



Opdrachtgever

SZW



Ministerie van Sociale Zaken en
Werkgelegenheid

Opdrachtnemer

Ape / S. Bouman, S. van Ede, P. de Jong,
K. Nieuwenhuijsen, S. van der Veen

Onderzoek

*Werken met psychische klachten - op
zoek naar "good practices": een
onderzoek in opdracht van de
Stuurgroep bevordering
arbeidsparticipatie van mensen met
psychische aandoeningen*
Einddatum – 1 januari 2015

Categorie

Interventies/re-integratie-interventies

Werken met psychische klachten - op zoek naar "good practices"

een onderzoek in opdracht van de Stuurgroep bevordering arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen

Conclusie

Dit onderzoek heeft tot doel interventies ter bevordering van de arbeidsparticipatie van mensen met psychische klachten te inventariseren en te beoordelen op hun gebleken effectiviteit. In een eerste inventarisatie zijn 89 interventies ter bevordering van de arbeidsparticipatie van mensen met psychische klachten gevonden. Daarbinnen is de keuze gemaakt het onderzoek te richten op interventies voor mensen met common mental disorders (veel voorkomende aandoeningen, meestal van voorbijgaande aard (zoals depressie en overspanning)). Interventies gericht op ernstige, langdurige psychische aandoeningen (severe mental disorders) zijn elders onderwerp van onderzoek en zijn daarom hier buiten beschouwing gelaten. Van de 43 interventies gericht op mensen met CMD was er over 19 interventies voldoende informatie beschikbaar om ze systematisch te beschrijven en te beoordelen op hun effecten op arbeidsparticipatie. Van deze 19 kon van de volgende vier interventies worden aangetoond dat ze de gewenste effecten bereikten: (1) behandeling door bedrijfsarts volgens de NVAB Richtlijn, voor (verzuimende) werkenden met CMD; (2) de SHARP-at-Work interventie door de bedrijfsarts, gericht op de preventie van terugval in verzuim, voor werkenden met CMD; (3) Beweging als Warming-up voor Re-integratie, een activeringsprogramma voor werklozen met psychische en/of fysieke klachten, uitgevoerd door HBO-geschoolde professionals (lichamelijke opvoeding psychomotorische therapie); (4) Werkgerichte Cognitieve Gedragstherapie voor mensen met CMD, uitgevoerd door een (BIG-geregistreerde) cognitief gedragstherapeut.

Link naar bestand

<http://www.onderzoekwerkeninkomen.nl/rapporten/5z9dhsqa>

Werken met psychische klachten – op zoek naar ‘good practices’

rapportnr. 1223

januari 2015

Een onderzoek in opdracht van de Stuurgroep bevordering arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen



Werken met psychische klachten – op zoek naar ‘good practices’

Een onderzoek in opdracht van de Stuurgroep bevordering arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen

Stefanie Bouman
Sharon van Ede
Philip de Jong
Karen Nieuwenhuijsen
Stefan van der Veen

Onderzoek in opdracht van Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Den Haag, januari 2015

 rapport nr. 1223

© Aarts de Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv
Website: www.ape.nl

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt via druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Inhoud

Managementsamenvatting	7
Interventies	7
Conclusies	9
Aanbevelingen	9
1 Inleiding	11
1.1 Aanleiding onderzoek	11
1.2 Doel en vraagstelling	12
1.3 Aanpak en afbakening	13
1.4 Beperkingen	15
1.5 Leeswijzer	16
2 Context	18
2.1 Epidemiologische context	18
2.1.1 Wat is het probleem?	18
2.1.2 Hoe groot is het probleem?	19
2.2 Institutionele context	21
2.2.1 Algemeen	21
2.2.2 Werkenden	22
2.2.3 Werkzoekenden	23
3 Kaders voor beschrijving en beoordeling	25
3.1 Kader voor de beschrijving van interventies	25
3.2 Beoordelingskader	25
4 Kenmerken van interventies	28
4.1 Korte introductie van de interventies	29
4.2 Overeenkomsten en verschillen	34
4.2.1 Rol van de werkgever	35
4.2.2 Breedte van de doelgroep	35
4.2.3 Individuele activiteiten of in groepsverband	36
4.2.4 Aangrijpingspunten	37
4.3 Impliciete interventie logica	38
5 Lessen uit (goede) praktijken	40
5.1 Inleiding	40
5.2 Vier effectieve interventies	41
5.3 Analyse van overeenkomsten	48
5.4 Reflectie	49

6	Conclusies en aanbevelingen	51
	Bijlage 1: Onderzoeksverantwoording	55
	Bijlage 2: Overzicht gerelateerde onderzoeken	67
	Common mental disorders / lichte psychische aandoeningen	67
	Severe mental disorders / ernstige psychische aandoeningen	67
	(Licht) verstandelijke beperking	68
	Gemengde doelgroep of nog onbekend	68
	Bijlage 3: Inventarisatie interventies	73
	Bijlage 4: Interventiebeschrijvingen	90
	Richtlijn 'Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen'	90
	Stimulating Healthy participation And Relapse Prevention at work (SHARP-at-work)	96
	Beweging als Warming-up voor Re-integratie (BWR)	100
	Werkgerichte Cognitieve Gedragstherapie	103
	Ergotherapie	106
	Ademhalingstraining	110
	Zelfmanagement voor studenten met ASS	112
	Focus op Werk	116
	Mentale Participatie Coaching	119
	Werk een zorg minder! (WEZM!)	122
	Aanpassen functie en werkbelasting	125
	EigenZaak	128
	Winnock	131
	Bipolair en Werk	134
	Bewustwording prikkelverwerking	137
	VeerkrachtWijzer	139
	Breinwerk	142
	Blended E-health	147
	SamenWERK	149

Managementsamenvatting

Mentale gezondheid en werken zijn nauw met elkaar verbonden. Werk kan de bron zijn van psychische klachten, maar evengoed kan het niet hebben van werk de psychische gesteldheid negatief beïnvloeden. Ook kan de psychische gesteldheid van invloed zijn op het geleverde werk.

Interventies

Dit onderzoek heeft tot doel interventies ter bevordering van de arbeidsparticipatie van mensen met psychische klachten te inventariseren en te beoordelen op hun gebleken effectiviteit. In een eerste inventarisatie hebben wij 89 interventies ter bevordering van de arbeidsparticipatie van mensen met psychische klachten gevonden. Daarbinnen hebben we de keuze gemaakt ons te richten op interventies voor mensen met *common mental disorders* (veel voorkomende aandoeningen, meestal van voorbijgaande aard). Interventies gericht op ernstige, langdurige psychische aandoeningen (*severe mental disorders*) zijn elders onderwerp van onderzoek en zijn daarom hier buiten beschouwing gelaten.

Van de 43 interventies gericht op mensen met CMD was er over 19 interventies voldoende informatie beschikbaar om ze systematisch te beschrijven en te beoordelen op hun effecten op arbeidsparticipatie. Bij de beoordeling is zowel gekeken naar de theoretische onderbouwing (bijv. is er een duidelijk beschreven interventielogica die een verband legt tussen de beperking, de werkzame elementen en het doel van de interventie?) als naar de uitkomsten voor deelnemers (bijv. zijn zij daadwerkelijk meer gaan werken?). Van deze 19 kon van de volgende vier interventies worden aangetoond dat ze de gewenste effecten bereikten:

- behandeling door bedrijfsarts volgens de NVAB Richtlijn, voor (verzuimende) werkkenden met CMD;
- de SHARP-at-Work interventie door de bedrijfsarts, gericht op de preventie van terugval in verzuim, voor werkkenden met CMD;
- Beweging als Warming-up voor Re-integratie, een activeringsprogramma voor werklozen met psychische en/of fysieke klachten, uitgevoerd door HBO-geschoolde professionals (lichamelijke opvoeding psychomotorische therapie);
- Werkgerichte Cognitieve Gedragstherapie voor mensen met CMD, uitgevoerd door een (BIG-geregistreerde) cognitief gedragstherapeut.

Dat wil overigens niet zeggen dat de overige interventies niet werken. In de meeste van deze overgebleven 15 interventies gaf de beschikbare informatie eenvoudigweg geen uitsluitsel. Dat had voor het overgrote deel te maken met de kleine omvang en/of gebrekkige kwaliteit van het evaluatieonderzoek.

Op zoek naar 'werkzame elementen' hebben we de gemene delers van de vier interventies in kaart gebracht:

- omgaan met klachten als uitgangspunt in plaats van klachtreductie;
- de werkplek als oefenplek waar vaardigheden in praktijk kunnen worden gebracht;
- activering en een proactieve houding helpen bij snelle werkhervatting en oplossingsgericht denken.

Gezien het kleine aantal aangetoond effectieve interventies, kunnen we nog niet met zekerheid zeggen dat de gemeenschappelijke elementen ook echt succesfactoren zijn, of dat het toeval is dat we deze elementen terugzien in deze werkende interventies. Dat gezegd hebbende zien we overeenkomsten tussen de eerste twee gemene delers en een van de 'centrale principes' die volgen uit een recent internationaal literatuuronderzoek naar effectieve re-integratie van mensen met een arbeidsbeperking: "Mensen met een beperking moeten zo snel mogelijk geplaatst worden in werk. De arbeidsbeperkingen zijn doorgaans permanent en kunnen niet verholpen worden door middel van behandeling of een re-integratietraject. Werk heeft drie functies: assessment, training van vaardigheden en matching."¹ Met andere woorden: ook uit de literatuur blijkt dat activering van cruciaal belang is en dat de werkplek de plaats is om te werken aan vaardigheden, waaronder het leren omgaan met een psychische (tijdelijke of langdurige) beperking. Ook het feit dat de vier interventies erg verschillend zijn, geeft reden om aan te nemen dat de gemene delers een bredere betekenis hebben.

Een ander 'centraal principe' dat uit de studie van Regioplan naar voren komt, is het samen laten werken van ggz en re-integratie. Dit is geen onderwerp van onderzoek geweest in het onderhavige project, maar is belangrijk genoeg om hier te noemen. De toepassing van bewezen effectieve interventies is immers afhankelijk van de mate waarin degenen die over een re-integratie beslissen, bekend zijn met het belang van deze interventies.

¹ Bron: Regioplan (2014), 'Op weg naar een effectieve Re-integratie van Arbeidsbeperkten. Lessen voor gemeenten'.

Conclusies

Eén van onze constatering is dat er een kennislacune is waar het gaat om interventies ter bevordering van de arbeidsparticipatie van mensen met psychische klachten. Niet alleen is er weinig bekend over de effectiviteit van interventies die worden ingezet om de arbeidsparticipatie van deze mensen te bevorderen, ook is er weinig tot geen onderzoek bekend waar wordt onderzocht wat maakt dat interventies een positief effect hebben op arbeidsparticipatie ('werkzame bestanddelen').

Van de aantoonbaar effectieve interventies zijn drie interventies gericht op (duurzame) terugkeer na verzuim en is één interventie gericht op mensen zonder werk. Die verhouding is verrassend, omdat er wel veel interventies bestaan voor mensen zonder werk. Hier kan meespelen dat er bij werkgevers een direct financieel belang is om (alleen) effectieve interventies in te zetten om verzuim te voorkomen of bekorten. Dit financieel belang kan een extra prikkel geven tot het doen van effectiviteitsonderzoek. Voor de groep mensen zonder werkgever is het minder duidelijk wie er – naast de betrokken zelf – een direct financieel belang heeft bij onderzoek naar effectiviteit van de interventie.

Een ander opvallend punt is dat we nauwelijks interventies vonden die zich richten op preventie van uitval op het werk als gevolg van psychische klachten. Werknemers met psychische klachten lijken pas in beeld te komen bij hulpverleners (zoals de bedrijfsarts) wanneer zij uitvallen als gevolg van hun klachten. De toegankelijkheid van hulpverleners is dan ook voor alle werknemers (ook zij die nog niet verzuimen) een knelpunt.

We benadrukken dat de interventies die niet tot de vier aangetoond effectieve interventies behoren (de overgebleven 85 van de 89 waar het onderzoek mee begon) niet perse ineffectief zijn. Van het grootste deel (70) is de effectiviteit niet in dit onderzoek bestudeerd, omdat ze buiten de selectie vielen. Van het overige deel (15) is wel getracht de effecten op arbeidsparticipatie vast te stellen, maar gaf de beschikbare informatie geen uitsluitel. Er is – op een uitzondering na – naar deze interventies nog geen onderzoek gedaan met voldoende kwaliteit.

Aanbevelingen

Vanwege de gebreken in de effectstudies die wij in dit onderzoek aantreffen, bevelen we ontwikkelaars en uitvoerders van interventies aan om grondiger onderzoek te doen naar hun eigen (kosten)effectiviteit. Dat begint bij het expliciet maken van de interventielogica (welk probleem wordt hier precies opgelost, hoe en waarom op deze manier?) en moet worden afgemaakt met gedegen onderzoek naar de werking in de praktijk. Tegelijkertijd zouden inkopers van dit soort inter-

venties (UWV, gemeenten en werkgevers) en eindgebruikers (de deelnemers zelf) kritischer mogen kijken naar wat hen wordt beloofd. Een interventie met enkele positieve uitkomsten is nog niet per definitie effectief. Om dat aan te tonen, is tenminste één vergelijking met een controleconditie nodig, liefst met onderzoek met substantiële aantallen deelnemers. De betrokken ministeries van SZW en VWS is aan te raden om, in samenwerking met de partners in het project 'bevordering arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen, te achterhalen wat de eventuele belemmeringen zijn om meer onderzoek te doen en meer transparantie te krijgen over wat werkt en wat niet. En tenslotte roepen we alle betrokkenen op om kennis te delen en te verzamelen op een centrale (liefst online) locatie, zodat goede praktijken overal in Nederland (en daarbuiten) gedeeld en toegepast kunnen worden.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding onderzoek

Gezondheid en arbeid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Gezond zijn en je gezond voelen zijn belangrijk om deel te kunnen nemen aan de maatschappij en om te kunnen werken. Een gezondheidsprobleem heeft al snel gevolgen voor de arbeidsprestaties. En overbelasting op het werk, fysiek of mentaal, leidt vroeg of laat tot gezondheidsklachten. De relatie tussen gezondheid en arbeid is ook andersom te benaderen: mensen die werken voelen zich gemiddeld beter, zijn (ook objectief) gezonder en maken minder aanspraak op zorg en uitkeringen. Tegen deze achtergrond worden mensen met gezondheidsproblemen gestimuleerd om zo veel mogelijk (betaald) werk te verrichten. Maar soms lukt het niet om zonder hulp aan het werk te komen of te blijven.

Onder de redenen waarom mensen ziek thuis komen te zitten, zijn de psychische klachten een groeiende categorie. Het aandeel van met name veel voorkomende ziektebeelden als overspanning, depressie en angststoornissen groeit.² Daarnaast kan een psychische aandoening problemen geven bij de overgang van school naar werk, of belemmert de aandoening het vinden van een baan wanneer men in een uitkeringssituatie is beland (ongeacht of de psychische klacht hier de oorzaak van was).

Dat het aan het werk houden of helpen van mensen met een (psychische) arbeidsbeperking een actueel thema is, blijkt ook uit het Sociaal Akkoord dat het Kabinet en de sociale partners hebben gesloten. Hierin zijn onder andere afspraken gemaakt over het aan het werk helpen en houden van mensen met een arbeidsbeperking bij private werkgevers en de overheid. UWV speelt hierin een belangrijke rol; de 35 regionale Werkbedrijven - waarin gemeenten en sociale partners samenwerken - worden de nieuwe schakel tussen werkgevers en mensen met een arbeidsbeperking. Afgesproken is ook dat er de komende jaren 125.000 banen moeten komen voor mensen met een arbeidsbeperking die niet zelfstandig het minimumloon kunnen verdienen. Voor een deel zijn dit jonge mensen die voorheen van de Wajong gebruik konden maken. Een groot deel van

² OECD (2014) Mental Health and Work: Netherlands.

deze groep heeft een psychische aandoening als oorzaak van hun arbeidsbeperking (zie par. 2.1.2).

De ministeries van SZW en VWS zijn samen met GGZ Nederland, UWV, het Verbond van Verzekeraars, OVAL, kenniscentrum Phrenos, beroepsverenigingen en afgevaardigden van werkgevers, gemeenten en cliënten een project gestart ter bevordering van de participatie van mensen met psychische aandoeningen. In dit project worden goede praktijken gestimuleerd en knelpunten weggenomen. Het project wordt aangestuurd door een stuurgroep waarin eerder genoemde organisaties vertegenwoordigd zijn, onder gezamenlijk voorzitterschap van de staatssecretarissen Jetta Klijnsma (SZW) en Martin van Rijn (VWS). Een werkgroep geeft praktische uitwerking aan het project.

Deze stuurgroep heeft de wens geuit een aantal goede voorbeelden gericht op bevordering van arbeidsparticipatie te inventariseren. De behoefte bestaat daarnaast aan een objectieve beschrijving van de werkzame elementen van deze goede praktijken. Om die reden is vanuit het project opdracht gegeven tot een onderzoek naar “good practices”, waarvan dit rapport een resultaat is. Het onderzoek is uitgevoerd door APE in samenwerking met het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid.

1.2 Doel en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te bieden in de succes- en faalfactoren van “good practices”, oftewel van effectieve interventies voor de bevordering van arbeidsparticipatie van mensen met psychische beperkingen. Het uiteindelijke doel is om werkgevers, cliënten, GGZ Nederland, UWV, gemeenten en beroepsgroepen in de keten praktische handvatten te bieden bij het stimuleren van de arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen.

De volgende onderzoeksvragen staan centraal in het onderhavige onderzoek:

1. Op basis van welke selectiecriteria kunnen “good practices” geïnventariseerd worden?
2. Met welke standaard set van toetsingscriteria kunnen de “good practices” vervolgens in beeld gebracht worden. Deze set bevat in ieder geval informatie over:
 - a. De effectiviteit: de “good practice” is aantoonbaar effectief (practice-based of evidence-based);
 - b. Het doelbereik: de gestelde doelen en beoogde resultaten zijn behaald;
 - c. De mate van overdraagbaarheid;
 - d. De mate van bredere toepasbaarheid.

3. Welke 20-25 “good practices” uit de inventarisatieoogst van de interventies zijn geschikt voor een verdere analyse volgens het vastgestelde format van toetsingscriteria?
4. Welke gedeelde succes- en/of faalfactoren zijn er bij de 20-25 geselecteerde good practices te benoemen?
5. Hoe kunnen deze good practices het beste worden overgedragen op en toegepast in andere organisaties? Wat kunnen we ervan leren?

1.3 Aanpak en afbakening

De zoektocht naar goede praktijken is breed begonnen en het onderwerp van onderzoek is gaandeweg steeds verder afgebakend. Hieronder volgt een beknopte beschrijving van het proces. De meer gedetailleerde versie is te vinden in bijlage 1.

De eerste stap in het onderzoek was het in kaart brengen van interventies die in Nederland ingezet worden (of zijn geweest) om de arbeidsparticipatie van mensen met een psychisch aandoening te bevorderen. Het begrip ‘psychische aandoening’ is in eerste instantie zo breed mogelijk opgevat, als alle klachten (ook niet-gediagnosticeerd) die door de ontwerpers of uitvoerders van interventies als psychisch worden aangeduid. Het startpunt van de zoektocht was een lijst interventies geïnventariseerd door de stuurgroep van het interdepartementale project ter bevordering van de participatie van mensen met psychische aandoeningen (zie paragraaf 1.1). Daarnaast zijn de onderzoekers zelf op zoek gegaan naar praktijken, aan de hand van publicaties rond het thema en interviews met onderzoekers en mensen uit de praktijk. Dit leidde tot een lijst van 89 interventies (zie bijlage 3). Van deze interventies is in een quickscan gecheckt of zij inderdaad specifiek gericht zijn op mensen met psychische klachten en op de bevordering van *betaald* werk. Daarnaast is voor elke interventie op deze groslijst gekeken wat er bekend is over de effectiviteit.

