in de werksituatie. Mensen hebben bij een nieuwe baan vaak moeite met opstarten en hebben behoefte aan extra training of een gewentijd. Op de werkvloer zijn vaak geen maatregelen getroffen wat betreft aangepaste werktijden of het instellen van rustperiodes. Ook is er een gebrek aan goede werkplekken, waardoor het werk niet uitdagend genoeg of beneden hun niveau is. Verder is de beeldvorming over psychische problematiek een probleem: mensen ervaren soms weinig

begrip bij collega's en leidinggevend en hebben het gevoel dat ze minder serieus worden genomen.

Openheid van de cliënt naar de werkgever (*disclosure*) kan een positieve invloed hebben op baanbehoud. Door meer kennis over de stoornis kan meer begrip gekweekt worden. Het gaat hierbij vooral om meer kennis en openheid over de stoornis en/of bijbehorende beperkingen in het algemeen en niet specifiek over een bepaald individu. Ook een rolmodel, zoals een ervaringsdeskundige, kan helpen bij het doorbreken van stigma. Verder is voldoende begeleiding op de werkplek cruciaal, evenals een goede afstemming en informatie-uitwisseling tussen werkgever, behandelaar en jobcoach.

### **Wat zijn best practices voor het inschatten van vaardigheden in het vinden en behouden van werk?**

Uit de bijeenkomsten kwam naar voren dat competenties soms niet goed worden ingeschat, waardoor mensen werk hebben dat niet aansluit bij hun mogelijkheden. Bij het inschatten van competenties dient gelet te worden op de interesses en ambities van een individu. Ook kan iemand worden gestimuleerd om zelf initiatieven te nemen.

Arbeidsbegeleiders en collega's kunnen betrokken worden bij het inschatten van competenties, omdat zij vaak een goed beeld hebben van iemands functioneren. Wanneer iemand lang niet heeft gewerkt, kan een proefplaatsing zinvol zijn om te kijken hoe het gaat. Stigma rondom de beperkingen van een aandoening kunnen een belemmering in het inschattingproces vormen, doordat hierdoor niet altijd open gesproken wordt over beperkingen en competenties. Bij de inschatting moeten de competenties belangrijker zijn dan de diagnose.

Bij de inschatting van competenties spelen jobcoaches en trajectbegeleiders een belangrijke rol: zij zijn vaak toegankelijker voor cliënten dan bedrijfsartsen en arbeidsdeskundigen. Bedrijfsartsen en arbeidsdeskundigen kunnen een monitorende rol spelen door regelmatig gesprekken te hebben met cliënten, waarbij beperkingen en mogelijkheden periodiek in kaart worden gebracht. Belangrijke aandachtspunten in het inschattingproces zijn een individuele benadering (maatwerk) en continuïteit in de begeleiding.

### **Wat zijn best practices in de samenwerking tussen actoren om te komen tot werkbehoud?**

Uit de bijeenkomsten blijkt dat er vaak gebrek is aan deskundige begeleiding, dat de begeleiding te veel op afstand is en dat er communicatieproblemen zijn tussen re-integratieprofessionals en ggz-hulpverleners. Omdat de opvattingen over werkhervatting verschillen, krijgen zij regelmatig tegenstrijdige adviezen van verschillende partijen. Dit scheidt verwarring

en ondermijnt het vertrouwen in de begeleiding. Een zorgvuldigere afstemming tussen de bedrijfsarts en de ggz-hulpverleners is noodzakelijk. Hulpverleners verstrekken vaak weinig informatie over cliënten, informatie laat vaak lang op zich wachten en is in jargon geschreven. Voor een verbetering in de afstemming is het belangrijk dat bedrijfsartsen gerichte en specifieke vragen stellen aan hulpverleners en dat hulpverleners zorgen voor snelle en duidelijke antwoorden. Daarnaast laat de samenwerking op het gebied van financiën (uitkering) soms te wensen over.

Verder dient er meer aandacht uit te gaan naar cliënten voor wie de re-integratie naar werk het moeilijkst is. Het idee bestaat dat begeleiders meer aandacht besteden aan gemakkelijk plaatsbare cliënten en minder moeite doen voor moeilijk plaatsbare cliënten. Verder pleiten de deelnemers voor een betere bereikbaarheid van instanties, met name de ggz. Het zou helpen wanneer zij ook in de avonduren en in weekenden bereikbaar zijn voor dringende vragen en acute problemen.