De bedoeling was om uit de groslijst ongeveer 25 interventies te selecteren om systematisch te beschrijven en te beoordelen op effectiviteit. Aangezien de groslijst heel wat meer interventies bevatte is in overleg met de begeleidingscommissie (bestaande uit een afvaardiging van de werkgroep) om alleen interventies te selecteren die (alleen of deels) zijn gericht op mensen met ‘common mental disorders’ (CMD, zie kader). De keuze viel op deze groep vanwege de focus van andere onderzoeken op mensen met ‘severe mental disorders’ (onder andere het onderzoek ‘Arbeidsparticipatie en ernstige psychische aandoeningen’ uitgevoerd door VU/EMGO).

Afbakening 'common mental disorders'

Het uitgangspunt voor de afbakening van het begrip 'common mental disorders' (CMD) is de definitie van 'severe mental disorders' (SMD) door de 'Consensusgroep', die hieronder is samengevat (Delespaul e.a. 2013):

- er is sprake van een psychiatrische stoornis (volgens de actuele DSM), die zorg/behandeling noodzakelijk maakt,
- die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat,
- waarbij de beperking gevolg is van een psychiatrische stoornis,
- die niet van voorbijgaande aard is (duurt > 2 jaar),
- waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is."

Ook als de klachten verminderen, blijft een patiënt met een aandoening die geclassificeerd is als EPA nog vijf jaar lang onder die categorie vallen, in verband met het risico op terugval.

Hieruit leiden we af dat alle aandoeningen die niet aan alle bovenstaande criteria voldoen, maar wel beschreven worden in het (actuele) diagnostisch handboek DSM, tot de common mental disorders (CMD) behoren. Het gaat dan om aandoeningen die wel beperkingen geven in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren, maar die van voorbijgaande aard zijn, oftewel minder dan twee jaar duren.

Alhoewel de indeling SMD versus CMD uitgaat van de ernst en duur van de aandoening en niet van de diagnose, zijn er stoornissen die vaker in de ene dan in de andere categorie vallen. Depressie, angststoornissen, alcoholmisbruik en aanpassingsstoornis/stressgerelateerde stoornissen vallen doorgaans in de categorie CMD. Schizofrenie komt bijna alleen voor als SMD.

Psychosociale problematiek (zoals problemen in het gezin, een conflict op het werk, schulden) en een verstandelijke beperking vallen noch onder de CMD, noch onder de SMD. Ze kunnen daar wel mee samengaan.

Van de 89 interventies op de groslijst vielen 43 interventies binnen de categorie CMD. Daarvan vielen er nog eens 18 af omdat er na het opvragen van documentatie bij de uitvoerders van deze interventies toch geen bruikbare informatie beschikbaar bleek over de effecten op arbeidsparticipatie. Een enkel geval werd uitgesloten omdat het al was opgenomen in een ander lopend onderzoek (namelijk de 'Monitor Voorbeeldprojecten', uitgevoerd door de Erasmus Universiteit). Zo bleven uiteindelijk 19 interventies over om te beschrijven en beoordelen.

Voor de beoordeling is een beoordelingskader (lijst met criteria) en een procedure ontworpen. Hierbij is dankbaar gebruik gemaakt van het werk van het Samenwerkingsverband Effectieve Interventies.³ De lijst met criteria die hier is gebruikt, is korter dan de lijst van het Samenwerkingsverband en ook de beoordeelingsprocedure wijkt af. Een belangrijk verschil is dat de hier gehanteerde beoordelingsprocedure niet geschiedt op verzoek van de interventie-eigenaar maar op initiatief van de onderzoekers. Alhoewel de uitvoerders en/of onderzoekers van interventies om input zijn gevraagd, middels een standaardformulier zodat de informatie voor alle interventies vergelijkbaar zou zijn, is deze interactie minder intensief geweest dan in de procedure van het Samenwerkingsverband. Hierdoor is in sommige gevallen toch nog onvoldoende informatie op tafel gekomen om een oordeel te kunnen vellen over effectiviteit. Voor de meerderheid van de interventies is het desalniettemin gelukt tot twee oordelen te komen: één over de theoretische onderbouwing van de interventie en één over de bewijsvoering voor effectiviteit op arbeidsparticipatie.

De voorlopige onderzoeksbevindingen zijn voorgelegd en bediscussieerd in een expert sessie. Een van de vragen was of de bevindingen, die gebaseerd waren op interventies die (voornamelijk) bedoeld waren voor mensen met CMD ook door te trekken zouden zijn naar de doelgroep SMD. De bedoeling hiervan was om de voorlopige conclusies te toetsen en te onderzoeken welke aanbevelingen konden worden gedaan. De lijst met deelnemers is opgenomen in bijlage 1.

De laatste stap in het onderzoek was de analyse van de succesfactoren van interventies. Hiertoe zijn eerst van alle 19 interventies de verschillende bestanddelen (zoals visie, aanpak en activiteiten) in kaart gebracht. Daarna is gekeken welke bestanddelen de bewezen effectieve interventies gemeen hadden. Deze gemeenschappelijke kenmerken van effectieve interventies zijn (mogelijk) de succesfactoren. Deze zijn te vinden in hoofdstuk 4.

1.4 Beperkingen

In dit rapport geven we een overzicht van interventies die met de hierboven beschreven procedure zijn geselecteerd. Alhoewel de onderzoekers hun best hebben gedaan om zoveel mogelijk praktijken te verzamelen, is het niet uitgesloten dat er aan het begin van het onderzoek interventies over het hoofd gezien zijn. Een hindernis was dat er geen centrale (virtuele) locatie was waar veel van de in-

³ Bronnen: 'Criteria voor Goed onderbouwd en effectief: beoordeling door de Erkeningscommissie Interventies'. Juli 2013, versie 1.1. en 'Beoordeling Goed Onderbouwd, Criteria en procedure'. Movisie, mei 2014.

terventies op het terrein van werk en psychische klachten bekend waren. Des te opvallender, aangezien lang niet alle interventies recent ontwikkeld waren en het maatschappelijk gezien wenselijk is dat informatie over interventies die effectief zijn (of als effectief gezien worden) breed wordt verspreid. De in dit onderzoek meegenomen interventies zijn aangeleverd door werkgroepleden, op basis van een rondgang bij hun achterban, waarbij niet bekend is welk aandeel van die achterban heeft gereageerd, en door geïnterviewde deskundigen op het gebied van psychische aandoeningen en arbeid.

Ook de gekozen selectiecriteria (de interventie diende gericht te zijn op mensen (16 - 65 jaar) met psychische klachten of gecombineerde psychische en lichamelijke klachten en had als hoofd- of nevendoeel het starten met werk of participatie, terugkeer naar werk, of behoud van werk of functioneren; de interventie diende minstens eenmaal geëvalueerd te zijn) kunnen ertoe geleid hebben dat sommige soorten interventies, die mogelijk toch effectief zijn, niet in het onderzoek zijn betrokken.

De analyse van werkzame elementen of succesfactoren is vervolgens beperkt tot enkele interventies gericht op mensen met common mental disorders. Daarbij is de voorkeur gegeven aan praktijken waarvan meer informatie beschikbaar leek over de effecten op arbeidsparticipatie. Bovendien zijn interventies die momenteel in andere onderzoeken behandeld worden, uitgesloten om overlap te voorkomen. Het gepresenteerde overzicht geeft dus geen volledig beeld van alle in Nederland bestaande praktijken. Dit maakt dat de conclusies van het onderzoek met enige voorzichtigheid moeten worden behandeld. Deze zijn bijvoorbeeld niet zonder meer van toepassing op de categorie mensen met severe mental disorders.

Tenslotte merken we op dat voor dit rapport geen eigen onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van de interventies. Voor de beschrijving en beoordeling is uitsluitend gebruik gemaakt van de beschikbare schriftelijke informatie (inclusief die op het Internet) en van antwoorden op vragen die wij aan de bedenkers dan wel uitvoerders van betreffende interventies hebben gesteld.

1.5 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk schetsen we de context van werk en psychische klachten: hoeveel mensen krijgen te maken met psychische klachten en tot welke problemen leidt dit op de arbeidsmarkt en in de samenleving als geheel? Daarnaast beschrijven we de institutionele omgeving waarbinnen mensen met klachten, werkgevers, behandelaars en andere hulpverleners zich begeven. In hoofdstuk 3

gaan we in op het beoordelingskader, dat voor dit onderzoek is samengesteld. In hoofdstuk 4 beschrijven we de 19 geselecteerde interventies. Hoofdstuk 5 schetst de lessen die geleerd kunnen worden van deze 'good practices'. In hoofdstuk 6 zullen wij enkele conclusies trekken en aanbevelingen doen.

2 Context

2.1 Epidemiologische context

2.1.1 Wat is het probleem?

Psychische gezondheid en werk zijn op vele manieren met elkaar verweven. Het hebben van werk betekent in veel gevallen een beter inkomen, structuur, zingeving, sociale contacten en sociale status. Op deze wijze draagt werk bij aan de psychische gezondheid. Echter, werken brengt ook risico's voor de psychische gezondheid met zich mee. Het werken in de hedendaagse economie doet vooral een beroep op het mentale vermogen van werknemers en veel werknemers rapporteren arbeidsomstandigheden die een risico vormen voor de psychische gezondheid. In 2013 bleek 18% van de werknemers in een risicocategorie voor stress te vallen doordat er hoge eisen aan hen werden gesteld zonder dat ze veel invloed hadden op hoe zij hun werkzaamheden vervulden⁴.

Psychische klachten en aandoeningen hebben hun weerslag op het werk, ongeacht of deze door werk- of door privéomstandigheden veroorzaakt zijn. Het is niet verwonderlijk dat juist psychische klachten tot problemen in het functioneren op het werk leiden. Bekende psychische klachten zijn verminderde concentratie, irritatie, vermoeidheid en somberheid. Mogelijke gevolgen in het werk zijn het maken van fouten of problemen in de omgang met collega's of klanten⁵. Dergelijke klachten leiden mogelijk niet alleen tot een verminderde productiviteit in termen van financiële opbrengst, maar ook tot een verminderde kwaliteit van het afgeleverde werk. Bovendien moeten werkenden vaak extra inspanning leveren om adequaat te kunnen functioneren, met negatieve gevolgen voor het privé-functioneren⁶.

⁴ Arbobalans 2014. TNO.
http://www.monitorarbeid.tno.nl/dynamics//modules/SPUB0102/view.php?pub_Id=100290&att_Id=4911

⁵ Gärtner, FR (2012). Work functioning impairments due to common mental disorders. (Proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

⁶ Nieuwenhuijsen K, Franche RL, van Dijk FJ. Work functioning measurement: tools for occupational mental health research. J Occup Environ Med 2010;52 (8):778-90.

2.1.2 Hoe groot is het probleem?

Psychische klachten komen veelvuldig voor in de werkende populatie. Een aanzienlijk deel (12%) van de Nederlandse werkenden ervaart chronische stressklachten, ook wel burn-out genoemd⁷. Uit onderzoek waar nauwgezet werd bekeken hoeveel werkenden voldeden aan de criteria van een psychische stoornis, bleek dat ook deze veelvuldig voorkomen⁸. Uit deze NEMESIS-2 studie bleek dat 43% van de Nederlandse bevolking ooit in het leven een psychische aandoening heeft en dat 16% van de werkenden in het afgelopen jaar één of meerdere psychische aandoeningen te hebben gehad, die in aanmerking zouden komen voor een diagnose volgens het handboek voor psychiatrische diagnostiek (DSM). Angststoornissen kwamen het vaakst voor, namelijk bij 8% van de werkenden en depressieve stoornissen bij 5%. ADHD kwam bij bijna 2% van de werkenden voor en een bipolaire stoornis bij minder dan 1%.

Werkenden die een psychische stoornis hadden, verzuimden gemiddeld 10,5 dagen meer dan werkenden die geen psychische stoornis hadden doorgemaakt. Dit is vergelijkbaar met verzuim ten gevolge van chronische somatische aandoeningen. Werkenden met psychische aandoeningen hadden daarnaast 8 dagen waarop ze verminderd kwalitatief functioneerden, in vergelijking met 3,5 dag bij werkenden met somatische aandoeningen. Het is niet bekend hoeveel werkenden in Nederland een stoornis in het autisme spectrum hebben. Uit Britse cijfers blijkt dat 1% van de volwassen bevolking een dergelijke stoornis heeft.⁹

De maatschappelijke kosten van psychische klachten bedragen volgens de OECD 3,3% van het bruto binnenlands product. Die kosten zijn te verdelen in directe en indirecte kosten medische kosten en in niet-medische kosten, zoals verlies aan productiviteit. De niet-medische kosten vormen meer dan de helft (53%) van de totale maatschappelijke kosten¹⁰. Door ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid ten gevolge van psychische klachten te voorkomen en te verminderen, kunnen deze kosten significant afnemen.

-
- ⁷ Arbobalans 2014. TNO.
http://www.monitorarbeid.tno.nl/dynamics//modules/SPUB0102/view.php?pub_Id=100290&att_Id=4911
- ⁸ De Graaf R, Tuithof M, van Dorsselaer S, ten Have M. Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden; Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). 2011. Utrecht; Trimbos Instituut.
- ⁹ Brugha TS, McManus S, Bankart J, et al: Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. Arch Gen Psychiatry 68(5):459–465, 2011
- ¹⁰ OECD (2014), Mental health and work in the Netherlands, p. 22.

Tabel 2.1 WIA-instroom naar diagnose 2010, n=31.506

Ziekte onbekend of NNO	2,7
Kanker	10,0
Hart en vaatstelsel	8,9
Huidaandoeningen	0,4
Endocrine ziekten	1,3
Zwangerschap/bevalling	0,1
Gehooraandoeningen	0,5
Hand/arm/schouder/nek	5,8
Rugaandoeningen	5,5
Voet/been/heup	4,4
Bewegingsapparaat overig	10,3
Hersenaandoening	1,1
Multiple sclerose	1,6
Epilepsie	0,4
Zenuwstelsel overig	5,0
Ademhalingssysteem	2,7
Spijvertering	2,0
Urogenitaal systeem	1,2
Oogaandoeningen	0,9
Klachten overig	0,4
Ziekten/aandoeningen overig	1,8
Ontwikkelingsstoornissen	1,5
<i>Spanningsklachten</i>	<i>0,5</i>
<i>Somatoforme stoornis</i>	<i>0,9</i>
<i>Aanpassingsstoornis</i>	<i>4,1</i>
<i>Reactie op ernstige stress</i>	<i>3,0</i>
<i>Angststoornis</i>	<i>2,1</i>
<i>Persoonlijkheidsstoornis</i>	<i>6,8</i>
<i>Stemmingsstoornis</i>	<i>10,4</i>
<i>Verslaving psychoactiva</i>	<i>1,5</i>
<i>Psychische stoornissen overig</i>	<i>2,0</i>
Totaal	100,0

Bron: Philip de Jong, Tom Everhardt en Maartje Gielen, *Duurzaam niet-duurzaam?*, APE-rapport 967, 2013, pp. 58-59.

Een andere constatering van de OECD is dat van de ontvangers van een (WAO, WAZ of WIA) uitkering 39% arbeidsongeschikt is om een psychische reden. Binnen de bijstandpopulatie is het aandeel van mensen met psychische klachten nog hoger, namelijk 43%.

De diagnoseverdeling van de instroom in de WIA in Tabel 2.1 laat zien dat 31% van de WIA-toekenningen in 2010 gebaseerd was op een psychische aandoening. Personen met dergelijke aandoeningen worden vaker dan gemiddeld beschouwd als gedeeltelijk of niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt. Dat betekent dat ze naar het oordeel van de UWV professionals nog verdien capaciteit hebben of uitzicht op het herwinnen van verdien capaciteit. Maar als de prevalentie van psychische aandoeningen in de WIA groter is dan de incidentie, dan hebben psychisch arbeidsongeschikten een beëindigingskans, met andere woorden een kans om terug te keren in een betaalde baan, die kleiner is dan gemiddeld.

Bij de Wajong gaat het voornamelijk om psychische aandoeningen: van de instroom in 2012 in de nieuwe Wajong heeft 85% een psychische ziekte.¹¹

2.2 Institutionele context

In deze paragraaf beschrijven we welke partijen betrokken zijn bij mensen met psychische klachten. We verkennen het terrein eerst vanuit het perspectief van mensen die werken (in een dienstverband of als zelfstandige) en daarna van werkzoekenden (met of zonder uitkering).¹²

2.2.1 Algemeen

Herkenning van psychische klachten of aandoeningen vereist enige kennis en inlevingsvermogen. Psychische problematiek bij jezelf herkennen is al helemaal moeilijk. Iemands sociale netwerk, zoals collega's en leidinggevend (als die er zijn), familie en vrienden, kan klachten signaleren en adviseren om hulp te zoeken. Behalve herkenning is ook erkenning door de betrokkene zelf van belang. Erkenning wordt soms belemmerd door vooroordelen van de betrokkene zelf of van zijn of haar sociale- en werkomgeving. Als mensen voor hun psychische klachten behandeling zoeken, wenden ze zich meestal in eerste instantie tot de huisarts, die kan doorverwijzen naar een psychotherapeut of psychiater.

¹¹ Statistische Tijdsreeksen UWV 2012, p. 123.

¹² Mensen met psychische klachten die niet tot de beroepsbevolking behoren, zoals mensen die geen werk hebben maar daar ook niet naar op zoek zijn, en de leerplichtige jeugd, vallen buiten de kaders van dit onderzoek. In lijn met de opdrachtformulering zijn interventies gericht op kinderen en jongeren met psychische klachten in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten, ook al kan tijdige toegang tot behandeling latere problemen op de arbeidsmarkt voorkomen.

2.2.2 Werkenden

Voor werknemers geldt dat bij psychische klachten contact kan worden opgenomen met de bedrijfsarts – ook voordat men feitelijk wordt ziek gemeld. Maar dit gebeurt nog niet vaak genoeg, waardoor de bedrijfsarts doorgaans pas in beeld komt als iemand daadwerkelijk is uitgevallen.¹³ Het is dan te laat voor preventieve maatregelen.

Komt het tot ziekmelding dan dient de bedrijfsarts de dubbelrol van beoordelaar en hulpverlener te spelen. Hij is degene die de afwezigheid van de werknemer medisch legitimeert maar ook degene die verantwoordelijk is voor het plan om tot werkhervatting te komen. Behalve de gebrekkige ruimte voor preventie door de bedrijfsarts is een ander belangrijk knelpunt dat bedrijfsartsen het opstellen van een behandelplan over moeten laten aan de curatieve sector. Dit is het gevolg van de typisch Nederlandse traditie van scheiding van behandeling en controle. Al lang wordt deze scheiding als een knelpunt gezien. In het recente SER advies *Betere zorg voor werkenden* wordt gesteld dat “(..) de huisarts of de eerstelijnsgezondheidszorg kunnen bijdragen aan betere arbeidsgerelateerde zorg door een scherp oog voor de factor arbeid in diagnose en behandeling en door een betere arbocuratieve samenwerking.”

Een andere omstandigheid die een goede samenwerking tussen arbodienstverlening en zorg tegenhoudt, is de diffuse bekostiging van dergelijke zorg, waarbij behandeling collectief gefinancierd wordt via de ZVW en op werk gerichte interventies voor rekening komen van de werkgever.

Bij langer durend verzuim worden vaak ook andere hulpverleners, zoals casemanagementorganisaties en aanbieders van specifieke arbocuratieve interventies ingezet. Het onderhavige onderzoek inventariseert een aantal van die interventies en toetst deze op hun bewezen effectiviteit en werkzame bestanddelen.

Zelfstandigen, waaronder de sterk toegenomen groep ZZP-ers kunnen bij psychische klachten van de curatieve zorg gebruik maken. Interventies gericht op re-integratie zijn voor hen alleen beschikbaar als zij een arbeidsongeschiktheidsverzekering hebben afgesloten.

¹³ In SER (2009) *Advies: Een kwestie van gezond verstand: Breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties* wordt de toegankelijkheid van de bedrijfsarts voor alle werknemers als een knelpunt gezien. Zie ook SER (2014) *Advies: Betere zorg voor werkenden*, p. 23.

2.2.3 Werkzoekenden

Mensen met een WW-uitkering en ‘vangnetters’

Mensen met een WW-uitkering hebben ook recht op arbocuratieve dienstverlening en hulp bij re-integratie, net als werknemers. In dit geval speelt het UWV na ziekmelding de rol van werkgever. Dat geldt ook voor andere werknemers die, net als WW'ers, bij ziekmelding een loonvervangende uitkering krijgen uit de zogenoemde Vangnet-ZW.¹⁴ Behalve WW'ers behoren ook mensen die ziekgemeld zijn maar geen werkgever meer hebben tot de vangnetters, zoals degenen van het dienstverband afloopt tijdens ziekte. Ook ziekgemelde uitzendkrachten die onder het uitzendbeding werken, behoren tot de vangnetters. Langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid wordt bij vangnetters vaker veroorzaakt door psychische aandoeningen dan bij werknemers met een vast dienstverband (zie Tabel 2.2).

Door invoering van nieuwe wetgeving in 2014 zijn werkgevers met meer dan 10 werknemers financieel en organisatorisch verantwoordelijk voor de ziekgemelden waarvan het arbeidscontract afloopt voordat ze beter zijn gemeld (ook wel de 'einddienstverbanders' onder de vangnetters genoemd). Dit maakt effectieve interventies voor deze groep werknemers extra urgent.

In Tabel 2.2 wordt de diagnoseverdeling gegeven van degenen die tussen 1 april 2007 en 30 juni 2011 een WIA-claimbeoordeling gehad hebben. Daaruit blijkt dat rond 40% van de vangnetters een WIA-uitkering aanvraagt vanwege een psychische aandoening; bij vaste werknemers is dit 24%.

Tabel 2.2 Diagnoseverdeling van WIA-aanvragers per herkomstgroep (n=175.284)

	vaste werknemers	uitzendkrachten	einddienstverbanders	ww'ers
Hart- en vaatklachten en kanker	27,4	12,3	15,0	16,8
<i>Psychisch</i>	23,7	37,5	41,6	39,4
Bewegingsapparaat	30,2	38,2	31,2	30,6
Overig	18,7	12,1	12,2	13,1
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron: Tom Everhardt, Philip de Jong & Maartje Gielen, *De uitzendkracht en de WIA*, APE-rapport 1044, 2013.

¹⁴ Vangnetters vallen onder de zogenoemde Vangnet-ZW, een collectieve regeling die door UWV wordt uitgevoerd, behalve als het bedrijf waar de vangnetter eerder werkte eigenrisicodrager is voor de ZW.

Mensen met een WWB-uitkering

Voor werkzoekenden met een WWB-uitkering is er geen ziekteverzuimregeling met bijbehorende voorzieningen, zoals die er wel is voor werknemers. Zij kunnen dus niet bij een bedrijfsarts terecht. Werkzoekenden zijn afhankelijk van wat het betrokken gemeentebestuur aan voorzieningen heeft getroffen om zijn WWB-populatie te begeleiden bij (psychische of andere) problemen en (weer) aan een baan te helpen. De betrokken gemeenteambtenaren, meestal klantmanagers genoemd, moeten in de praktijk beoordelen welke voorzieningen voor een bepaalde cliënt nodig of zinvol zijn. Klantmanagers zijn echter geen medische professionals en dus niet per definitie goed toegerust om psychische aandoeningen te herkennen¹⁵. Ook als bij een cliënt een diagnose is vastgesteld, is het voor klantmanagers moeilijk te beoordelen in hoeverre die cliënt weer aan het werk kan, of welke interventies geschikt zijn. Divosa, de vereniging van gemeentelijke managers op het terrein van participatie, werk en inkomen, merkt op haar website op dat sociale diensten nog te vaak concluderen dat mensen met een psychische aandoening niet bemiddeld kunnen worden naar werk.¹⁶ In elk geval ontbreekt het aan concrete adviezen over welke interventies geschikt zijn om klanten met een bepaalde diagnose of met psychische klachten in het algemeen aan het werk te helpen. Overigens voeren de meeste gemeenten zelf geen re-integratie interventies uit, maar schakelen zij daarvoor re-integratiebedrijven in, net zoals het UWV en (sommige) werkgevers dat doen. Integratie van ggz met de werkzaamheden van klantmanagers kan de mogelijkheden verruimen en verbeteren om te komen tot een goede match tussen psychische arbeidsbeperkingen en werk.¹⁷

¹⁵ Divosa, de organisatie van gemeentelijke sociale diensten, heeft onlangs een 'werkwijzer' uitgebracht voor klantmanagers met aanbevelingen over het omgaan met mensen met psychische klachten. Zie: <http://www.divosa.nl/publicaties/werkwijzer-re-integratie-van-klanten-met-psychische-aandoeningen>.

¹⁶ Idem.

¹⁷ Zie ook Regioplan (2014).

3 Kaders voor beschrijving en beoordeling

3.1 Kader voor de beschrijving van interventies

Voor de systematische beschrijving en beoordeling van de interventies is ten eerste een lange lijst eigenschappen ontwikkeld die voor alle interventies zijn beschreven (zie 'Formulier met te verzamelen informatie over interventies' in bijlage 1). Een uitgebreide, systematische beschrijving van de interventie is om twee redenen essentieel. Allereerst is voor verspreiding van succesvolle interventies een concrete en grondige beschrijving van belang. Praktijkprofessionals kunnen alleen dan beoordelen of de ontwikkelde interventie ook bruikbaar zou zijn in de eigen praktijk en zo ja, hoe die is uit te voeren. Bovendien heeft er juist bij veel interventies, die in de praktijk gezien worden als effectief of veelbelovend, vaak nog geen wetenschappelijke evaluatie plaatsgevonden. Bij de beoordeling van die interventies kan er daarom geen sprake zijn van bewezen effectiviteit. Wel kan op basis van de systematische beschrijving worden vastgesteld of de interventie (of onderdelen daarvan) gebaseerd zijn op inzichten die voortvloeien uit wetenschappelijk onderzoek.

3.2 Beoordelingskader

Onderdeel van de opdracht was om een passende set beoordelingscriteria te ontwikkelen om te kunnen onderscheiden welke interventies effectief zijn in het stimuleren van arbeidsparticipatie. We hebben gekozen voor een set die is afgeleid van de beoordelingsprocedure van het Samenwerkingsverband Effectieve Interventies.¹⁸ Bij die procedure worden er criteria voor zowel de onderbouwing als voor de effectiviteit van de interventie gehanteerd. Dat mondt uit in separate oordelen over de kwaliteit van de onderbouwing en over de effectiviteit. Dat betekent dat een interventie tegelijk bewezen effectief kan zijn maar ook een magere theoretische onderbouwing hebben – anders gezegd, je weet dat het werkt maar je weet niet waarom. Het omgekeerde is uiteraard ook denkbaar: een inter-

¹⁸ Bronnen: 'Criteria voor Goed onderbouwd en effectief: beoordeling door de Erkeningscommissie Interventies'. Juli 2013, versie 1.1. en 'Beoordeling Goed Onderbouwd, Criteria en procedure'. Movisie, mei 2014.

ventie is onderbouwd door te verwijzen naar effectonderzoek naar een andere interventie, waarvan elementen zijn gekopieerd. Als naar die nieuwe interventie geen effectonderzoek is gedaan, zou de conclusie kunnen luiden dat de interventie theoretisch goed onderbouwd is, maar niet bewezen effectief.

De lijst met criteria is ingekort en aangepast aan het doel en reikwijdte van dit onderzoek. Criteria voor de beschrijving van de doelgroep omvatte daarom, behalve de doelgroep in termen van psychische aandoening, ook de doelgroep in termen van arbeid. Dit hield o.a. in dat het vastgelegd werd of de psychische klachten werkgerelateerd waren. Verder is de werkstatus van de doelgroep in kaart gebracht. Belangrijk is om ook te onderscheiden of bij de doelgroep een werkgever in beeld is, en of de doelgroep al werkervaring heeft. Het effect op arbeidsparticipatie van de interventie werd beoordeeld aan de hand van de effecten op de preventie van verzuim (met werkgever), terugkeer na verzuim (met werkgever), de eerste keer werken (zonder werk) en opnieuw een baan vinden (zonder werkgever).

De beoordelingsprocedure week af van die van het Samenwerkingsverband. De hier gehanteerde beoordelingsprocedure geschiedde ten eerste niet op verzoek van de interventie-eigenaar maar op initiatief van de onderzoekers. Daarnaast is de beoordeling in het onderhavige geval uitgevoerd door het projectteam (van APE & Coronel Instituut) en niet door een van de erkenningscommissies van het Samenwerkingsverband. De onderhavige procedure mondde uit in twee oordelen voor elke interventie: één over de theoretische onderbouwing van de interventie en één over de bewijsvoering voor effectiviteit op arbeidsparticipatie.

Voor een oordeel 'goed onderbouwd' gold als voorwaarde dat de doelgroep, doelen en de interventie zelf helder beschreven waren en er een handleiding beschikbaar was. Daarnaast woog zwaar mee of de aangrijpingspunten van de interventie helder waren, en de werkzame elementen van de interventie goed onderbouwd waren. Voor een oordeel 'bewezen effectief' gold dat er onderzoek beschikbaar moest zijn waaruit een positief effect op de arbeidsparticipatie bleek. Daarbij dienden die positieve effecten overtuigend te zijn, dat wil zeggen dat de effecten bij de interventiegroep substantieel beter uitpakten dan 'care as usual' of een benchmark van andere interventies.

De ontwikkelde beoordelingscriteria bleken in dit onderzoek goed hanteerbaar en maakte het mogelijk een breed scala van interventies met een diversiteit aan participatiedoelen met elkaar te vergelijken. Dit maakte een systematische analyse van de aangeleverde interventies mogelijk. Daarnaast biedt het beoordelingskader zelf ook houvast voor interventie eigenaren die de ontwikkelde interventie willen verspreiden. De gehanteerde beoordelingsprocedure bleek echter wel tijd-

rovend, omdat de aangeleverde informatie door het projectteam in het juiste format voor de beoordeling werd gezet. In een erkenningsprocedure zoals bij het Samenwerkingsverband, wordt deze informatie door de interventie eigenaren aangeleverd. In dit geval, omdat de interventie-eigenaren er niet zelf voor hadden gekozen om hun interventie te laten beoordelen, is ervoor gekozen hun werklast tot het minimum te beperken. Dat hield in: deelnemen aan een telefonisch interview en het corrigeren en aanvullen van het door de onderzoekers ingevulde formulier, inclusief aanleveren van bewijsmateriaal.

4 Kenmerken van interventies

De verscheidenheid aan interventies die zijn gericht op het bevorderen van de arbeidsparticipatie van mensen met psychische klachten is groot. Deze interventies verschillen niet alleen in doelgroep (bijvoorbeeld de verschillende soorten psychische klachten) maar ook in het beoogde doel.

Om de interventies te ordenen, maken we onderscheid naar vier 'werkdoelen'. De eerste twee zijn gericht op mensen met werkervaring en die in het bezit zijn van een betaalde baan. De andere twee zijn gericht op mensen zonder betaalde baan, waarbij het laatste werkdoel specifiek focust op mensen die nog nooit gewerkt hebben.

1. Preventie van verzuim – deze interventies zijn gericht op het voorkomen van (terugval in) verzuim als gevolg van psychische klachten, en zijn bedoeld voor werknemers met een psychische aandoening of met een hoog risico om die te ontwikkelen, maar die nog niet ziekgemeld zijn;
2. Terugkeer van werknemers na verzuim – deze interventies trachten werknemers die zijn uitgevallen door psychische klachten, maar nog wel een arbeidscontract hebben, sneller weer aan het werk te helpen;
3. Opnieuw een betaalde baan vinden – interventies in deze categorie zijn specifiek gericht op mensen met psychische klachten die wel werkervaring, maar geen arbeidscontract hebben;
4. Eerste keer betaald werken – deze interventies zijn bedoeld om mensen met psychische klachten die nog nooit gewerkt hebben (al of niet vanwege hun psychische aandoening) te begeleiden naar hun eerste betaalde baan.

Daarnaast maken we onderscheid naar het type psychische klacht waar de interventie zich op richt (zie paragraaf 'Gebruikte protocollen' voor de afbakening in bijlage 1). Ten eerste onderscheiden we common mental disorders van severe mental disorders. Binnen deze twee hoofdcategorieën kunnen verschillende diagnoses vallen. Sommige interventies zijn specifiek bedoeld voor mensen met een bepaalde diagnose maar er zijn ook interventies die gericht zijn op mensen met CMD in het algemeen.

Psychosociale problematiek en een verstandelijke beperking vallen buiten de psychische stoornissen. Interventies die daar specifiek op zijn gericht, vallen daarmee buiten dit onderzoek.

In dit hoofdstuk beschrijven we alleen de interventies die in dit onderzoek ‘op de zee’ zijn blijven liggen. Dat zijn onderzoeken die gericht zijn op mensen met common mental disorders en waarover voldoende informatie beschikbaar was om ze systematisch te beschrijven en – ten dele – ook om ze te beoordelen op hun effecten op arbeidsparticipatie. In het navolgende introduceren we deze 19 interventies kort. Een volledige beschrijving is te vinden in bijlage 4. Daarna gaan we in op de overeenkomsten en verschillen tussen de interventies en maken een analyse van de (impliciete) interventielogica en (theoretische) onderbouwing.

4.1 Korte introductie van de interventies

1. *Behandeling door bedrijfsarts volgens de **NVAB Richtlijn**, voor werkenden met CMD:* Deelnemers worden in fases gecoacht, waarbij interventies op klachtniveau en interventies gefocust op het werksysteem kunnen worden ingezet. De aanpak combineert elementen van cognitieve gedragstherapie met activering en het ontwikkelen van probleemoplossend vermogen, waarbij de werkomgeving wordt betrokken.
2. ***SHARP at Work terugvalpreventie voor werkenden met CMD:*** Deelnemers leren in individuele consulten om problemen op het werk te inventariseren, te classificeren (zelf oplosbaar/ hulp bij nodig/ niet oplosbaar) en vervolgens oplossingen te bespreken met leidinggevende.
3. ***Beweging als Warming-up voor Re-integratie voor werklozen met psychische en/of fysieke klachten:*** In fysieke groepstrainingen worden deelnemers weer in conditie gebracht en wordt een gezonder dagelijks leefpatroon aangeleerd.
4. ***Werkgerichte Cognitieve Gedragstherapie voor mensen met CMD:*** Deelnemers krijgen cognitieve gedragstherapie waarin werk geïntegreerd is. Dat wil zeggen dat werkgerelateerde problemen vroegtijdig worden besproken en werk/ de werkplek wordt gebruikt als context waarbinnen gestelde doelen gerealiseerd kunnen worden.
5. ***Ergotherapie voor (deels verzuimende) werkenden met depressie:*** In individuele en groepsbijeenkomsten wordt de werkgerelateerde coping van deelnemers verbeterd en de self-efficacy verhoogd. Daarnaast krijgt de werkgever psycho-educatie en wordt de communicatie tussen werkgever en werkende bevorderd.
6. ***Ademhalingstraining voor mensen met psychische en/of fysieke klachten:*** Deelnemers krijgen ademhalingsoefeningen aangeleerd om zelf lichamelijke spanning te verminderen.

7. **Zelfmanagementtraining voor studenten met een Autisme Spectrum Stoornis:** Deelnemers leren in groepstrainingen en in samenwerking met een maatje te reflecteren op de eigen kwaliteiten en valkuilen. Door plannen te maken en op te volgen (PDCA) krijgen deelnemers inzicht in wat ze nodig hebben om goed te kunnen studeren of werken.
8. **Focus op Werk voor werkenden met een Autisme Spectrum Stoornis:** Deelnemers worden op meerdere leefgebieden tegelijk gecoacht door een multidisciplinair team (zowel op werkgebied als privé) en gelijktijdig worden behandelinterventies ingezet gericht op de aandoening. Ook kunnen aanpassingen in de werkplek plaats vinden.
9. **Mentale Participatie Coaching voor mensen met CMD:** Zowel deelnemers als hun werkcontext worden gecoacht, zodat de deelnemers balans vinden en houden en meer gemotiveerd raken voor werk en tegelijkertijd de psychische klacht bespreekbaar wordt bij leidinggevende en collega's.
10. **Werk een zorg minder voor werklozen met CMD en/of psychosociale problematiek:** Deelnemers worden geplaatst op een maatschappelijk nuttige (vrijwillige) werkplek om contact en motivatie op te bouwen, terwijl ze worden begeleid bij het oplossen van problemen op verschillende leefgebieden; in de volgende fase worden deelnemers begeleid naar een betaalde baan.
11. **Aanpassing functie en werkbelasting voor werkenden met CMD:** De functie en/of werkbelasting van de deelnemer wordt al of niet tijdelijk aangepast, zodat de deelnemer de controle over het werk behoudt waardoor (langdurige) uitval kan worden voorkomen.
12. **Assistentie bij het starten van een Eigen Zaak voor werklozen met SMD:** Deelnemers worden begeleid bij de opstart van een eigen onderneming, door zowel een ondernemerscoach, een ondernemer in de regio, de KvK en een re-integratie coach. Daarnaast wordt opstartfinanciering geboden.
13. **Multidisciplinair poliklinisch behandelprogramma voor mensen met psychische of gecombineerde psychische en lichamelijke klachten:** Deelnemers krijgen individueel en in groepsverband behandeling door een multidisciplinair team, bestaand uit een medisch specialist, een psycholoog, een re-integratiedeskundige en een bewegingsdeskundige. De multifactoriële en 'graded' aanpak, die elementen van cognitieve gedragstherapie bevat, is gericht op het verminderen van klachten en het vergroten van de zelfstandigheid en zelfredzaamheid.
14. **Bipolair en werk voor werkenden met een bipolaire stoornis:** In groepsbijeenkomsten met lotgenoten wordt het vermogen om te werken van deelnemers versterkt, op basis van een individuele analyse van mogelijkheden en belemmeringen (d.m.v. arbeidsanamnese en assessment) worden gezamenlijk de doelen bepaald. De aanpak is activerend en er is een oefenplek nodig, bij voorkeur een betaalde baan. Waar mogelijk wordt de werkgever bij het pro-

gramma betrokken, dit is in de praktijk niet altijd mogelijk omdat niet iedereen betaald werk heeft.

15. **Prikkelverwerking** voor mensen met een *Autisme Spectrum Stoornis*: Deelnemers krijgen in groepstrainingen inzicht in hoe prikkelverwerking verloopt en overprikkeling kan ontstaan. Ze leren problemen te herkennen en te voorkomen.
16. **VeerkrachtWijzer** voor werkenden die *psychische klachten willen voorkomen*: Deelnemers worden in individuele coachgesprekken en een online training geholpen om de persoonlijke hulpbronnen te versterken (hoop, optimisme, vertrouwen in eigen kunnen en veerkracht) om beter om te kunnen gaan met een onzekere werkomgeving.
17. **Breinwerk** voor *vangnetters (zieken zonder arbeidscontract) met psychische klachten (al dan niet in combinatie met lichamelijke klachten)*. Met behulp van een beweegprogramma in groepsverband gecombineerd met re-integratie wordt aan structurering, activering en herstel van functioneren gewerkt.
18. **Blended E-health** voor mensen *CMD*. De methode bestaat uit een combinatie van face-to-face contact en online modules, waardoor de deelnemer meer regie heeft over de eigen behandeling.
19. **SamenWerk** voor *vangnetters (zieken zonder arbeidscontract) met en zonder psychische aandoening*: Deelnemers krijgen geïntegreerde zorg aangeboden in combinatie met een participatieve aanpak en directe plaatsing in een betaalde baan.