Ook kan de samenwerking tussen professionals en familieleden (of naastbetrokkenen) worden verbeterd. Familieleden ervaren problemen rondom de bejegening door professionals en zijn van mening dat er te weinig aandacht is voor hun rol in het re-integratieproces. Ook vinden zij dat er weinig kennis is van individuele cliënten en dat er binnen de behandeling te weinig aandacht is voor werkgerelateerde aspecten.

### **Wat zijn werkzame elementen voor arbeidsbegeleiding?**

Een goede coach is een belangrijk element van een succesvolle interventie. Dit houdt in dat er begrip voor de problematiek is en dat cliënten vertrouwen en ruimte ervaren. Binnen de interventie moeten de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt in kaart worden gebracht, zodat het werk daarop kan worden afgestemd en zo nodig maatregelen op de werkvloer kunnen worden getroffen. Te denken valt aan het creëren van een rustige werkplek, een terugtrekplek, het bieden van training of gewentijd en het afstemmen van de werkdruk. Verder dient bekeken te worden hoe iemand om kan gaan met spanningen op de werkvloer en het klimaat binnen een bedrijf. Binnen een succesvolle interventie wordt eveneens gewerkt aan empowerment, autonomie, zelfontplooiing en zelfmanagement van het individu. Wat betreft de omgeving dient de interventie zich onder andere te richten op de financiële aspecten van werk en op manieren om begrip bij de omgeving te creëren voor de situatie van een cliënt, bijvoorbeeld door het geven van uitleg hierover. Daarnaast dienen de wensen en verwachtingen van de werkgever inzichtelijk te worden gemaakt bij de cliënt en omgekeerd, zodat afspraken hierop kunnen worden afgestemd. Ook zou er meer (financiële) ruimte moeten komen voor innovatieve therapieën (zoals neurofeedback), die kunnen helpen om het arbeidsfunctioneren van cliënten te verbeteren. Ten slotte zouden werkgevers meer verleid moeten worden om banen te creëren voor deze doelgroep.

---

## Bijlage 3

# Verslag casusstudies

### Opzet casusstudies

Er zijn acht casusstudies uitgevoerd om het re-integratieproces van werknemers met een ernstige psychische aandoening in kaart te brengen. Hierin worden de ervaringen beschreven van de werknemers en de actoren die een rol vervullen of recentelijk vervuld hebben in het re-integratieproces. Per casus zijn drie actoren geïnterviewd: de werknemer, de re-integratieprofessional (bijvoorbeeld jobcoach of bedrijfsarts), en de werkgever/leidinggevende.

Voor de casusstudies zijn werknemers geselecteerd die behoren tot de doelgroep mensen met een ernstige psychische aandoening, die nu of recent hebben deelgenomen aan een re-integratietraject, en een betaalde baan hebben. Verder is gezocht naar variatie binnen de casussen wat betreft de duur van de huidige baan (onlangs met een baan begonnen versus al langere tijd een baan hebben), de aard van het traject (bijvoorbeeld niet alleen IPS maar ook andere individuele trajecten) en ervaring met uitval (bijvoorbeeld recent geruime tijd arbeidsongeschikt geweest versus al langere tijd niet arbeidsongeschikt geweest vanwege psychische klachten). Tevens is gestreefd naar een mix van jong en oud, man en vrouw, uitkeringsachtergrond en afkomst (Nederlands-buitenlands). Geschikte casussen zijn gezocht via re-integratiebedrijven, jobcoachorganisaties, casemanagementteams en arbodiensten.

Per casus is een gevalsbeschrijving opgesteld die is voorgelegd aan leden van de kerngroep. Zij hebben de casussen beoordeeld op volledigheid en hebben aanvullende vragen geformuleerd die in het kader van de richtlijn van belang zijn. Deze vragen zijn meegenomen in de tweede interviewronde, die een half jaar later heeft plaatsgevonden. In dit kader zijn de werknemer en de professional opnieuw benaderd voor een interview. In dit interview (met werknemer en professional samen) is tevens teruggeblikt op ontwikkelingen die het afgelopen half jaar hebben plaatsgevonden. De resultaten van de eerste en tweede ronde zijn beschreven in een geïntegreerd verslag en vormen de basis voor de in de richtlijn geformuleerde overige overwegingen.