In een eerste analyse kunnen we deze interventies indelen naar het type aandoening van de doelgroep en het werkdoel dat de interventie beoogt te behalen (tabel 1). We onderscheiden in de categorie CMD stemmingsstoornissen, angststoornissen, klachten gerelateerd aan stress of een burn-out, een Autisme Spectrum Stoornis (ASS) en overige klachten, bijvoorbeeld somatoforme klachten. In de categorie SMD onderscheiden we ernstige stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen, ernstige verslaving, een ernstige vorm van ASS en somatoforme klachten. De eerste drie werkdoelen zijn gericht op mensen met werkervaring of mensen die nog aan het werk zijn, het vierde werkdoel is gericht op mensen die nog nooit gewerkt hebben. Interventies kunnen één of meerdere werkdoelen dienen en bedoeld zijn voor mensen met een specifieke klacht of zich juist richten op verschillende soorten klachten.

Met werkgever: preventie van verzuim	CMD	<i>Stemmingsstoornissen</i>	<i>Angststoornissen</i>	<i>Stress/burn-out</i>	<i>Autisme</i>	<i>Overige/ niet gespecificeerd (bijv. somatoform)</i>
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Richtlijn bedrijfsartsen ➤ Multidisciplinair poliklinisch behandelprogramma ➤ Ergotherapie ➤ SHARP at work ➤ Mentale participatie coaching ➤ Ademhalingstraining ➤ Aanpassing functie en werkbelasting ➤ Blended E-health 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Richtlijn bedrijfsartsen ➤ Ergotherapie ➤ Multidisciplinair poliklinisch behandelprogramma ➤ SHARP at work ➤ Mentale participatie coaching ➤ Ademhalingstraining ➤ Aanpassing functie en werkbelasting ➤ Blended E-health 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Richtlijn bedrijfsartsen ➤ Veerkrachtwijzer ➤ Multidisciplinair poliklinisch behandelprogramma ➤ SHARP at work ➤ Mentale participatie coaching ➤ Ademhalingstraining ➤ Aanpassing functie en werkbelasting ➤ Veerkrachtwijzer ➤ Blended E-health 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ademhalingstraining 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Multidisciplinair poliklinisch behandelprogramma ➤ Ademhalingstraining
	SMD	<i>Stemmingsstoornissen</i>	<i>Psychotische stoornissen</i>	<i>Verslaving</i>	<i>Autisme</i>	<i>Overige /niet gespecificeerd</i>
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bipolair en werk 			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prikkelverwerking ➤ Focus op werk 	
Met werkgever: terugkeer na verzuim	CMD	<i>Stemmingsstoornissen</i>	<i>Angststoornissen</i>	<i>Stress/burn-out</i>	<i>Autisme</i>	<i>Overige/ niet gespecificeerd (bijv. somatoform)</i>
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Richtlijn bedrijfsartsen ➤ Multidisciplinair poliklinisch behandelprogramma ➤ Ergotherapie ➤ Werkgerichte CGT ➤ Mentale participatie coaching ➤ Ademhalingstraining ➤ Aanpassing functie en werkbelasting ➤ Blended E-health 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Richtlijn bedrijfsartsen ➤ Multidisciplinair poliklinisch behandelprogramma ➤ Ergotherapie ➤ Werkgerichte CGT ➤ Ademhalingstraining ➤ Mentale participatie coaching ➤ Aanpassing functie en werkbelasting ➤ Blended E-health 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Richtlijn bedrijfsartsen ➤ Multidisciplinair poliklinisch behandelprogramma ➤ Werkgericht CGT ➤ Ademhalingstraining ➤ Mentale participatie coaching ➤ Aanpassing functie en werkbelasting ➤ Blended E-health 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ademhalingstraining 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Werkgericht CGT ➤ Ademhalingstraining ➤ Multidisciplinair poliklinisch behandelprogramma
	SMD	<i>Stemmingsstoornissen</i>	<i>Psychotische stoornissen</i>	<i>Verslaving</i>	<i>Autisme</i>	<i>Overige /niet gespecificeerd</i>
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bipolair en werk 			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prikkelverwerking ➤ Focus op werk 	
Zonder werkgever: opnieuw een baan vinden	CMD	<i>Stemmingsstoornissen</i>	<i>Angststoornissen</i>	<i>Stress/burn-out</i>	<i>Autisme</i>	<i>Overige/ niet gespecificeerd (bijv. somatoform)</i>
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Werk een zorg minder ➤ Beweging als warming-up voor re-integratie ➤ Ademhalingstraining ➤ Breinwerk ➤ Blended E-health ➤ Samenwerk 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Werk een zorg minder ➤ Beweging als warming-up voor re-integratie ➤ Ademhalingstraining ➤ Breinwerk ➤ Blended E-health ➤ Samenwerk 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Werk een zorg minder ➤ Beweging als warming-up voor re-integratie ➤ Ademhalingstraining ➤ Breinwerk ➤ Blended E-health ➤ Samenwerk 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Beweging als warming-up voor re-integratie ➤ Ademhalingstraining 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Beweging als warming-up voor re-integratie ➤ Ademhalingstraining ➤ Breinwerk
	SMD	<i>Stemmingsstoornissen</i>	<i>Psychotische stoornissen</i>	<i>Verslaving</i>	<i>Autisme</i>	<i>Overige /niet gespecificeerd</i>
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ EigenZaak 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ EigenZaak 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ EigenZaak 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ EigenZaak ➤ Prikkelverwerking ➤ Zelfmanagement voor studenten 	
	CMD	<i>Stemmingsstoornissen</i>	<i>Angststoornissen</i>	<i>Stress/burn-out</i>	<i>Autisme</i>	<i>Overige/ niet gespecificeerd (bijv. somatoform)</i>

Zonder werkgever: starten met eerste betaalde baan		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Werk een zorg minder ➤ Beweging als warming-up voor re-integratie ➤ Ademhalingstraining ➤ Breinwerk ➤ Blended E-health 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Werk een zorg minder ➤ Beweging als warming-up voor re-integratie ➤ Ademhalingstraining ➤ Breinwerk ➤ Blended E-health 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Werk een zorg minder ➤ Beweging als warming-up voor re-integratie ➤ Ademhalingstraining ➤ Breinwerk ➤ Blended E-health 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Beweging als warming-up voor re-integratie ➤ Ademhalingstraining 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Beweging als warming-up voor re-integratie ➤ Ademhalingstraining ➤ Breinwerk
	<i>SMD</i>	<i>Stemmingsstoornissen</i>	<i>Psychotische stoornissen</i>	<i>Verslaving</i>	<i>Autisme</i>	<i>Overige /niet gespecificeerd</i>
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ EigenZaak 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ EigenZaak 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ EigenZaak 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ EigenZaak ➤ Prikkelverwerking ➤ Zelfmanagement voor studenten 	

Tabel 1: Interventies, werkdoelen en klachten.

Uit tabel 1 kunnen we afleiden dat het aantal interventies dat zich richt op mensen met een arbeidscontract in balans is ten opzichte van het aantal interventies dat zich richt op mensen zonder arbeidscontract. Dit is anders dan je zou verwachten. Gedacht wordt namelijk dat de meeste inspanning uitgaat naar de re-integratie (zonder werkgever) van mensen met psychische klachten¹⁹. In onze selectie zitten echter net zo veel interventies die zich richten op preventie van verzuim en op terugkeer na uitval, als interventies die mensen opnieuw aan een baan proberen te helpen of mensen op weg helpen bij hun eerste betaalde baan.

Ten tweede valt op dat er een duidelijke scheiding is tussen interventies die zich richten op mensen met, dan wel mensen zonder een arbeidscontract. Een uitzondering hierop zijn de Ademhalingstraining en de Blended E-health interventies en de interventie Prikkelverwerking gericht op mensen met een Autisme Spectrum Stoornis (ASS). Deze interventies richten zich zowel op mensen met en mensen zonder een werkgever. In de groep mensen met psychische klachten zijn er twee doelgroepen te ontdekken waar interventies zich op richten. Interventies voor mensen met een werkgever (die verzuimen) en mensen zonder een werkgever. Er lijkt dus een duidelijke scheiding te zijn tussen het soort interventie dat nodig is om verzuim te verminderen of te voorkomen en het soort interventie dat nodig is om mensen (opnieuw) aan werk te helpen.

Als laatste kunnen we constateren dat de klachtcategorieën stemmingsstoornissen, angst en stress/burn-out relatief veel op elkaar lijken. Enkele interventies richten zich op alle drie deze klachttypen. Voor deze 'generieke' interventies komen dus mensen met stemmings-, angst- en stress/burn-out stoornissen in aanmerking. Aan de andere kant blijken ASS en somatoforme stoornissen juist stoornissen te zijn waar specialistische interventies zich op dienen te richten.

4.2 Overeenkomsten en verschillen

Een analyse van de overeenkomsten en verschillen kunnen we op verschillende niveaus maken. In de vorige paragraaf viel op dat de meeste interventies zich specifiek richten op mensen met, dan wel mensen zonder een baan. Waar het gaat om mensen met een baan kan de werkgever een rol spelen in het re-integratie proces van de werknemer met psychische klachten. De werkgever is niet noodzakelijkerwijs betrokken bij het re-integratieproces van zijn werknemer, echter speelt de werkgever in de meeste interventies een rol.

¹⁹ OECD (2014) Mental Health and Work: Netherlands.

4.2.1 Rol van de werkgever

We hebben 13 interventies onderzocht die zich richten op mensen met een werkgever. Tabel 2 laat zien dat bij 9 van deze 13 interventies een rol is weggelegd voor de werkgever, leidinggevende of collega's. Er is echter veel verschil op te merken in de invulling van deze rol. In vier interventies (Ergotherapie; Bipolair en werk; Focus op werk; Werkgerichte CGT) vindt er (minimaal) één overleg met de werkgever, behandelaar en werknemer plaats om het behandelplan te bespreken. In de Ergotherapeutische interventie wordt dit aangevuld met psycho-educatie voor de werkgever. De interventies Richtlijn voor bedrijfsartsen en Aanpassing van functie en werkbelasting vergen van de werkgever dat deze ruimte biedt aan de behandelaar om de behandeling (op het werk) toe te passen.

Tabel 2: Rol van de werkgever

Werkgever wordt erbij betrokken	Werkgever wordt er niet bij betrokken	Betrokkenheid werkgever n.v.t.
<ul style="list-style-type: none"> - Ergotherapie - Richtlijn bedrijfsartsen - Werkgerichte Cognitieve Gedragstherapie - SHARP-at-Work - Mentale Participatie Coaching - Aanpassing functie en werkbelasting - Bipolair en werk - Focus op Werk 	<ul style="list-style-type: none"> - Ademhalingstraining - Blended E-health - Prikkelverwerking - VeerkrachtWijzer 	<ul style="list-style-type: none"> - Breinwerk - Zelfmanagementtraining voor studenten - Werk een zorg minder - Beweging als Warming-up voor Re-integratie - Eigen Zaak - Multidisciplinair poliklinisch behandelprogramma (onduidelijk wat de rol van de werkgever is) - Samenwerk

De SHARP-at-work interventie verlangt van de cliënt dat deze oplossingen voor problemen die hij/zij heeft bedacht bespreekt met de leidinggevende. De interventie Mentale participatie coaching is er (onder meer) op gericht om de psychische problemen bespreekbaar te maken met de leidinggevende en collega's. Tevens leren de collega's van de cliënt als 'buddy' te fungeren en de cliënt te ondersteunen. Het buddy-systeem wordt ook toegepast bij de zelfmanagementtraining voor studenten met ASS.

4.2.2 Breedte van de doelgroep

Interventies verschillen ook naar de breedte van de doelgroep waar de interventie zich op richt (tabel 3). Zoals we in de vorige paragraaf al stelden kunnen interventies zich richten op een specifieke klacht of juist op verschillende soorten klachten. Waar de Ergotherapeutische interventie zich uitsluitend richt op men-

sen met depressieve klachten, richt de interventie Bipolair en werk zich op mensen met een bipolaire aandoening. De interventies Focus op werk, Prikkelverwerking en Zelfmanagement training voor studenten richten zich uitsluitend op mensen met autisme. Het merendeel van de interventies richt zich echter niet specifiek op één klachtenbeeld, maar is veeleer gericht op mensen met verschillende soort common mental disorders.

Tabel 3: Breedte van de doelgroep

Gericht op mensen met een specifiek klachtenbeeld	Gericht op mensen met verschillende soorten klachten
<ul style="list-style-type: none"> - Ergotherapie - Bipolair en werk - Focus op Werk - Prikkelverwerking - Zelfmanagement training voor studenten 	<ul style="list-style-type: none"> - Richtlijn voor bedrijfsartsen - SamenWerk - SHARP at Work - Mentale Participatie Coaching - Aanpassing functie en werkbelasting - Ademhalingstraining - VeerkrachtWijzer - Werkgerichte Cognitieve Gedragstherapie - Werk een zorg minder - Beweging als Warming-up voor Re-integratie - Eigen Zaak - Multidisciplinair poliklinisch behandelprogramma - Breinwerk - Blended E-health

4.2.3 Individuele activiteiten of in groepsverband

11 van de 19 interventies bestaan uit individuele activiteiten. Dat wil zeggen dat deze interventies bestaan uit een consult of sessie tussen behandelaar en behandelde. Vier interventies bestaan uit activiteiten of een behandeling die in groepsverband wordt uitgevoerd. Vier andere interventies combineren individuele sessie met groepsactiviteiten.

Individuele activiteiten beogen de klachten waar de cliënt mee kampt te begeleiden om zo de arbeidsparticipatie te bevorderen. Dit doen ze door communicatie vaardigheden te vergroten, zelfredzaamheid en coping strategieën te verbeteren, verantwoordelijkheid en motivatie te vergroten of structureringsmechanismen aan te leren. Vaak worden deze consulten aangevuld met huiswerkopdrachten die de cliënt op het werk moet uitvoeren (hier komen we in het volgende hoofdstuk op terug). Ook wordt met deze individuele begeleiding beoogt de kennis van de klachten te vergroten en adviezen te geven.

Tabel 4: Individuele activiteiten of in groepsverband

Individueel	Groepsverband	Beide
<ul style="list-style-type: none"> - Richtlijn voor bedrijfsartsen - SHARP at Work - Werkgerichte Cognitieve Gedragstherapie - Ademhalingstraining - SamenWerk - Blended E-health - Mentale Participatie Coaching - Werk een zorg minder - Aanpassing functie en werkbelasting - Eigen Zaak - VeerkrachtWijzer 	<ul style="list-style-type: none"> - Beweging als Warming-up voor Re-integratie - Zelfmanagement training voor studenten - Breinwerk - Prikkelverwerking 	<ul style="list-style-type: none"> - Ergotherapie - Multidisciplinair poliklinisch behandelprogramma - Bipolair en werk - Focus op Werk

Bij interventies in groepsverband of gecombineerde interventies gaat het er vooral om (Beweging als warming-up voor re-integratie en Breinwerk uitgezonderd) lotgenotencontact te stimuleren. Verondersteld wordt dat kennis uitwisselen en ervaringen delen het re-integratieproces kan bevorderen.

4.2.4 Aangrijpingspunten

Alle interventies uitgezonderd Aanpassing functie en werkbelasting en Eigen zaak richten zich primair op het teweeg brengen van een verandering bij de cliënt zelf. Interventies kunnen echter verschillen op het punt dat de behandeling aangrijpt. In onze selectie viel een duidelijke driedeling te ontwaren waar het gaat om de belangrijkste aangrijpingspunten van de interventies. Ten eerste kunnen interventies primair gericht zijn op het vergroten van kennis dan wel het aanleren van vaardigheden. Deze twee elementen uit de behandeling vullen elkaar aan. Ten tweede kunnen interventies het gedrag van de cliënt als aangrijpingspunt voor verandering nemen. Deze aanpak zien we bij interventies die op het fysieke gedrag van cliënten aangrijpen en hierin een verandering beogen te bewerkstelligen. Ook kunnen interventies zowel gedrag, het vergroten van kennis als het aanleren van vaardigheden als aangrijpingspunt van verandering hebben.

Tabel 5: Belangrijkste aangrijpingspunten

Kennis / vaardigheden	Gedrag	Combinatie
<ul style="list-style-type: none"> - SHARP at Work - Zelfmanagement training voor studenten - Bipolair en werk - Prikkelverwerking - VeerkrachtWijzer - Blended E-health - Samenwerk 	<ul style="list-style-type: none"> - Beweging als Warming-up voor Re-integratie - Ademhalings-training - Breinwerk 	<ul style="list-style-type: none"> - Richtlijn voor bedrijfsartsen - Werkgerichte Cognitieve Gedragstherapie - Ergotherapie - Focus op Werk - Mentale Participatie Coaching - Werk een zorg minder - Multidisciplinair poliklinisch behandelprogramma

4.3 Impliciete interventie logica

Interventies beogen de relatie tussen psychische klachten en arbeidsparticipatie dusdanig te beïnvloeden dat cliënten na de interventie een grotere kans hebben op het vinden van werk of om duurzaam aan het werk te blijven. Het hoeft echter niet zo te zijn dat de klacht volledig verdwenen is. De klacht kan blijven bestaan ook terwijl de cliënt al (weer) aan het werk is. De interventies zijn er dan ook niet op gericht de klacht te laten verdwijnen. Wel beogen de meeste interventies de klacht te reduceren. Zoals we hierboven hebben beschreven doen de interventies dit op verschillende wijze.

Er zijn echter ook interventies die niet primair gericht zijn op het reduceren van de klacht, maar die in eerste instantie tot doel hebben om de cliënt om te leren gaan met de klacht, ook op het werk. We maken hier een onderscheid tussen interventies die zich richten op de klachten en interventies die zich richten op de cliënt (met klachten) en de context.

Een duidelijk voorbeeld van een interventie die zich primair richt op het reduceren van klachten is de Ademhalingstraining voor mensen met psychische en/of fysieke klachten. Door het aanleren van een functionele ademhaling beoogt deze interventie de klachten (die het gevolg zijn van een niet-functionele ademhaling) te reduceren of weg te nemen. Het overgrote merendeel van de interventies is echter niet primair gericht op het reduceren van klachten, maar hebben in eerste instantie tot doel om cliënt te leren omgaan met de klachten. Voorbeelden hiervan zijn de SHARP-at-work terugvalpreventie interventie die cliënten een probleemoplossingsgerichte houding aanleert om zo problemen op het werk en uitval als gevolg van een common mental disorder te voorkomen. Een ander goed voorbeeld hiervan is de Eigen zaak interventie die niet tot doel heeft klachten te

reduceren, maar tot doel heeft om werklozen met een ernstige psychische aandoening in eigen inkomen te laten voorzien middels een eigen zaak.

Deze aanpak om niet de klacht te doen wegnemen, maar om de cliënt om te leren gaan met de klacht is gebaseerd op de veronderstelling dat de klacht (mede) afneemt wanneer werk wordt hervat. Ook is het zo dat klachten niet altijd volledig kunnen verdwijnen (bipolariteit of autisme) en dat het vaak überhaupt moeilijk is om de klacht te laten verdwijnen.

5

Lessen uit (goede) praktijken

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk presenteren we vier interventies waarvan overtuigend is aangetoond dat ze de arbeidsparticipatie stimuleren. Aangezien we in de analyse interventies hebben betrokken met verschillende ‘werkdoelen’, en interventies die gericht zijn op verschillende soorten psychische klachten, loopt ook de bewijsvoering voor effectiviteit uiteen. De effectiviteit van interventies die mensen aan een baan moeten helpen, kan bijvoorbeeld worden afgemeten aan de tijd tussen de start van de interventie en het moment dat men (duurzaam) aan het werk gaat. Voor een interventie die tracht te voorkomen dat mensen uitvallen, gaat het bijvoorbeeld om verzuimcijfers van de organisatie waar de interventie is ingezet, en veranderingen daar in. Door alleen naar deze uitkomsten te kijken, wordt alleen nog bepaald of met de interventie het doel is bereikt, c.q. terugkeer naar werk bevorderen en uitval voorkomen. Dit wordt de bruto-effectiviteit genoemd. Daarmee is nog niet gezegd dat het doel sneller is bereikt dan wanneer geen één, of een andere interventie zou zijn ingezet – de netto-effectiviteit. Om die te bepalen moeten de resultaten van de interventie op een groep mensen worden vergeleken met de resultaten van een groep mensen die de interventie niet heeft doorlopen (een controlegroep). Afhankelijk van de doelstelling van de interventie kan naast of in plaats van de snelheid van re-integratie ook gekeken worden naar de duurzaamheid waarmee mensen aan het werk gaan, of naar de kosteneffectiviteit (bijv. bij gelijke resultaten tussen interventie- en controlegroep zal het niet inzetten van de interventie kosteneffectiever zijn).

In het onderzoek zijn verschillende criteria opgesteld waarmee getracht is de effectiviteit te toetsen. Voorbeelden hiervan zijn dat het onderzoek de door de interventie beoogde doelgroep daadwerkelijk bereikt heeft, dat het onderzoek betrouwbaar is (o.a. van voldoende omvang, adequate statistische technieken toegepast) en dat het positieve effect van de interventie overtuigend is (dat wil zeggen dat de interventie substantieel positiever uitpakt dan 'care as usual' of

dan een benchmark van andere interventies). Een overzicht van alle gehanteerde criteria is te vinden in bijlage 1.²⁰

De bedoeling van dit onderzoek was echter niet alleen om goede praktijken aan te wijzen, maar ook om bloot te leggen wat de werkzame elementen van die praktijken zijn. Met andere woorden, we dienen niet alleen een antwoord te vinden op de vraag wat werkt, voor wie en onder welke omstandigheden, maar ook waaróm het werkt. Inzicht hierin is nodig om te kunnen bepalen of een goed werkende interventie vertaald kan worden naar andere doelgroepen of contexten. En, als dat zou kunnen, welke elementen van die interventie hoe dan ook in tact moeten blijven. Daarom hebben wij in onze analyse niet alleen gekeken naar de al dan niet bewezen effectiviteit van de interventies, maar ook naar de kwaliteit van de beschrijving van de interventie, in termen van concrete activiteiten en werkzame elementen bijvoorbeeld, en naar theoretische onderbouwing daarvan. Voor de beschrijving en onderbouwing hebben wij een aantal criteria gehanteerd waaronder dat de doelgroep van de interventie helder beschreven moet zijn aan de hand van relevantie kenmerken (exclusiecriteria of contra-indicaties zijn daarbij weergegeven) en dat de werkzame elementen (technieken of principes) van de aanpak helder worden benoemd en verantwoord in het kader van een veranderingsmodel of interventielogica. Zie ook voor een overzicht van deze criteria in bijlage 1.

De vier interventies die in de volgende paragraaf worden behandeld, scoorden zowel op de criteria voor effectiviteit als voor onderbouwing goed, en kunnen daarmee worden aangemerkt als de vier ‘good practices’.

5.2 Vier effectieve interventies

Van de 19 interventies die nader zijn onderzocht is van vier interventies de effectiviteit bewezen. Het gaat om de Richtlijn voor Bedrijfsartsen, SHARP-at-work, Beweging als Warming-up voor Re-integratie (BWR) en Werkgerichte Cognitieve Gedragstherapie. Hieronder volgt een korte beschrijving van deze interventies waarin de doelgroep, de problemen die deze groep ervaren op het gebied van arbeidsparticipatie en de aangrijpingspunten van de interventie worden toegelicht. Tevens wordt kort ingegaan op de activiteiten en de effectiviteit van de interventie.

²⁰ Voor de keuze van criteria voor effectiviteit en onderbouwing is dankbaar gebruik gemaakt van het werk van het Samenwerkingsverband Effectieve interventies. De hier toegepaste set criteria is echter op onderdelen aangepast aan de focus van dit onderzoek en de procedure die is gevolgd voor beoordeling is lichter dan de toetsingsprocedure die het Samenwerkingsverband voorschrijft.

Richtlijn voor bedrijfsartsen

Doelgroep	Werkenden die lijden aan (dreigend) controleverlies en functioneringsproblemen als gevolg van stress gerelateerde klachten en lichte tot matige depressies, angststoornissen of overige psychiatrische stoornissen (overwegend CMD) (NVAB. 2007a, p.10).
Probleem	Diverse arbeidsgerelateerde psychische problemen.
Aangrijpingspunten	De richtlijn voor bedrijfsartsen is gericht op functioneringsherstel: de werkende dient weer controle/greep op de situatie te krijgen (NVAB, 2007a, p.6). De richtlijn geeft de bedrijfsarts handvatten om cliënten met psychische problemen en diens werkomgeving hierbij optimaal te ondersteunen.
Activiteiten	Met behulp van de richtlijn biedt de bedrijfsarts een stapsgewijze en activerende vorm van begeleiding aan werknemer en werkomgeving. De bedrijfsarts werkt in deze richtlijn procescontingent (en niet klacht- of tijdscontingent), aan de hand van een fasen/taken-model. Daarbij hangen de taken af van de fase waarin de cliënt zich bevindt (crisisfase, oplossingsfase, toepassingsfase). Te denken valt aan het geven van voorlichting, perspectief bieden, praatadvies geven, het helpen verkrijgen van (dag)structuur, probleem- en oplossingsinventarisatie en een herstelproces. Eenmaal per drie weken vindt er minimaal een consult van 30 minuten plaats. Ook moet er eenmaal per maand contact met de werkomgeving zijn.
Effectiviteit	<p>Van Beurden ea (2014a) stellen dat werkgerelateerde self efficacy (persoonlijke effectiviteit, meestal gezien als onderdeel van arbeidsfunctioneren) positief wordt beïnvloed door behandeling door de bedrijfsarts in de eerste maanden van verzuim.</p> <p>Noordik ea (2013) vergeleken de Exposure-based RTW-interventie met behandeling volgens de richtlijn voor bedrijfsartsen. Uit het onderzoek bleek dat de Exposure-based RTW-interventie resulteerde in een langere tijd voordat de cliënt weer aan het werk ging. Er wordt geconcludeerd dat mensen met psychische problemen die volgens de richtlijn worden behandeld eerder aan het werk kunnen/gaan.</p> <p>Rebergen heeft een onderzoek gedaan waarbij behandeling door de bedrijfsarts conform de richtlijn vergeleken werd met minimale inspanning door de bedrijfsarts en behandeling door een psycholoog. Daaruit bleek dat de behandeling door de bedrijfsarts geen snellere terugkeer naar werk of herstel van productiviteit opleverde ten opzichte van de behandeling</p>

door de psycholoog (Rebergen, 2009b), maar wel kosteneffectiever was (Rebergen, 2009a). Wanneer de interventiegroep gesplitst werd naar type werk, bleek er wel een klein positief effect van de richtlijnbegeleiding voor werknemers met een administratieve functie en/of lichte stressgerelateerde klachten (Rebergen 2009b). Voor deze groepen valt behandeling door de bedrijfsarts conform de richtlijn dus aan te bevelen.

Nieuwenhuijsen ea (2003) stellen dat het behandelproces van werknemers met een aanpassingsstoornis kan verbeteren door regelmatig contact met een bedrijfsarts en gepaste interventies die op de organisatie zijn gericht. Er zijn aanwijzingen dat dit zou leiden tot een kortere verzuimduur.

Onderzoek van Van der Klink (2003), Blonk (2006) en Nieuwenhuijsen (2003) laat zien dat een activerende begeleiding met elementen van cognitieve gedragstherapie leidt tot een aanzienlijk snellere re-integratie. Het positieve effect komt hoofdzakelijk door de combinatie van de actieve aanpak en elementen van cognitieve gedragstherapie.

De effectiviteit van de richtlijn voor bedrijfsartsen is op verschillende manieren onderzocht. Alhoewel niet alle onderzoeken een overtuigend positief effect laten zien op de arbeidsparticipatie, zijn de resultaten overwegend positief. We houden hierbij ook rekening met het feit dat de richtlijn in de loop van jaren is doorontwikkeld en dat door implementatie van de richtlijn intussen ook de controleconditie (care as usual) steeds verandert.

Beweging als Warming-up voor Re-integratie (BWR)

Doelgroep	Volwassenen met een afstand tot de arbeidsmarkt met multi-problematiek. Dat wil zeggen een combinatie van problemen die sociaal, fysiek en mentaal van aard kunnen zijn.
Probleem	Belemmeringen en beperkingen (zowel fysiek als psychisch van aard) kunnen effectieve toeleiding tot werk in de weg staan. Mensen uit de doelgroep vertonen na verloop van tijd veelal symptomen van depressie die samenhangen met een afname van algeheel zelfvertrouwen. Door dit proces wordt het steeds moeilijker voor deze mensen om weer aan het werk te komen ²¹
Aangrijpingspunten	De interventie grijpt aan op de afname in ritme en routine en op de fysieke conditie, door de deelnemer fysiek weer in conditie te brengen. Dat

²¹ Schellekens, J.M.H. (2003.) *Beweging als warming-up voor re-integratie*. De invloed van een reconditioneringsprogramma op de lichamelijke conditie, het welbevinden en de kansen op werkhervatting.

	<p>zou ertoe moeten leiden dat men zich fysiek weer competent voelt. Het feit dat trainingen groepsgewijs plaatsvinden zou de sociale competentie verbeteren, d.w.z. de bekwaamheid om effectief met anderen om te gaan en relaties op te bouwen en te onderhouden.</p>
Activiteiten	<p>Het uitgangspunt van het beweegprogramma is om vanuit een positief zelfbeeld en ervaren verbeterde gezondheid de volgende stappen in maatschappelijke participatie te maken. Hiertoe krijgen de deelnemers van de BWR-interventie bewegingsactiviteiten die ze gedurende 12 weken 3 keer per week 3 uur per keer moeten uitvoeren. Zij worden hierin bijgestaan door een trainer die de voortgang bijhoudt met evaluatiegesprekken en fysieke en medische testen. Tijdens de trainingsperiode worden de deelnemers aan de hand van opdrachten in hun dagelijks leven aangezet tot een gezonde en actieve leefstijl. Afhankelijk van de doelgroep en/of opdrachtgever kan de interventie ook langer duren (16 of 18 weken), en kan de intensiteit van het programma naar omlaag (2 uur per keer) of naar omhoog (4 uur per keer) worden bijgesteld.</p>
Effectiviteit	<p>Er zijn duidelijke aanwijzingen dat BWR de afstand tot de arbeidsmarkt van deelnemers vermindert. In een onafhankelijke evaluatie van BWR door de Rijksuniversiteit Groningen bleek de WAO-status van de testgroep (als indicator van de afstand tot de arbeidsmarkt) vaker te zijn verbeterd en in vergelijking met de controlegroep significant sterker gedaald. Voor 25.3% van de deelnemers aan BWR geldt dat deze bij de nameting een lagere WAO-status hadden dan voor deelname aan BWR. Voor 18.3% geldt dat zij in de groep <15% WAO zijn terechtgekomen. Van de controlegroep heeft 14% een verbetering in de WAO-status ondervonden, waarvan 8.4% een WAO-percentage <15% heeft bereikt. Er is ook gekeken naar het verschil in aantal betaalde en onbetaalde uren werk tussen de aanvang van het project en 15 maanden later. Er zijn geen gegevens beschikbaar over de feitelijke deelname van de deelnemers aan de arbeidsmarkt na het volgen van het programma. In beide groepen is sprake van een toename in het aantal betaalde werkuren/week maar bij de BWR-groep was die toename groter. Deze verschillen zijn volgens de onderzoeker een duidelijke aanwijzing voor effectiviteit van BWR²²</p>

Uit onafhankelijk onderzoek blijkt dat de BWR-interventie een positief effect heeft op de kansen van deelnemers om weer deel te nemen aan de arbeidsmarkt.

²² Schellekens, J.M.H. (2003.) Beweging als warming-up voor re-integratie. De invloed van een reconditioneringsprogramma op de lichamelijke conditie, het welbevinden en de kansen op werkherleving.

De interventie pakt substantieel positiever uit voor mensen die de interventie hebben gevolgd dan voor mensen die dit niet hebben gevolgd (controlegroep). Daarbij is de beoogde doelgroep in het onderzoek daadwerkelijk bereikt, is de interventie modelgetrouw uitgevoerd, is er een valide operationalisering van het begrip arbeidsparticipatie gebruikt, is het onderzoek betrouwbaar en toont het een significant verschil aan tussen de interventie en controle groep en is replicatie van het onderzoek mogelijk omdat de studie goed is gedocumenteerd.

Stimulating Healthy participation And Relapse Prevention at work (SHARP-at-work)

Doelgroep	Werknemers die al eerder uitgevallen zijn op het werk vanwege CMD en nu weer (deels) aan het werk zijn.
Probleem	Mensen die weer aan het werk gaan nadat ze eerder waren uitgevallen door een CMD lopen een groter risico om opnieuw uit te vallen. Dat risico is groter dan gemiddeld bij mensen die geen CMD hebben gehad. Volgens Nederlands onderzoek valt 20% van de mensen die weer volledig aan het werk zijn (voor tenminste 28 aaneensluitende dagen) opnieuw uit vanwege psychische problemen ²³
Aangrijpingspunten	De interventie grijpt in op de problemen die bij mensen met een CMD uitval op het werk veroorzaken. De interventie is ontwikkeld om een terugval naar verzuim te voorkomen. De interventie is niet ontwikkeld om psychische problemen te verminderen (Arends et al., 2014a).
Activiteiten	Met de SHARP methode begeleidt de bedrijfsarts teruggekeerde werknemers in de werkomgeving en activeert hen om actief over hun problemen na te denken en hier oplossingen voor te vinden. SHARP bestaat uit een 5-stappenplan (probleeminventarisatie, brainstorm over oplossingen met bedrijfsarts, noteren van oplossingen en nadenken over haalbaarheid, oplossingen bespreken met leidinggevende en actieplan maken, actieplan evalueren). Afhankelijk van de behoefte van de werknemer zijn er tussen de 2 en 5 consultatiesessies van 30 min. nodig om de interventie in goede banen te leiden. De gegeven periode waarin volgens het protocol de 5 interventiestappen doorlopen moeten worden, is 12 weken ^{24, 25}

²³ Koopmans, P. C., Bultmann, U., Roelen, C. A., Hoedeman, R., van der Klink, J. J., & Groothoff, J. W. (2011). Recurrence of sickness absence due to common mental disorders.

²⁴ Arends I, van der Klink JLL, van Rhenen W, et al. (2014a) Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial.

²⁵ Arends I, Bultmann U. et al. (2014b). Process evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders.

Effectiviteit

Uit evaluatieonderzoek blijkt dat de interventie de kans op terugval met 60% verkleint. Gemiddelde duur tot terugval (verzuim) is voor de interventiegroep 365 dagen en voor de controlegroep: 253 dagen. Deze verschillen zijn significant bevonden (Arends et al., 2014a). Deze bevindingen zijn gebaseerd op een gerandomiseerd onderzoek met een controle groep. De interventie groep bestond uit 80 mensen.

Het is moeilijk om essentiële elementen in de aanpak te noemen omdat de studie aan de ene kant aantoont dat de SHARP-methode werkverzuim doet verminderen, maar aan de andere kant geen significant verschil maakt voor de scores van deelnemers op functioneren, coping en symptomen. De procesevaluatie (Arends et al., 2014b) laat zien dat in de interventiegroep significant vaker consulten met de bedrijfsarts en met de leidinggevende hebben plaatsgevonden. Daarnaast zijn er ook vaker opdrachten gemaakt. Deze activiteiten waren gericht op het ter discussie stellen en aanpakken van punten waar de werknemer tegenaan liep na het terugkeren op het werk. Aangenomen kan worden dat zodoende in de interventiegroep een sterkere focus is geweest op het aan het werk kunnen blijven na terugkeer en dat dit zich vertaald heeft in een lagere kans op terugval in de interventiegroep.

Een interne evaluatie van de interventie²⁶ toont een positief effect van de interventie op arbeidsparticipatie. Dit onderzoek is betrouwbaar en valide te noemen omdat: de beoogde doelgroep is bereikt, de interventie modelgetrouw is uitgevoerd, arbeidsparticipatie valide is geoperationaliseerd en gemeten is, er een significant verschil tussen controle en interventie groep gevonden is en replicatie van het onderzoek mogelijk is. Het positieve effect is overtuigend, dat wil zeggen dat de interventie substantieel positiever uitpakt voor de interventie groep ten opzichte van de controle groep.

Werkgerichte Cognitieve Gedragstherapie

Doelgroep

De doelgroep waarop deze interventie zich richt, zijn mensen met een CMD. Hieronder vallen depressieve stoornissen, angststoornissen, somatoforme stoornissen en aanpassingsstoornissen. De werkgerichte cognitieve gedragstherapie wordt in de regel toegepast op mensen die verzuimen van werk.

Probleem

Een psychische aandoening vermindert het psychisch welbevinden van

²⁶ Arends I, van der Klink JLL, van Rhenen W, et al. (2014a) Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial.

	mensen en kan arbeidsfunctioneren verminderen. Een psychische stoornis kan het moeilijk maken om goed te functioneren op het werk, waardoor mensen kunnen uitvallen.
Aangrijpingspunten	De therapie richt zich op het bevorderen van coping met werkgerelateerde stressoren. De interventie grijpt aan op aanleiding gevende en in standhoudende factoren. Daarbij gaat het steeds om klachtenreductie en daarnaast bevordering van coping met interne (disfunctionele gedachtepatronen) en externe (bv. werk) stressoren ²⁷
Activiteiten	Werkgerichte cognitieve gedragstherapie (W-CBT) bestaat uit cognitieve gedragstherapie plus een module gericht op werk en terugkeer naar werk. De werkgerichte module wordt in elke sessie met de therapeut geïntegreerd volgens vaststaande protocollen. Centraal in de behandeling staat dat de therapeut werkgerelateerde problemen vroegtijdig bespreekt, en werk (en de werkplek) gebruikt als context waarbinnen de gestelde doelen gerealiseerd kunnen worden (zoals activering, tijdsmanagement, sociale contacten, activiteiten, zelfvertrouwen). In praktijk duurt de therapie gemiddeld 7-8 maanden. In deze periode worden gemiddeld 16-18 sessies gehouden tussen therapeut en cliënt.
Effectiviteit	Uit de studie van Lagerveld en Blonk (2012) blijkt dat mensen die de werkgerichte cognitieve gedragstherapie ondergaan gemiddeld 12 dagen eerder (deels) terugkeren naar werk. Gemiddeld hervatten mensen die de werkgerichte cognitieve gedragstherapie ondergingen 65 dagen eerder hun volledige baan. Dit is een significant verschil met de controlegroep, die gewone cognitieve gedragstherapie kreeg. Het effect op de klachten is voor werkgerichte cognitieve gedragstherapie gelijk aan reguliere cognitieve gedragstherapie.

Uit onafhankelijk onderzoek naar de Werkgerichte Cognitieve Gedragstherapie komt naar voren dat er een positief effect is van de interventie op arbeidsparticipatie. Ons oordeel van de interventie is dat deze interventie een overtuigend positieve effect heeft op arbeidsparticipatie. De interventie pakt substantieel positiever uit voor mensen die de therapie hebben gevolgd dan voor een controlegroep. Daarbij is de beoogde doelgroep in het onderzoek daadwerkelijk bereikt, is de interventie modelgetrouw uitgevoerd, is er een valide operationalisering van het begrip arbeidsparticipatie gebruikt, is het onderzoek betrouwbaar

²⁷ Lagerveld, S.E. & Blonk, R.W.B. (2012). Work-Focused Treatment of Common Mental Disorders and Return to Work: A Comparative Outcome Study.

en toont het een significant verschil aan tussen de interventie en controle groep en is replicatie van het onderzoek mogelijk omdat de studie goed is gedocumenteerd.