In dit verslag wordt eerst een korte beschrijving gegeven van de casussen, om een beeld te krijgen van de werknemers die hebben deelgenomen aan de studie. Vervolgens worden per uitgangsvraag van de richtlijn de belang-

rijkste bevindingen uit de casussen beschreven. Per uitgangsvraag worden één of meer overige overwegingen geformuleerd voor de richtlijn.

## Achtergrond werknemers

In deze paragraaf worden in het kort de achtergronden van de werknemers beschreven die aan de casusstudie hebben deelgenomen.

- *Casus 1.* D is een 21-jarige ongehuwde jongen van buitenlandse afkomst. Hij werkt parttime als vulploegmedewerker. Hij heeft een psychose gehad en is daarvoor opgenomen geweest.
- *Casus 2.* N is een 37-jarige ongehuwde vrouw van Nederlandse afkomst. Zij werkt (met een tijdelijk contract) als activiteitenbegeleider. N heeft een persoonlijkheidsstoornis (borderline) en is hiervoor jarenlang bij de ggz in zorg geweest.
- *Casus 3.* R is een 49-jarige getrouwde man met vier kinderen. Hij is in dienst als servicemonteur. R is meerdere malen in een psychose terechtgekomen en is depressief.
- *Casus 4.* M is een 44-jarige vrouw, gehuwd en heeft een kind. Ze werkt parttime als servicemedewerkster. M heeft een psychose doorgemaakt en is depressief.
- *Casus 5.* I is een 34-jarige ongehuwde vrouw van Nederlandse afkomst. Ze is werkzaam als managementassistent. I is vanwege een persoonlijkheidsstoornis (borderline) opgenomen geweest.
- *Casus 6.* T is een man van 33 jaar, ongehuwd en van buitenlandse afkomst. Hij werkt als orderpikker in een magazijn. T is voor zijn psychosen opgenomen geweest.
- *Casus 7.* M. is een alleenstaande vrouw van 27 jaar van Nederlandse afkomst. Ze werkt in een boekhandel. M. heeft een stoornis in het autistisch spectrum en is depressief. Hiervoor is ze een tijd opgenomen geweest.
- *Casus 8.* S. is een vrouw van 23 jaar van Nederlandse afkomst. Ze is werkzaam als kamermeisje in een hotel. S. heeft een eetstoornis (anorexia).

## Zelfmanagement

Bij de meeste werknemers vormen de psychische problemen een belemmering voor het arbeidsfunctioneren. De meest genoemde klachten zijn moeheid/energiegebrek, angst en concentratieproblemen. Om met de klachten om te gaan en terugval te voorkomen, nemen zij een aantal (voorzorgs)maatregelen. Sommigen proberen tijdens het werk rustmomenten in te bouwen of rusten direct na thuiskomst van het werk. Andere vormen van zelfmanagement die genoemd worden zijn: signalen van terugval leren

herkennen, ontspanning zoeken in de thuissituatie, een vast dagritme aanhouden, steun zoeken bij anderen, soms een dag vrij nemen, en een dagboek bijhouden met gedachten en gevoelens over de privé- en werksituatie.

### **Overige overweging**

Uit de casusstudies komt naar voren dat werknemers terugval proberen te voorkomen door tijdens het werk voldoende rustmomenten in te bouwen of direct na thuiskomst te gaan rusten. Andere vormen van zelfmanagement die genoemd worden zijn: signalen van terugval leren herkennen, ontspanning zoeken in de thuissituatie, een vast dagritme aanhouden, steun zoeken bij anderen, soms een dag vrij nemen, en een dagboek bijhouden met gedachten en gevoelens over de privé- en werksituatie.

### **Beïnvloedende factoren**

Werknemers, jobcoaches/trajectbegeleiders en leidinggevendenden noemen diverse factoren die een belemmering vormen voor baanbehoud. In de eerste plaats factoren die te maken hebben met de werknemer. Hierbij gaat het vooral om psychische klachten en de daaruit voortkomende beperkingen, bijwerkingen van medicatie en wisselingen in de medicatie. Daarnaast worden belemmeringen in de werksituatie genoemd, zoals onregelmatige diensten, deadlines en stress, ontevredenheid met het werk, onduidelijkheid over werkzaamheden en onzekerheid over de toekomst. Deze belemmeringen gelden overigens ook voor 'gewone' werknemers, maar sterker nog voor deze doelgroep. Andere genoemde belemmeringen zijn: wet- en regelgeving (late goedkeuring van het uwv, financiële achteruitgang), en problemen in de thuissituatie.

Bevorderend voor werkbehoud zijn vooral factoren die te maken hebben met de werkomgeving, aanpassingen in het werk en ondersteuning. In de werksituatie gaat het vooral om een goede werksfeer, structuur in het werk, prettige collega's en een ondersteunende leidinggevende. Daarnaast zijn werkaanpassingen zinvol om het werk en de werksituatie beter op de werknemer af te stemmen. Als aanpassingen worden genoemd: maatregelen om de werkdruk te verminderen, extra pauzes, aanpassingen in de werkzaamheden, een rustige werkomgeving, geen wisselende diensten, aanpassing van de werktijden en parttime werken. Ook goede begeleiding en ondersteuning zijn cruciale factoren voor werkbehoud. Het helpt wanneer een werknemer inzicht heeft in de eigen mogelijkheden en beperkingen en accepteert dat hij/zij soms hulp nodig heeft. De re-integratie-professional (met name trajectbegeleider, jobcoach of bedrijfsarts) speelt vaak een belangrijke rol in de begeleiding, niet alleen in het ondersteunen

van de werknemer, maar ook bij het realiseren van werkaanpassingen en door leidinggevend en collega's op de werkplek te informeren en ondersteunen. Het helpt wanneer er een vertrouwensband is tussen werknemer en re-integratieprofessional, als de werknemer open is over zijn/haar beperkingen en wanneer er een goede afstemming is tussen arbeidsbegeleiding en ggz-hulpverlening.

In de casussen heeft de leidinggevende een cruciale rol in de begeleiding, zowel in positieve als in negatieve zin. Goede leidinggevend en slagen erin een evenwicht te vinden tussen enerzijds de werknemer te behandelen als een 'gewoon' personeelslid, en anderzijds rekening te houden met iemands mogelijkheden en beperkingen. Deze leidinggevend en zijn bereid om – wanneer iemand een terugval krijgt of onzeker is – extra aandacht te besteden aan de werknemer en hem of haar vertrouwen te geven. Wanneer een werknemer uitvalt, houden zij regelmatig contact met de werknemer zonder hierbij druk uit te oefenen. Daar staat tegenover dat leidinggevend en die niet bereid zijn om rekening te houden met de mogelijkheden van de werknemer, juist belemmerend kunnen werken voor werkbehoud. Ten slotte kunnen ook familieleden en maatjes op de werkvloer (collega's) een bron van ondersteuning zijn.

### **Overige overwegingen**

Uit de casussen komt naar voren dat werkbehoud belemmerd wordt door factoren bij de werknemer (psychische klachten en beperkingen, bijwerkingen van medicatie en wisselingen in de medicatie), in de werksituatie (onregelmatige diensten, deadlines en stress, ontevredenheid met het werk, onduidelijkheid over werkzaamheden en onzekerheid over de toekomst), door wet- en regelgeving (late goedkeuring van het UWV, financiële achteruitgang) en problemen in de thuissituatie.

Uit de casusstudies blijkt dat werkbehoud bevordert wordt door factoren in de werkomgeving (goede werksfeer, structuur in het werk, prettige collega's en leidinggevende), aanpassingen in het werk (maatregelen om de werkdruk te verminderen, extra pauzes, aanpassingen in de werkzaamheden of werktijden, een rustige werkomgeving, geen wisselende diensten, parttime werk) en ondersteuning door re-integratieprofessionals, leidinggevend en, familieleden en maatjes op de werkvloer.