Ondanks dat de effectiviteit van deze vier interventies is aangetoond door verschillende onderzoeken is echter nog niet duidelijk welke elementen van de interventie maken dat de interventie daadwerkelijk werkt. Met andere woorden, wat zorgt er precies voor dat mensen eerder aan het werk gaan of blijven, of beter functioneren? De interventie-eigenaren of uitvoerders van de interventies hebben wel ideeën over de werkzame bestanddelen, maar voor zover deze hypothesen in het effectiviteitsonderzoek zijn getoetst, is nog niet duidelijk of ze kloppen. We kunnen daarom niet zeggen welke elementen (één specifieke of juist een combinatie van onderdelen) de interventie effectief maken. Bij gebrek hieraan hebben we zelf geanalyseerd op welke aspecten de interventies overeenkomsten vertonen. Dit zouden werkzame elementen kunnen zijn, maar aangetoond is dat hiermee nog niet.

5.3 Analyse van overeenkomsten

Ondanks dat voorgaande interventies op een aantal fronten erg van elkaar verschillen, zijn er ook overeenkomsten. Dit is samengevat in drie kernelementen, welke allen in meer of mindere mate van toepassing zijn bij de vier bewezen effectieve interventies.

Leren omgaan met klachten als uitgangspunt

Alle vier de interventies hebben niet in de eerste plaats de psychische aandoening als uitgangspunt. Tekenend is dat geen van de interventies gericht is op een specifiek diagnosetype. De precieze klacht doet niet zozeer ter zake (alhoewel bepaalde aandoeningen wel worden uitgesloten), het gaat erom deelnemers te leren omgaan met hun klachten in het dagelijks (werk)leven. Door beter te leren omgaan met de klachten, op het werk en/ of daarbuiten, verbetert het functioneren, klachten reductie kan hiervan bijgevolg zijn.

De werkplek als oefenplek

Drie van de vier interventies gebruiken de werkplek als oefenplek. In het geval van de Werkgerichte Cognitieve Gedragstherapie is dat niet alleen fysiek zo, maar ook theoretisch: deelnemers moeten zich als onderdeel van de therapie situaties op het werk inbeelden en zo opdrachten uitvoeren. Daarnaast moeten deelnemers ook gedurende de therapie ook echt weer aan het werk en daar huiswerkopdrachten uitvoeren. Dit geldt ook voor de SHARP at work interventie waar deelnemers in overleg moeten treden met hun leidinggevende.

Activering

Alle interventies dragen uit dat deelnemers ‘aan de slag’ moeten, zo snel als dat kan, en zelf een proactieve houding hebben ten aanzien van problemen die in hun werkomgeving kunnen ontstaan. In het geval van BWR worden deelnemers letterlijk in beweging gebracht met een beweegprogramma. In het geval van de Richtlijn bedrijfsartsen, SHARP en Werkgerichte Cognitieve Gedragstherapie worden deelnemers geholpen om problemen die door hun aandoening kunnen ontstaan te voorkomen of in de kiem te smoren. Deelnemers aan deze interventies worden (op verschillende manieren) in staat gesteld om zelf grip te krijgen en houden op hun aandoening.

5.4 Reflectie

In deze paragraaf hebben wij geprobeerd de elementen te ontwaren die deze vier effectieve interventies gemeen hebben. Het feit dat het vier verschillende interventies zijn en verschillende werkdoelen beogen te behalen, maakt het aannemelijk dat dit elementen zijn die een grote ‘kracht’ hebben waar het gaat om het bevorderen van de arbeidsparticipatie van mensen met psychische klachten. Tegelijkertijd kunnen we nog niet met zekerheid zeggen dat de gemeenschappelijke elementen ook echt succesfactoren zijn, of dat het toeval is dat we deze elementen terugzien in deze werkende interventies. Dat gezegd hebbende, zien we overeenkomsten tussen de eerste twee gemeenschappelijke elementen en een van de ‘centrale principes’ die volgen uit een recent literatuuronderzoek naar effectieve re-integratie van mensen met een arbeidsbeperking: “Mensen met een beperking moeten zo snel mogelijk geplaatst worden in werk. De arbeidsbeperkingen zijn doorgaans permanent en kunnen niet verholpen worden door middel van behandeling of een re-integratietraject. Werk heeft drie functies: assessment, training van vaardigheden en matching.”²⁸ Met andere woorden: ook uit de literatuur blijkt dat activering van belang is en dat de werkplek de plaats is om te werken aan vaardigheden, waaronder het leren omgaan met een psychische (tijdelijke of langdurige) beperking.

Tenslotte volgde uit de expertsessie dat we niet zomaar kunnen aanbevelen om iedereen met psychische klachten zo snel mogelijk te activeren en te laten oefenen op de werkplek. Dat is immers niet voor in alle gevallen van positieve invloed op de arbeidsparticipatie en kan in sommige gevallen het ziektebeeld verergeren. Voor cliënten die zich in een zogenaamde crisissituatie bevinden is de stap naar

²⁸ Bron: Regioplan (2014), ‘Op weg naar een effectieve Re-integratie van Arbeidsbeperkten. Lessen voor gemeenten’.

werk (nog) te groot. In deze groep kan het juist een risico zijn om te snel met werkhervatting te starten. Het is aan de betrokken professionals om hier een goede afweging in te maken.

6 Conclusies en aanbevelingen

Mentale gezondheid en werken zijn nauw met elkaar verbonden. Werk kan de bron zijn van psychische klachten, maar evengoed kan het niet hebben van werk de psychische gesteldheid negatief beïnvloeden. Ook kan de psychische gesteldheid van invloed zijn op het geleverde werk. Dit onderzoek heeft tot doel het onderzoeken van interventies ter bevordering van de arbeidsparticipatie van mensen met psychische klachten. Er bestaat een grote verscheidenheid aan interventies voor mensen met psychische klachten die trachten verzuim te voorkomen, mensen terug naar hun werk te begeleiden, mensen aan een nieuwe baan te helpen of mensen helpen voor het eerst een baan te vinden. Er zijn interventies die zich richten op een verscheidenheid aan psychische klachten, maar er zijn ook interventies die zich specifiek richten op één klachtentype.

In een eerste inventarisatie hebben wij 89 interventies ter bevordering van de arbeidsparticipatie van mensen met psychische klachten gevonden. Uit deze 89 interventies hebben wij 19 veelbelovende interventies nader onderzocht met het voor dit onderzoek ontwikkelde beoordelingskader. Wij hebben daarbij de keuze gemaakt ons te richten op interventies voor mensen met common mental disorders. Vier interventies zijn aantoonbaar effectief bevonden. Voor de meeste andere volgens de praktijk veelbelovende interventies was (nog) niet voldoende bewijs voor effectiviteit beschikbaar.

In hoofdstuk 4 hebben wij de veelbelovende interventies vergeleken op basis van de betrokkenheid van de werkgever, de breedte van de doelgroep waar de interventie zich op richt, de aard van de activiteiten (individueel of in groepsverband) en de belangrijkste aangrijpingspunten. In hoofdstuk 4 zijn de interventies onderzocht op hun effectiviteit en dus de toegevoegde waarde van de interventies voor arbeidsparticipatie. Uit deze analyse blijkt dat vier interventies een aantoonbaar positief effect hebben op de arbeidsparticipatie van mensen met psychische klachten.

Vervolgens hebben we gekeken naar wat deze vier 'good practices' gemeen hebben:

- leren omgaan met klachten als uitgangspunt, in plaats van klachtreductie;

- de werkplek als oefenplek waar vaardigheden (zoals het omgaan met klachten) in praktijk kunnen worden gebracht;
- activering van de deelnemers en het aanleren van een proactieve houding/oplossingsgericht denken.

De hypothese is dat deze elementen die de vier effectieve interventies delen ook zouden kunnen werken voor interventies die gericht zijn op andere doelgroepen of andere werkdoelen. Dit is aannemelijk omdat de vier effectieve interventies nogal van elkaar verschillen. Een complicerende factor hierbij is dat voor geen van de interventies geldt dat onderzocht is wát maakt dat de interventie een positief effect heeft op arbeidsparticipatie. Met de gevonden 'werkzame bestanddelen' uit de effectieve interventies moet dan ook voorzichtig worden omgesprongen. Wij wijzen erop dat deze werkzame bestanddelen een hypothetisch karakter hebben en dat nader onderzoek nodig is om hierover conclusies te kunnen trekken.

Eén van onze constatering is dan ook dat er een kennislacune is waar het gaat om interventies ter bevordering van de arbeidsparticipatie van mensen met psychische klachten. Niet alleen is er weinig bekend over de effectiviteit van interventies die worden ingezet om de arbeidsparticipatie van deze mensen te bevorderen, ook is er weinig tot geen onderzoek bekend waar wordt onderzocht wat maakt dat interventies een positief effect hebben op arbeidsparticipatie. Bovendien is er niet één centrale (virtuele) plaats waar kennis over interventies met dit doel beschikbaar is. Zodoende wordt de kennis die er is onvoldoende ontsloten. Het aansluiten bij bestaande initiatieven voor de erkenning van interventies, zoals het samenwerkingsverband, kan bijdragen aan het verkleinen van de kennislacune.

Een tweede conclusie is dat onze selectie van veelbelovende interventies een andere verdeling kent dan je zou verwachten, namelijk evenveel interventies gericht op terugkeer na verzuim als op (re-)integratie op de arbeidsmarkt. Van de aantoonbaar effectieve interventies blijken drie interventies het werkdoel preventie of terugkeer na verzuim te hebben en één interventie richt zich op mensen zonder werk. Dit kan het gevolg zijn van het financieel belang dat een werkgever heeft bij de effectieve interventies om verzuim te bekorten. Dit financieel belang kan erin resulteren dat onderzoek naar interventies gericht op terugkeer na verzuim of preventie van verzuim meer wordt gedaan dan onderzoek naar interventies die zich richten op mensen zonder een werkgever. Voor deze groep is het minder duidelijk wie er een direct financieel belang heeft bij de effectiviteit van de interventie.

Een ander opvallend punt is dat er nauwelijks interventies gevonden zijn die zich richten op preventie van uitval op het werk als gevolg van psychische klachten. Werknemers met psychische klachten komen kennelijk pas in beeld bij hulpverleners (zoals de bedrijfsarts) wanneer zij uitvallen als gevolg van hun klachten. De SHARP-at-work interventie heeft wel een preventief doel, maar hier gaat het om de preventie van terugval. Dus ook hier komen werknemers pas in beeld na een periode van verzuim. De toegankelijkheid van hulpverleners (zoals de bedrijfsarts) voor alle werknemers (ook zij die nog niet verzuimen) is een knelpunt.

Een belangrijke conclusie op basis van dit onderzoek is dat werken aan herstel van de psychische klachten samen kan gaan met participeren op het werk. Het volledig verhelpen van de psychische klachten, althans in de categorie common mental disorders, is geen noodzakelijke voorwaarde voor het (goed) kunnen functioneren op de arbeidsmarkt. Dit uitgangspunt kan worden toegepast door case-managers Werk & Inkomen, evenals door andere professionals in het werkveld, zoals bedrijfsartsen, arbeidsdeskundigen, ggz, arbodiensten, re-integratie-bedrijven.

De focus op werk(hervatting) en het gebruiken van het werk als oefenplek voor nieuwe vaardigheden, zou geïntegreerd moeten worden in het behandelplan voor mensen met psychische klachten door GGZ professionals. Voor mensen die tijdens de behandeling geen werkgever hebben, en er dus geen werkelijke oefenplek is, kunnen hypothetische werksituaties worden bedacht om mee te oefenen. Hierbij moet wel rekening gehouden worden met de groep mensen voor wie (snelle) arbeidsparticipatie een risico kan zijn (bijvoorbeeld mensen in de acute fase van een psychose).

De behandeling door de bedrijfsarts volgens de Richtlijn voor bedrijfsartsen is aantoonbaar effectief voor mensen met common mental disorders. De SHARP-at-work interventie, die ook wordt uitgevoerd door de bedrijfsarts, zou aan die richtlijn moeten worden toegevoegd, aangezien deze het risico op terugval in verzuim van mensen die al eens zijn uitgevallen door common mental disorders aantoonbaar vermindert. Voor beide interventies geldt dat meer onderzoek nodig is om inzicht te krijgen in de werkzame elementen, om ze nog verder aan te scherpen en wellicht ook overdraagbaar te maken naar andere professionals in het werkveld.

We benadrukken dat de interventies die niet tot de vier aangetoond effectieve interventies behoren (de overgebleven 85 van de 89 waar het onderzoek mee begon) niet perse ineffectief zijn. Van het grootste deel (70) is de effectiviteit niet in dit onderzoek bestudeerd, omdat ze buiten de selectie vielen. Van het overige deel (15) is wel getracht de effecten op arbeidsparticipatie vast te stellen, maar

gaf de beschikbare informatie geen uitsluitsel. Er is – op een uitzondering na – naar deze interventies nog geen onderzoek gedaan met voldoende kwaliteit.

Tenslotte bevelen we, vanwege de gebreken in de effectstudies die wij in dit onderzoek aantreffen, we ontwikkelaars en uitvoerders van interventies aan om veel grondiger onderzoek te doen naar de effecten van hun eigen interventie op arbeidsparticipatie en om vervolgens die effecten én de kosten van de interventie af te wegen tegen de uitkomsten en kosten van niets doen, en van alternatieve interventies.

Goed effectonderzoek begint bij het expliciet maken van de interventielogica (welk probleem wordt hier precies opgelost, hoe en waarom op deze manier?) en moet worden afgemaakt met gedegen onderzoek naar de werking in de praktijk. Tegelijkertijd zouden inkopers van dit soort interventies (UWV, gemeenten en werkgevers) en eindgebruikers (de deelnemers zelf) veel kritischer mogen kijken naar wat hen wordt beloofd. Een interventie met enkele positieve uitkomsten is nog niet per definitie effectief. Om dat aan te tonen, is tenminste een vergelijking met een controleconditie nodig, liefst met onderzoek met substantiële aantallen deelnemers. De betrokken ministeries van SZW en VWS is aan te raden om, in samenwerking met de partners in het project 'bevordering arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen, te achterhalen wat de eventuele belemmeringen zijn om meer onderzoek te doen en meer transparantie te krijgen over wat werkt en wat niet. En tenslotte roepen we alle betrokkenen op om kennis te delen en te verzamelen op een centrale (liefst online) locatie, zodat goede praktijken overal in Nederland (en daarbuiten) gedeeld en toegepast kunnen worden.

Bijlage 1: Onderzoeksverantwoording

Doel

- Het doel van dit onderzoek was om goede voorbeelden van interventies te beschrijven die de arbeidsparticipatie van mensen met psychische klachten bevorderen en daarbij aan te geven welke de werkzame elementen zijn.

Afbakening

- We maken onderscheid naar vier soorten vormen van bevordering van arbeidsparticipatie (ook wel de vier 'werkdoelen' genoemd):
 - 1) Met werkgever
 - (a) preventie van verzuim
 - (b) terugkeer na verzuim
 - 2) Zonder werkgever
 - (a) eerste keer werken
 - (b) opnieuw een baan vinden.
- Daarnaast maken we binnen de interventies onderscheid naar het type psychische klacht van de doelgroep (zie paragraaf 'Gebruikte protocollen' voor de afbakening):
 - 1) Common mental disorders (CMD), met daaronder verschillende categorieën van diagnoses,
 - 2) Severe mental disorders (SMD), met daaronder verschillende categorieën van diagnoses,
 - 3) Overige (waaronder psychosociale problematiek en verstandelijke beperkingen).

Aanpak

- De eerste stap van het onderzoek was het in kaart brengen van interventies die erop gericht zijn om mensen met psychische klachten aan het werk te helpen of te houden. Het startpunt voor deze zoektocht vormden lijsten met interventies die waren opgesteld door leden van de Werkgroep. Na de start van het onderzoek zijn aanvullende oproepen geplaatst door GGZ Nederland en OVAL, waar enkele reacties op binnenkwamen. Het onderzoeksteam heeft zelf ook interventies gevonden via interviews met deskundigen en desk research. Met de volgende respondenten zijn inventariserende telefonische interviews gehouden:

Naam	Organisatie
Henk Bakker	Ecorys
Ronald Blonk	TNO Arbeid
Marijke Booijink	Movisie / Samenwerkingsverband Effectieve interventies
Djoeke van Dale	RIVM / Samenwerkingsverband Effectieve interventies
Christina van der Feltz-Cornelis	Universiteit Tilburg
Branco Hagen	Landelijke Cliëntenraad
Tjeerd Hulsman	AKC/ Nvva
Jac van Der Klink	UMCG
Suzanne Lagerveld	Zinziz
Jan Mathies	AWVN
Harry Michon	Trimbos Instituut
Judith Sluiter	Coronel Instituut AMC
Peter Smit	UWV
Jan Timmerman & Alexandra Bartels	Divosa/ Interventies naar werk
Marinka Traas	Start Foundation
Jaap van Weeghel	Phrenos
Haije Wind	Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde

Bij de inventarisatie van interventies is het 'Selectieprotocol voor interventies' gebruikt (zie paragraaf 'Gebruikte protocollen'). De inventarisatie leverde een oogst van 87 interventies op.

- De tweede stap in het onderzoek was de systematische beschrijving van interventies en de beoordeling van hun effectiviteit. Om dit behapbaar te houden, is besloten deze stap toe te spitsen op interventies die zijn bedoeld voor mensen met 'common mental disorders' (CMD). Deze keuze houdt ook verband met de focus van andere onderzoeken op 'severe mental disorders'

(onder andere het onderzoek 'Arbeidsparticipatie en ernstige psychische aandoeningen' uitgevoerd door VU/EMGO). Van de 89 interventies op de groslijst vielen 43 interventies binnen de categorie CMD, waarvan er 18 afvielen omdat er bij nadere bestudering onvoldoende informatie beschikbaar bleek over de effecten op arbeidsparticipatie. Een enkel geval werd uitgesloten omdat het al was opgenomen in een ander onderzoek ('Monitor Voorbeeldprojecten', uitgevoerd door de Erasmus Universiteit). Zo bleven 19 interventies over om te beschrijven en beoordelen.²⁹

- Voor elk van deze 19 interventies is door het onderzoeksteam een formulier ingevuld met basale kenmerken (zie verder 'Gebruikte protocollen'). Om ervoor te zorgen dat dit correct en volledig werd ingevuld, is input van interventie-eigenaren gevraagd. De interventie-eigenaar is in de meeste gevallen een vertegenwoordiger van de organisatie die de interventie in praktijk brengt (of heeft gebracht). In sommige gevallen, waar niemand de interventie in praktijk brengt, is de bedenker van een interventie als 'eigenaar' aangewezen. De eigenaren zijn gevraagd om feedback te geven op de ingevulde formulieren met verzamelde informatie (het 'beschrijvingsformulier') en om deze aan te vullen waar mogelijk. Daarnaast is hen expliciet gevraagd wat in hun visie de werkzame elementen van de interventie zijn. Vervolgens is van elke interventie een samenvatting gemaakt (opgenomen in bijlage 4). In enkele gevallen is niemand beschikbaar gebleken voor feedback. In die gevallen is dat aangegeven in het beschrijvingsformulier en in de samenvatting.
- De derde stap van het onderzoek was het beoordelen van de beschreven interventies op effectiviteit. Hierbij is een set beoordelingscriteria gebruikt die is afgeleid van de beoordelingsprocedure van het Samenwerkingsverband Effectieve Interventies.³⁰ De lijst met criteria is ingekort en aangepast aan het doel van dit onderzoek. Ook de beoordelingsprocedure wijkt af van die van het Samenwerkingsverband. De hier gehanteerde beoordelingsprocedure geschiedt ten eerste niet op verzoek van de interventie-eigenaar maar op initiatief van de onderzoekers. Daardoor, en vanwege de korte doorlooptijd, is de informatie over interventies niet altijd volledig. Daarnaast is de beoordeling in het onderhavige geval uitgevoerd door het projectteam (van APE & Coronel Instituut) en niet door een van de erkenningscommissies van het Samenwerkingsverband. De onderhavige procedure mondt uit in twee oordelen voor el-

²⁹ Enkele van deze interventies bleken toch niet te kunnen worden beoordeeld, om dat de onderzoeksgegevens niet op tijd ontvangen zijn.

³⁰ Bronnen: 'Criteria voor Goed onderbouwd en effectief: beoordeling door de Erkeningscommissie Interventies'. Juli 2013, versie 1.1. en 'Beoordeling Goed Onderbouwd, Criteria en procedure'. Movisie, mei 2014.

ke interventie: één over de theoretische onderbouwing van de interventie en één over de bewijsvoering voor effectiviteit op arbeidsparticipatie.

- De voorlopige onderzoeksbevindingen zijn voorgelegd en bediscussieerd in een expert sessie. Een van de vragen was of de bevindingen, die gebaseerd waren op interventies die (voornamelijk) bedoeld waren voor mensen met CMD ook door te trekken zouden zijn naar de doelgroep SMD. De bedoeling hiervan was om de voorlopige conclusies te toetsen en te onderzoeken welke aanbevelingen konden worden gedaan. De lijst met deelnemers is hieronder opgenomen.

Naam	Organisatie
Dr. Femke A. Reijenga	Erasmus MC
Suzanne Lagerveld	Zinziz (voorm. TNO)
dr. J.A. (Jeanet) Landsman-Dijkstra	Rijksuniversiteit Groningen
C.C.A.M. (Els) Sol	Hugo Sinzheimer Institute, University of Amsterdam
drs. A. (Anja) Holwerda	Rijksuniversiteit Groningen
dr. Lies Korevaar	Hanzehogeschool Groningen
Marijke Booijnk	Movisie
Elly Zeef	Mind at Work
dr. J.C.H. (Jolanda) Douma	Universiteit Utrecht & Kenniscentrum LVB

- De laatste stap van het onderzoek is een systematische beschrijving en beoordeling van de interventies gericht op mensen met CMD en een analyse van werkzame elementen.

Gebruikte protocollen

- Selectieprotocol voor inventarisatie van interventies:

Inleiding

Als eerste stap in ons onderzoek proberen we zo veel mogelijk op werk gerichte interventies te vinden voor mensen met psychische aandoeningen. Dit doen we door middel van literatuuronderzoek en interviews. In dit document stellen we een procedure voor, die ons helpt de juiste interventies te selecteren.

Minimale eisen

De volgende minimale eisen worden gesteld aan interventies, om in aanmerking te komen voor de volgende stappen in het onderzoek:

- (1) De interventie is gericht op mensen (16 - 65 jaar) met psychische klachten of gecombineerde psychische en lichamelijke klachten.
- (2) De interventie heeft als hoofd- of nevendoeel:
 - starten met werk/participatie,
 - terugkeer naar werk,
 - behoud van werk of functioneren,
- (3) De interventie is minstens een maal geëvalueerd (alle soorten evaluaties toegestaan in binnen- en buitenland).

Selectieprocedure

In de offerte is ervan uitgegaan dat we maximaal 25 interventies vinden die aan deze eisen voldoen en daarmee in aanmerking komen voor de fasen van aanvullende dataverzameling en de beoordeling van effectiviteit (aan de hand van het nog te ontwikkelen beoordelingskader). Als we meer dan 25 interventies vinden die aan de minimumeisen voldoen, dan volgt een tweede selectieprocedure. Hierbij zoeken we naar een goede balans tussen verschillende implementerende partijen (GGZ, werkgevers, cliëntenbelangenorganisaties, UWV en gemeenten) en tussen verschillende subdoelgroepen (bijv. lichtere vs. zwaardere psychische aandoeningen). Verder ligt het voor de hand om voorrang te geven aan interventies waarover relatief veel evaluatiemateriaal beschikbaar is. Ons eventuele voorstel voor een selectie en de overwegingen daarbij worden in het eerstvolgende overleg voorgelegd aan de begeleidingscommissie.

Documentatie

Interventies die niet aan deze eisen voldoen, worden niet verder gebruikt in dit onderzoek. We nemen ze wel op in een lijst, waarin duidelijk wordt op welk(e) criterium(/a) ze zijn afgevalen. Het is goed mogelijk dat hier interventies tussen komen te staan die nu nog niet geëvalueerd zijn, maar die interessant zijn om in de gaten te houden. Daarom wordt de lijst met afgevalen interventies aan het einde van het onderzoek ter beschikking gesteld aan de opdrachtgever.

- Formulier met te verzamelen informatie over interventies:

"Good practices" ter bevordering van de arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen					
Beoordelingsformulier					
Naam interventie:					
Categorie	Sub-categorie	Indicator	Toelichting	Gevonden informatie	Feedback
PROBLEEM		Probleembeschrijving	Aard, omvang, spreiding en eventuele gevolgen van het probleem		
ONDERBOUWING INTERVENTIE		Oorzaken	Wat wordt volgens de bedenkers van de interventie gezien als de oorza(a)k(en) van het probleem?		
		Aangrijpingspunten	Op welke oorza(a)k(en) grijpt deze interventie aan?		
DOELGROEP	Algemeen	Leeftijdscategorie	algemeen/ jongeren (18- 21 jaar) / ouderen (>50 jaar)		
		Geslacht	gemengd/ alleen mannen/ alleen vrouwen		
	Motivatie	Wil zelf werken?	ja/ nee/ onbekend		
	Klacht	Naam aandoening	volledige naam of beschrijving		
		Categorisering aandoening	CMD/ SMD/ anders		
		Co-morbiditeit	nee/ meerdere psychische klachten/ combinatie psychische en lichamelijke klachten		
		Werkgerelateerd?	ja/ nee		
	Werk	Contra-indicaties?	beschrijven		
		Werkstatus (uitgangssituatie)	niet werkend/ werkend/ verzuimend		
		Type werk	Beschrijven. Gericht op een bepaalde sector bijvoorbeeld?		
Werkervaring		geen ervaring/ startend (0-5 jaar)/ ervaren (> 5 jaar)			
DOEL		Participatiedoel	Met werkgever: preventie van verzuim/ Met werkgever: terugkeer na verzuim/ Zonder werkgever: starten met eerste betaalde baan/ Zonder werkgever: terugkeer naar betaald		

			<i>werk</i>		
		Gezondheidsdoel	<i>(Hier worden interventies niet op beoordeeld)</i>		
WERKWIJZE	Opzet	Visie/ uitgangspunt	<i>beschrijven</i>		
		Kernactiviteiten/ werkzame elementen	<i>beschrijven</i>		
	Duur	Gemiddelde doorlooptijd	<i># weken</i>		
		Gemiddelde intensiteit	<i># uren per week</i>		
	Organisatie	Benodigde competenties uitvoerenden	<i>beschrijven</i>		
		Benodigd opleidingsniveau uitvoerenden	<i>VMBO/ MBO/ HBO/ WO</i>		
		Benodigd type opleiding uitvoerenden	<i>Bijvoorbeeld jobcoaching, ergotherapie of psychotherapie</i>		
		Randvoorwaarden voor toepassing	<i>beschrijven</i>		
	Samenwerking	Samenloop met andere methoden?	<i>nee/ ja, namelijk: ...</i>		
		Betrokken partijen	<i>beschrijven</i>		
TOEPASSING		Eerste jaar van toepassing	<i>noteer jaar</i>		
		Aantal cliënten t/m eind 2013	<i># cliënten</i>		
		Aantal afzonderlijke projecten	<i># projecten</i>		
KOSTEN		Totale kosten per deelnemer	<i>€ per jaar</i>		
		Eigen bijdrage deelnemer	<i>% door werknemer bijgedragen kosten</i>		
		Eigen bijdrage werkgever	<i>% door werkgever bijgedragen kosten</i>		
		Dekking zorgverzekering (basis)	<i>% gedekte kosten</i>		
EFFECTIVITEIT	Doeltreffendheid - Preventie van verzuim (met werkgever)	Verzuim volume voor interventie	<i>% per maand</i>		
		Verzuimvolume na interventie	<i>% per maand</i>		
		Functioneren op het werk na interventie	<i>Beschrijven</i>		
	Doeltreffendheid - terugkeer na verzuim (met werkgever)	Verzuim volume voor interventie	<i>% per maand</i>		
		Verzuim volume na interventie	<i>% per maand</i>		
		Duur tot terugkeer	<i># dagen</i>		
	Duur tot duurzame terugkeer	<i># dagen (die minstens xx dagen duurt)</i>			

		Functioneren op het werk na interventie	<i>Beschrijven</i>		
Doeltreffendheid - eerste keer werken (zonder werk)		Werk vinden	<i>ja/nee</i>		
		Duur tot eerste gewerkte dag	<i># dagen</i>		
		Functioneren op het werk na interventie	<i>Beschrijven</i>		
Doeltreffendheid - opnieuw baan (zonder werkgever)		Werk vinden	<i>ja/nee</i>		
		Duur tot eerste gewerkte dag	<i># dagen</i>		
		Functioneren op het werk na interventie	<i>Beschrijven</i>		
Doeltreffendheid - gezondheid		Gezondheidswinst	<i>?</i>		
Doelmatigheid		Kosten-batenanalyse	<i>uitkomst van analyse overnemen</i>		
		Uitval	<i>% deelnemers dat volledig traject doorloopt</i>		
Klantvriendelijkheid		Klanttevredenheid	<i>% tevreden tot zeer tevreden</i>		
Bewijsvoering		Type evaluatie	<i>geen evaluatie/ procesevaluatie/ klanttevredenheidsonderzoek/ zelfevaluatie client/ effectevaluatie</i>		
		Mate van onafhankelijkheid evaluatie	<i>interne evaluatie/ externe evaluatie in opdracht van uitvoerende instantie/ externe evaluatie in opdracht van derde</i>		
Werkzame bestanddelen		Essentiele elementen (in de aanpak)	<i>beschrijven</i>		
		Succesfactoren (in de context)	<i>beschrijven</i>		
		Faalfactoren (in de context)	<i>beschrijven</i>		
OVERDRAAGBAARHEID		Handleiding voor uitvoerders beschikbaar	<i>ja/ nee</i>		
GEBRUIKTE BRONNEN		Wetenschappelijke bronnen			
		Overige			

- Afbakening en operationalisering common mental disorders:

Afbakening 'common mental disorders en beslisprotocol voor de indeling van interventies

1. Het uitgangspunt voor de indeling is de afbakening van 'severe mental disorders' door de 'Consensusgroep', die ik hieronder heb samengevat.

Het begrip ernstige psychische aandoeningen (EPA)/ severe mental disorders (SMD) is als volgt afgebakend (Delespaul e.a. 2013):

- er is sprake van een psychiatrische stoornis (volgens de actuele DSM), die zorg/behandeling noodzakelijk maakt;
- en die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat;
- en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van psychiatrische stoornis;
- en niet van voorbijgaande aard is (duurt > 2 jaar);
- en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is."

Ook als de klachten verminderen, blijft een patiënt met een aandoening die geclassificeerd als EPA nog vijf jaar lang onder die categorie vallen, in verband met het risico op terugval.

Hieruit leiden we af dat alle aandoeningen die niet aan alle bovenstaande criteria voldoen, maar wel beschreven worden in het diagnostisch handboek DSM, tot de common mental disorders (CMD) behoren. Het gaat dan om aandoeningen die wel beperkingen geven in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren, maar die van voorbijgaande aard zijn (oftewel minder dan twee jaar duren).

Alhoewel de indeling SMD versus CMD uitgaat van de ernst en duur van de aandoening en niet van de diagnose, zijn er stoornissen die vaker in de ene dan in de andere categorie vallen. Depressie, angststoornissen, alcoholmisbruik en aanpassingsstoornis/ stressgerelateerde stoornissen vallen doorgaans in de categorie CMD. Schizofrenie komt bijna alleen voor als SMD.

Psychosociale problematiek (zoals problemen in het gezin, een conflict op het werk, schulden) en een verstandelijke beperking vallen noch onder de CMD, noch onder de SMD. Ze kunnen daar wel mee samengaan.

2. Bepaal, als je voldoende informatie hebt, op welke van de doelgroepen een interventie primair gericht is: CMD/ SMD/ overige (waaronder mensen met alléén een verstandelijke beperking of alléén psychosociale problematiek). Noteer in de groslijst welke informatie je hebt gebruikt om de interventie in te delen. Wat zijn inclusie-/exclusiecriteria? Wat weten we van de feitelijke deelnemers (bijv. welke diagnoses, hoe lang duurt de ziekte)?

3. Als nergens staat voor wie een interventie bedoeld is, oordeel dan op basis van de beschrijving van de feitelijke deelnemers (idealerweise de deelnemers in de periode waarover is geëvalueerd).
4. Als een interventie bedoeld is voor mensen met een bepaalde diagnose (bijv. 'mensen met een angststoornis'), probeer dan te ontdekken wat de ziektehistorie is van de feitelijke deelnemers: hoe lang zijn ze al ziek en hoe ernstig beperkt de ziekte hun functioneren? Waar worden ze gerekruteerd (zijn cliënten net uitgevallen uit het werkproces – waarschijnlijk CMD – of komen we uit een GGZ-instelling – waarschijnlijk SMD)?
5. Als uit de interventiebeschrijving blijkt dat de doelgroep mensen met CMD is, maar dit begrip is niet verder afgebakend en over de deelnemers is niets bekend, informeer dan bij de interventie-eigenaar hoe het begrip is afgebakend.
6. Als er niets staat over de duur of ernst van de klachten, maar je leest dat cliënten opgenomen zijn (geweest), dan beschouwen we dat voorlopig als een indicatie van SMD.

- Opzet interventiesamenvatting:

Naam interventie: naam

Doelgroep: zoals de interventie-eigenaar het zelf verwoordt (vermeld zowel inclusie- als exclusiecriteria; vermeld ook of een werkplek/medewerking van werkgever vereist is)

Probleem: Aard, omvang, spreiding van de aandoening in Nederland en gevolgen van de aandoening voor arbeidsparticipatie: hoeveel verzuim/ uitval/ verminderde participatie is te wijten aan de genoemde stoornis? (dit moeten per stoornis we 1x goed opzoeken en dan bij alle interventies die op diezelfde stoornis gericht zijn op dezelfde manier vermelden; inclusief bronvermelding svp)

Oorzaak: Wat wordt volgens de bedenkers van de interventie gezien als de oorza(a)k(en) van de verminderde arbeidsparticipatie? M.a.w. wat is volgens hen de relatie tussen de psychische stoornis en uitval/ verminderd functioneren op het werk?

Aangrijpingspunten: Op welke oorza(a)k(en) grijpt deze interventie aan?

Activiteit: Beschrijf de opzet (activiteiten, duur, wie voert het uit?) en werkzame elementen (voor zover bekend). Als er verschillende versies van een interventie bestaan, maak dan duidelijk welke versie hier beschreven wordt en - als het kan - kort wat de verschillen zijn

Participatiedoel: zoals de eigenaar het zelf verwoordt + aankruisen in tabel:

Met werkgever	Preventie van verzuim	
	Terugkeer na verzuim	
Zonder werkgever	Eerste keer werken	
	Opnieuw een baan	

Effect op arbeidsparticipatie: Beschrijven wat er bekend is over effectiviteit. (denk aan bronvermelding; maak bij verschillende onderzoeken duidelijk welke bevinding uit welk onderzoek komt)

Oordeel APE over onderbouwing: samenvatting van de score op beoordelingscriteria 1 t/m 11

Oordeel APE over effect interventie op arbeidsparticipatie: samenvatting van de score op beoordelingscriteria 12 t/m 14

- Criteria voor de beoordeling van onderbouwing en effectiviteit:

Beoordeling van de onderbouwing

1. De doelgroep van de interventie is helder beschreven en exclusiecriteria of contra-indicaties zijn gegeven.
2. Het doel/ de doelen van de interventie is/zijn helder beschreven.
3. De opzet van de interventie is beschreven (o.a. de frequentie en intensiteit van de interventie, doorlooptijd, betrokken partijen).
4. De inhoud van de interventie (activiteiten) is beschreven.
5. Een handleiding voor uitvoering van de interventie is beschikbaar (indien nodig tegen betaling).
6. In de interventiebeschrijving is expliciet gemaakt welke elementen van de interventie de werkzame ('essentiële') elementen zijn.
7. Het probleem of risico waar de interventie op gericht is, is gedefinieerd.
8. De kern van het probleem, voor wat betreft arbeidsparticipatie, is beschreven (met andere woorden: waarom levert psychische aandoening X een probleem op voor arbeidsparticipatie?).
9. Het is duidelijk op welk(e) aspect(en) van het probleem de interventie aangrijpt.
10. De werkzame/ essentiële elementen zijn verantwoord (onderbouwd) op grond van een veranderingsmodel (interventiologica), of op grond van resultaten uit eerder onderzoek of op grond van aanbevelingen uit actuele richtlijnen.
11. Waar relevant worden bronvermeldingen gegeven m.b.t. de theoretische onderbouwing.

Beoordeling van de effectiviteit (op arbeidsparticipatie)

12. Er is onderzoek gedaan waaruit een positief effect van de interventie op arbeidsparticipatie* blijkt.
 - a) In het onderzoek is de beoogde doelgroep daadwerkelijk bereikt.
 - b) In het onderzoek is de interventie uitgevoerd zoals bedoeld ('modelgetrouw'), d.w.z. dat de werkzame elementen van de interventie daadwerkelijk zijn toegepast.
 - c) Het onderzoek is gebaseerd op een valide operationalisering van het begrip arbeidsparticipatie.
 - d) Het onderzoek is betrouwbaar (o.a. van voldoende omvang, adequate statistische technieken toegepast).
4. Het positieve effect is overtuigend, dat wil zeggen dat de interventie substantieel positiever uitpakt dan 'care as usual' of dan een benchmark van andere interventies. Als er meerdere onderzoeken zijn gedaan, moet uit een meta-analyse volgen dat het effect op arbeidsparticipatie positief is.
5. Eventuele negatieve effecten van de interventie zijn weergegeven.
6. Het onderzoek is zodanig gedocumenteerd, dat replicatie van de studie mogelijk is.

Begeleidingscommissie

Het onderzoek is begeleid door een commissie van afgevaardigden uit de Werkgroep bevordering van de participatie van mensen met psychische aandoeningen. De samenstelling was als volgt:

Naam	Organisatie
Yvonne Wijnands & Ayty Oei	Ministerie van SZW, directie Participatie en Re-integratie
Peter Smit	UWV
Branko Hagen	Landelijke Cliëntenraad
Lilly Buurke	GGZ Nederland
Jolet Woordes	OVAL

Bijlage 2: Overzicht gerelateerde onderzoeken

Common mental disorders / lichte psychische aandoeningen

Werkzame ingrediënten voor arbeidstoeleiding van jongeren (NJI, afgerond 2011)

“In opdracht van het ministerie van VWS (en SZW) heeft het Nederlands Jeugdinstituut in samenwerking met Research voor Beleid een onderzoek uitgevoerd naar effectieve interventies om kwetsbare jongeren naar werk te begeleiden. Er is een inventarisatie gedaan via algemene bronnen, literatuur en een search in databases met effectieve interventies van het Nederlands Jeugdinstituut. Bovendien heeft een uitvraag plaatsgevonden bij onder andere experts uit de regio die betrokken zijn bij het Actieplan Jeugdwerkloosheid. Op basis daarvan is een lijst samengesteld met interventies, waaruit aan de hand van enkele criteria een selectie is gemaakt. Deze selectie van interventies is gepresenteerd in een handreiking die in de praktijk gebruikt zal worden bij het daadwerkelijk begeleiden van kwetsbare jongeren naar participatie en/of betaald werk.” De conclusies van dit onderzoek zijn samengevat in een overzicht ‘[Wat werkt bij arbeidstoeleiding](#)’ op de site van het NJi.