## Inschatten competenties

Uit de casusstudies blijkt dat re-integratieprofessionals de arbeidsvaardigheden- of competenties vooral inschatten door middel van gesprekken met de werknemer. Aandachtspunten in de gesprekken zijn het arbeidsverleden, de opleiding, de wensen en interesses van de werknemer. Daarnaast worden soms specifieke vragen gesteld over sociale vaardigheden, geheugen en het benoemen en analyseren van problemen. Ook wordt gekeken hoe iemand in het gesprek overkomt: is iemand sociaal vaardig, verlegen, enzovoort. Sommige professionals maken hierbij gebruik van een methodiek, zoals Individuele Plaatsing en Steun, Begeleid Werken of de Individueel Vraaggerichte Benadering. Soms worden ook gesprekken gevoerd met mensen in de omgeving van de werknemer (ouders, naasten), waarin gevraagd wordt naar de kwaliteiten van de werknemer.

De inschatting van de belastbaarheid is een proces, omdat de belastbaarheid in de tijd sterk kan wisselen. De re-integratieprofessional voert gesprekken met de werknemer, waarin vooral gekeken wordt naar de huidige belasting, stressfactoren in het werk, beschikbare steun, vroegere werkzaamheden, werktempo en functioneren, en belangrijke randvoorwaarden voor het werk. Behalve gesprekken met de cliënt gaan sommige professionals ook op de werkvloer kijken hoe iemand functioneert en worden gesprekken gevoerd met de leidinggevende en collega's om een volledig beeld te krijgen van de werknemer. Ook wordt soms gebruikgemaakt van een beroepskeuzetest of proefplaatsing om een beeld te krijgen van wat iemand wel en niet kan.

## Overige overwegingen

Uit de casusstudies blijkt dat re-integratieprofessionals de arbeidsvaardigheden- of competenties inschatten door middel van gesprekken met de werknemer. Aandachtspunten zijn het arbeidsverleden, de opleiding, de wensen en interesses van de werknemer, en daarnaast de sociale vaardigheden, het geheugen en probleemanalyse. Ook wordt gekeken hoe iemand in het gesprek overkomt en wordt aan mensen in de omgeving (ouders, naasten) gevraagd naar de kwaliteiten van de werknemer.

Uit de casusstudies komt naar voren dat de inschatting van de belastbaarheid een proces is, omdat de belastbaarheid in de tijd sterk kan variëren. In gesprekken met de werknemer wordt vooral gekeken naar de huidige belasting, stressfactoren in het werk, beschikbare steun, vroegere werkzaamheden, werktempo en functioneren, en de randvoorwaarden voor het werk. Ook gaat men soms op de werkvloer kijken hoe iemand functioneert en wordt gesproken met de leidinggevende en collega's, of wordt gebruikgemaakt van een beroepskeuzetest of proefplaatsing.

## Samenwerking actoren

Uit de casussen komt naar voren dat werknemers met ernstige psychische aandoeningen contact hebben met tal van professionals: één of meer ggz-hulpverleners (psychiater, spv'er, casemanager, woonbegeleider), één of meer re-integratieprofessionals (jobcoach, trajectbegeleider en/of bedrijfsarts) en met een verzekeringsarts of arbeidsdeskundige. De re-integratieprofessional is meestal de spin in het web die contact onderhoudt met de andere professionals, met leidinggevend en collega's op de werkvloer, en soms met familieleden en naasten. Jobcoaches en trajectbegeleiders die deel uitmaken van een behandelteam melden dat de lijnen met ggz-hulpverleners kort zijn en dat er overeenstemming is over de behandeling. Wanneer de hulpverleners wel in dezelfde instelling maar niet in hetzelfde team werken, zijn er meestal ook contacten, maar minder frequent. Met hulpverleners van een andere instelling of vrijgevestigde hulpverleners is vaak weinig contact. Afstemming tussen arbeidsbegeleiding en ggz-hulpverlening vinden de geïnterviewden met name zinvol om te zorgen voor een eenduidige aanpak naar de werknemer, om te overleggen over de medicatie (met name over bijwerkingen en wisselingen in medicatie) en wanneer de werknemer een terugval krijgt. Bedrijfsartsen nemen soms contact op met de behandelaar van de werknemer, maar niet altijd. Soms vindt een bedrijfsarts het niet nodig of heeft een jobcoach al contact met de behandelaar.

De samenwerking van re-integratieprofessionals met verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen verloopt wisselend. Sommige professionals geven aan dat arbeidsdeskundigen moeilijk bereikbaar zijn en dat er weinig overleg plaatsvindt. Zo is er bijvoorbeeld onduidelijkheid over herkeuringen en over beoordelingen in het kader van een Wajong-uitkering. In andere gevallen verloopt de samenwerking wel naar tevredenheid en vindt er regelmatig face-to-face-contact plaats.

Re-integratieprofessionals hebben regelmatig contact met de leidinggevende van de cliënt. In de gesprekken komt het functioneren en de belastbaarheid van de werknemer aan de orde, de aanpak bij werkherleving, de werkbelasting en eventuele werkaanpassingen. In sommige gevallen informeert de professionals de leidinggevende en/of collega's over de problemen van de werknemer en hoe zij hier het beste mee kunnen omgaan. De samenwerking verloopt meestal goed, een enkele keer was er onenigheid tussen leidinggevende en trajectbegeleider over het tempo van werkherleving.

### **Overige overweging**

Uit de casussen kwam naar voren dat de re-integratieprofessional contacten onderhoudt met andere professionals (ggz-hulpverleners, verzekeringartsen, arbeidsdeskundigen), met leidinggevend en collega's op de werkvloer, en soms met familieleden en naasten. Dit is van belang om te zorgen voor een eenduidige aanpak naar de werknemer, voor de continuïteit in de begeleiding en om te overleggen over de begeleiding en behandeling. Korte lijnen en regelmatig face-to-face-contact vergemakkelijkt de samenwerking van re-integratieprofessionals met ggz-hulpverleners en met verzekeringartsen en arbeidsdeskundigen. Verder is van belang dat er regelmatig contact is met de leidinggevende en eventueel de collega's van de werknemer, met name wanneer een werknemer (tijdelijk) minder goed functioneert.

### **Werkzame elementen arbeidsbegeleiding**

Uit de casussen blijkt dat een vertrouwensband tussen werknemer en re-integratieprofessional belangrijk is binnen de begeleiding: de werknemer moet gemotiveerd zijn om te werken en bereid zijn om hulp te accepteren, en de professional moet vertrouwen hebben in de mogelijkheden van de werknemer. Wanneer het tijdelijk slechter gaat met een werknemer is het belangrijk dat de re-integratieprofessional snel reageert en de begeleiding intensificeert om uitval van het werk te voorkomen. Ook tijdens de ziekte van de werknemer is intensief contact tussen werknemer, leidinggevende en professional noodzakelijk, om de werknemer te ondersteunen en te kijken welke randvoorwaarden nodig zijn om het werk te hervatten. Werkhervatting vindt vaak geleidelijk plaats, waarbij de uren langzaam worden opgebouwd. Ook worden (tijdelijke) werkaanpassingen gebruikt om de terugkeer naar werk te vergemakkelijken, zoals beginnen met overzichtelijke en niet belastende werkzaamheden of in een rustige werkomgeving, of vaste in plaats van wisselende roosters. Tijdens de werkhervatting is een nauwe afstemming tussen arbeidsbegeleiding en behandeling van belang, omdat veranderingen in medicatie hun weerslag kunnen hebben op het arbeidsfunctioneren van de werknemer.

### **Overige overweging**

Uit de casussen blijkt dat een vertrouwensband tussen werknemer en re-integratieprofessional essentieel is in de begeleiding. Bij dreigende uitval is het belangrijk dat de re-integratieprofessional snel reageert en de begeleiding intensificeert om uitval te voorkomen. Ook tijdens de ziekte van de werknemer is intensief contact tussen werknemer, leidinggevende en

professional noodzakelijk. Bij werkhervatting zijn de volgende elementen van belang: een geleidelijke opbouw van uren, (tijdelijke) werkaanpassingen (bijvoorbeeld starten met eenvoudige werkzaamheden of in een rustige werkomgeving), en een nauwe afstemming tussen arbeidsbegeleiding en behandeling (bijvoorbeeld over bijwerkingen medicatie).