Severe mental disorders / ernstige psychische aandoeningen

Arbeidsparticipatie en ernstige psychische aandoeningen (Stichting Instituut Gak en VU/EMGO, in uitvoering)

“De systematic review naar evidence based interventies o.l.v. Prof. Han Anema EMGO is in uitvoering. Instituut Gak die opdrachtgever is van dit onderzoek heeft laten weten dat de eindrapportage eind dit jaar wordt verwacht. De startnotitie is wel beschikbaar voor de opdrachtnemer. Het onderzoek “Arbeidsparticipatie en ernstige psychische aandoeningen” richt zich daarbij met name op bevordering van arbeidsparticipatie bij mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA).” (NvI d.d. 10-4-2014). Harry Michon (Trimbos) is ook betrokken bij dit onderzoek. Toen wij hem interviewden, gaf hij aan graag te willen afstemmen en deed de suggestie dat wij ons zouden richten op alleen lichtere psychische aandoeningen (common mental disorders).

Multidisciplinaire werkwijzer chronische psychische of psychiatrische aandoeningen (AKC/NVvA, in uitvoering)

Vanuit de arbeidsdeskundigen (AKC/ NVvA) wordt gewerkt aan een multidisciplinaire handreiking of werkwijzer voor professionals die te maken hebben met mensen met chronische psychische of psychiatrische aandoeningen of problemen. De methode IPS staat hierin centraal. De handreiking is bedoeld voor gezamenlijke (interdisciplinaire) nascholing van professionals die zich bezig houden met deze doelgroep, om de onderlinge samenwerking te versterken en de arbeidsparticipatie te bevorderen.

(Licht) verstandelijke beperking

Arbeidsparticipatie jongeren met licht verstandelijke beperkingen (Ecorys, bijna klaar voor publicatie)

Dit onderzoek is onder meer gestart op basis van de constatering, dat er vrij weinig bekend is over de werkzame bestanddelen van interventies voor (de arbeidsparticipatie van) jongeren met LVB.

Het onderzoek heeft door de gewijzigde opzet niet kunnen leiden tot nieuwe kennis op dit vlak. Wel heeft het onderzoek aangetoond dat er al veel bekend is over succesfactoren en dat toepassing ervan de grote uitdaging is. Met andere woorden: er wordt weinig gedaan met lessons learned. Vaak hoogstens in woorden en beleidsnota's, zonder de consequenties door te vertalen naar daadwerkelijke versterking en herfocussing van de uitvoering met systematische toepassing van gebleken succesfactoren. Om dit proces te vergemakkelijken en te stimuleren heeft Ecorys een zelfscan van 40 succesfactoren met inspirerende praktijkvoorbeelden ontwikkeld. Het onderzoek is onlangs afgerond en is te raadplegen via de website van het UWV.

Gemengde doelgroep of nog onbekend

Monitor Voorbeeldprojecten (EUR, voorheen met ASTRI, in uitvoering)

“In de monitor voorbeeldprojecten worden op dit moment een zestal projecten gevolgd. Twee van de zes projecten hebben betrekking op de doelgroep mensen met psychische aandoeningen. Deze projecten hoeven derhalve niet opnieuw te worden geïdentificeerd en beschreven als good practice. Daarmee vervalt de relevantie van de vraag naar de beschikbaarheid van gegevens uit de monitor.”(NVI d.d. 10-4-2014). Onder dit onderzoek vallen de volgende projecten/ interventies:

- VIP (IPS) in Amsterdam

- ExIT: Extra Intensieve Trajectbegeleiding in Rotterdam
- De Participatieladder in Waalwijk
- IPS Noord Holland Noord in 20 gemeenten rondom Alkmaar
- Sterk(er) naar Werk in Leiden
- Werken als Medicijn in Enschede.

Met de uitvoerders is contact geweest. Zij willen niet dat informatie uit hun onderzoek vroegtijdig naar buiten komt. Het lijkt inderdaad het beste deze interventies helemaal buiten ons onderzoek te houden.

Werkwijzer voor klantmanagers bij sociale diensten (ArcoSZ in opdracht van Divosa, in uitvoering)

Divosa is bezig met de ontwikkeling van een Werkwijzer voor klantmanagers bij sociale diensten, voor als mensen met psychische klachten zich melden in de spreekkamer. Hoe moet je mensen aanspreken, wat kunnen ze wel en niet, waar kun je inhoudelijke expertise vinden? Dit maakt onderdeel uit van het Programma Vakmanschap. De ontwikkeling is vergevorderd; half augustus wordt het eerste concept verwacht en het project zou in het najaar afgerond moeten zijn. De inhoud is nog onbekend en het is niet duidelijk of deze werkwijzer specifieke interventies benoemt. Met de projectleider is contact gezocht.

Werkzame (ingrediënten van) interventies voor maatschappelijke activering (Movisie, in opstartfase)

Movisie brengt momenteel de ‘werkzame elementen’ van interventies gericht op maatschappelijker activering/ activering naar werk in kaart. Men werkt nog aan een startdocument waarin e.e.a. wordt afgebakend. In eerste instantie doen ze dit op basis van interventies zoals opgenomen in de databank. Welke precies is nog niet bepaald. Het eindproduct zal vergelijkbaar zijn met de publicatie ‘Werkzame elementen bij.. het ondersteunen van zelfregie’. Daarnaast gaat Movisie een ‘wat werkt dossier’ aanleggen op het thema participatie. Zo’n dossier is gebaseerd op een systematische analyse van wetenschappelijke literatuur (zie ook het NJi-dossier ‘Wat werkt bij arbeidstoeleiding’ hieronder). De doelgroep die Movisie bestudeert is breed en bevat ook mensen met psychische aandoeningen. Dit is interessant omdat het goed denkbaar is dat de werkzame ingrediënten voor maatschappelijke activering en voor toeleiding naar werk (deels) overeen komen.

Gezondheid en maatschappelijke participatie. Volksgezondheid Toekomst Verkenning (RIVM, afgerond 2014)

RIVM heeft een breed onderzoek gedaan naar participatie en effectieve interventies gericht op participatiebevordering, waaronder betaald werk. Tabel 3.10 geeft

een overzicht van de literatuur over interventies voor werknemers met psychische problemen. Onderzochte interventies zijn:

- Cognitieve gedragstherapie,
- Probleemoplossingstherapie,
- Consult met psychiater,
- Werkgerichte therapie,
- Exposure in vivo',
- Probleemoplossingstherapie gecombineerd met cognitieve gedragstherapie,
- Preventief coaching programma,
- Interventie ter preventie van arbeidsongeschiktheid,
- Begeleid werken (inclusief IPS),
- Zorg in samenwerking,
- Selectieve preventie,
- Arbeidsondersteuning.

Het RIVM concludeert alleen over probleemoplossingstherapie dat het werkt en stelt dat het effectiviteitsonderzoek naar cognitieve gedragstherapie en werkgerichte therapie geen eenduidige uitkomsten laat zien. Als het gaat om andere (niet-persoonlijke) determinanten van participatie, dan constateert RIVM dat er weinig bekend is. Er is alleen kwalitatief onderzoek dat positieve effecten vindt van aanpassingen van de functie of werkbelasting op een eerdere terugkeer van werknemers met een depressie. Verder bevat het rapport een handig overzicht van determinanten van arbeidsparticipatie voor werknemers met psychische problemen (tabellen 3.5 en 3.6).

Re-integratie mensen met een arbeidsbeperking (? , in opstartfase)

“Het voorstel is een onderzoek uit te besteden naar de re-integratie van mensen met een arbeidsbeperking. Dit onderzoek moet inzicht bieden in de effectiviteit van re-integratie instrumenten voor deze groep. Tot dusverre is er weinig onderzoek op dit terrein uitgevoerd, zodat niet bekend is welke re-integratie instrumenten voor mensen met een arbeidsbeperking het meest effectief zijn. Omdat de netto effectiviteit van instrumenten voor mensen met een arbeidsbeperking moeilijk vast te stellen is, gaat het hier om de bruto effectiviteit waarbij gekeken wordt naar de relatie tussen de inzet van instrumenten en het vinden en behouden van werk. Nagegaan wordt welke instrumenten het meest ingezet worden, maar ook hoe deze de knelpunten bij het vinden of behouden van werk weg nemen en de succesfactoren versterken. Hoe kunnen gemeenten deze instrumenten efficiënt en effectief inzetten en welke rol moeten de gemeenten daarbij spelen?.” (Offerteaanvraag 22-5-2014) Niet bekend is wie dit onderzoek uitvoert en

of hier ook interventies in worden betrokken die gericht zijn op mensen met beperkingen van psychische aard.

Op weg naar een effectieve re-integratie van arbeidsbeperkten (Lessen voor gemeenten) (Regioplan, 2014)

De doelstelling van dit onderzoek is gemeenten te ondersteunen bij de invoering van de Participatiewet met betrekking tot de invulling en uitvoering van het re-integratiebeleid voor mensen met een arbeidsbeperking. Met het onderzoek is informatie verzameld over de effectiviteit van de re-integratie-instrumenten, hun werkzame bestanddelen en de omstandigheden waaronder de instrumenten effectief ingezet kunnen worden. Het gaat om kennis en inzichten die eind 2014 al bekend waren, dus vóór de invoering van de Participatiewet. Deze kennis kunnen gemeenten benutten bij het implementeren van de Participatiewet in de komende jaren, als de nieuwe gemeentelijke doelgroepen geleidelijk zullen groeien.

Op basis van de onderzoeksliteratuur kunnen de onderstaande instrumenten als veelbelovend worden aangewezen (gericht op mensen met beperking):

- Het werken met teams van professionals waarin GGz-zorg en re-integratie zijn geïntegreerd.
- Empowerment waarbij niet alleen naar de mogelijkheden van mensen met een arbeidsbeperking wordt gekeken, maar ook naar de beperkingen.
- Motiverende gespreksvoering voor het motiveren van mensen met verslavings- of psychiatrische problematiek.
- 'Werk als therapie' kan een positieve invloed hebben op de gezondheidsbeleving.
- Ook individuele en groepsgewijze gedragstherapie kan de gezondheidsbeleving positief beïnvloeden.

Werkwijzer Re-integratie van klanten met psychische aandoeningen (voor klantmanagers en leidinggevenden) (Divosa, 2014)

De werkwijzer laat zien hoe sociale diensten hun klanten kunnen helpen om te werken en participeren. Daarvoor is een andere aanpak nodig dan nu vaak gebruikelijk is: kijk naar wat iemand kan, zet de deskundigheid van collega's uit de geestelijke gezondheidszorg in en zoek samen naar een aanpak die werkt.

De werkwijzer beschrijft zeven interventies die een sociale dienst kan inzetten:

- Supported employment
- IPS
- Jobcoaching
- Jobcarving, jobcreation en jobcrafting
- Individuele rehabilitatiebenadering
- Empowerment

- Fit4work

Bijlage 3: Inventarisatie interventies

De informatie uit deze lijst is onder voorbehoud, omdat dit niet is geverifieerd met de interventie eigenaren.

Algemene gegevens			Doelgroep	Doel		
NR	Naam interventie	Uitvoerende organisatie(s)	1= alleen psychische klachten, 2= psychische en lichamelijke klachten, 0= overig (niet selecteren)	Classificatie psychische klachten 1= common mental disorders, 2= severe mental disorders, 3= intellectual disability	1= starten met werk, 2= terugkeer naar werk, 3= behoud van werk, 0= niet gericht op betaald werk (niet selecteren)	Beschrijving doel
1	Werkgerichte interventie (Occupational Therapy / Ergotherapie) als aanvulling op klinische behandeling van depressie	In Nederland: AMC, https://www.roads.nl/ Ook in buitenland	1	1	2	Snelle werkhervatting en meer contact tussen patiënt, werksituatie en ergotherapeut
2	Jobtraining	Stam BV	2	3	1,2	Deelnemer zo snel mogelijk op een reguliere werkplek te krijgen.
3	Individuele rehabilitatiebenadering (IRB)	De IRB wordt veelvuldig gebruikt in de langdurige zorg in de volwassenenpsychiatrie.	2	2	1, 2	Ondersteunen van mensen met beperking bij het bereiken van hun doelen, o.a. op het gebied van werk
4	Individuele Plaatsing en Steun (IPS)	diverse GGZ-instellingen en bijv. het VIP team in Amsterdam.	1	2	1	Arbeidsbegeleiding
5	Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH)	GGZ-instellingen	1	2	0	
6	Problem Solving Therapy	GGZ	1	1	2	

7	Reventacare Ademhalingstraining	Aangeboden door Reventacare. Het UWV zet de training vaak in als voor-schakeltraject. Gemeenten gebruiken de training vaak om klanten met een grote afstand tot de arbeidsmarkt sociaal te activeren.	2	1	3	Beter functioneren op werk
8	De Gezondheidstraining (GZT)	Stichting Mind at Work, midden jaren negentig opgericht vanuit de Universiteit Amsterdam (vakgroep psychonomie)	2	1	2	Bewerkstelligen gedragsveranderingen
9	Relim	Relim, Centra voor Arbeidsrehabilitatie, Vakopleidingen & Expertise	1	2,3	0	resocialisatie door middel van werk (werk is geen doel). Werk kan zijn: vrijwilligerswerk zijn, werk binnen de Sociale werkvoorziening of in reguliere bedrijven
10	Participatiehuis	Participatiehuis Sittard Geleen	2	1, 3	1	verhogen zelfredzaamheid met als doel hoger op de participatieladder te eindigen (betaald werk staat bovenaan)
11	Blink Jongerenloket	Blink, UWV en ROC.	0		1	Duurzame instroom arbeidsmarkt
12	Harrie© Helpt training (Supported Employment)	CNV Jongeren	2	3, 2	3	doel is om bijv. Wajongers aan het werk te houden door begeleiding on the job
13	Vroegtijdige Interventie Psychose (VIP)/IPS	Mentrum	1	2	2	werkherhvatting maakt onderdeel uit van de interventie
14	Richtlijn voor bedrijfsartsen	Bedrijfsarts	1	1	2	De richtlijn biedt de bedrijfsarts handvaten bij de behandeling van mensen met psychische problemen.
15	Arbeidstherapie	eerste- en tweedelijns hulpverleners	1	1	0	vermindering klachten

16	Zelfmanagement voor studenten met ASS	HAN SENECA mmv Start Foundation en Fonds Psychische Gezondheid	1	1	1	Meer, beter en bestendiger werk + de overgang van opleiding naar werk.
17	Toolkit 4 You(th)	GGZ en UWV	1	2, 3	1	Streven is de cliënt te faciliteren en ondersteunen om zelf de regie te nemen ten aanzien van aanvraag Wajong en participatie. Dit impliceert: geen afstemming wanneer mogelijk, zo intensief als noodzakelijk.
18	Werkgerichte cognitieve gedragstherapie	psychotherapeuten	1	1	2	return to work
19	Fit 4 work	id-plein, NCB, track	2	?	1,2,3	Fit 4 Work wil dat na afloop van het project meer dan de helft van de deelnemers duurzaam regulier werk heeft en dat de deelnemers zich aantoonbaar gezonder voelen. Fit 4 Work is nieuw omdat "werken" wordt ingezet als "medicijn".
20	SamenWERK	UWV (financierder)	1	1	2	Doel van deze methode is om de duur tot aan duurzame werkhervatting van vangnetters met psychische klachten te bevorderen.
21	Focus op Werk	GGZ Eindhoven	1	1, 2	2, 3	bevorderen van behoud van werk c.q. het verlagen van de kans op uitval in werksituaties van werknemers met een stoornis in het autisme spectrum
22	Blended E-Health	Bedrijfsarts	1	1	2	verhoging kosteneffectiviteit van return-to-work interventies
23	Collaborative Care	Bedrijfsarts	1	1	2	
24	Psychiatrische consultatie		1	1	2	

26	Inclusieve herontwerp van werkprocessen (IHW)	UWV heeft deze methode ism USG Restart en Universiteit Maastricht ontwikkeld.	2	?	1	Het aanpassen van de arbeidsmarkt zodat er werkplekken ontstaan aan de onderzijde waar de doelgroep kan integreren.
27	Breinwerk	Breinwerk	2	1, 2	1,2	Doel is een betere kwaliteit van de verzuimbegeleiding van zieke vangnetters met psychische klachten.
28	Rebalance	Mental Share en Trimbos instituut	1	1	3	Psychologische klachten van uw werknemers leiden tot verlaagde productiviteit en ziekteverzuim. Een mentaal fitte werknemer is creatief, productief en draagt bij aan een positief werkklimaat. U kunt de mentale fitheid van uw medewerkers bevorderen en ziekteverzuim voorkomen. Anonieme online zelfhulp is de oplossing.
29	Sterk op je werk	Mental Share	1	1	3	Een cursus waarmee je zelfstandig stressklachten kunt aanpakken. Mentalshare biedt e-mental health oplossingen: online programma's ter preventie van psychische problemen. Sterk op je Werk is één van die programma's en is ontwikkeld door het Trimbos-instituut.
30	Trajecten voor gehandicapte ex-gedetineerden	DJI, UWV en Innovium	2	2, 3	1	Het hoofddoel is het verminderen van recidive, vinden van werk is het middel

31	Vangrail	ROZIJ Werk werkt binnen Vangrail intensief samen met Orthopedische Behandelingcentra, (jeugd)hulpverleningsinstaties, scholen voor Voortgezet speciaal onderwijs en Praktijkonderwijs en andere relevante ketenpartners op gebied van wonen- zorg en vrije tijd met als doel het vergroten en ontwikkelen van arbeidsmogelijkheden.	1	3	1	Het vinden van meer passende en vaak duurzame functies met een hogere loonwaarde.
32	Feyenoord Jobscorer	Stichting meer dan voetbal, Feyenoord Rotterdam en UWV	2	?	1	Het doel is om de jongeren in 4 fases van 'keeper', 'verdediger', 'middenvelder' en 'aanvaller' en via 'de transferperiode' aan een vaste baan te helpen.
33	In beweging naar werk	St. Sara Eva trajectbegeleiding / SizaWerk	2	1	1, 2	Het doel is de afstand tussen de cliënt en de arbeidsmarkt te verkleinen door te werken aan persoonlijke ontwikkeling/zelfvertrouwen. Uiteindelijk wordt bemiddeld via het eigen business network
34	SHARP (Stimulating Healthy participation And Relapse Prevention) at work	Bedrijfsarts	1	1	3	voorkomen van terugval na return-to-work
35	Training arbeidsre-integratie voor mensen met psychische klachten		1	?	1, 2	Verbetering (werkgerichte) dienstverlening aan mensen met psychische klachten
36	Open voor Werk Voorlichtingen	LOC en het Landelijk Platform GGz (LPGGz)	1	1, 2	1, 2	verbetering werktoeleiding of werkbehoud van en voor mensen met een psychosociale kwetsbaarheid, (ex)ggz-clënten én hun naasten
37	Focus	P1 werkt namens Gemeente Oss	0		1, 2	

38	Loondispensatie	gemeenten	2	1, 3	1	Arbeidstoeleiding door verlagen kosten voor werkgevers
39	Training Psychische beperkingen en werk	PSW	1	1	2	Verbetering (werkgerichte) dienstverlening aan mensen met psychische klachten
40	ExIT (Extra Intensieve Trajectbegeleiding)	Gemeente Rotterdam	2	1		om langdurig werklozen met fysieke en psychische klachten en andere belemmeringen te begeleiden naar werk.
41	Scharnierpunt	GGZ-Breburg en BSW Bedrijven	1	2, 3	0	Niet gericht op betaald werk, maar arbeid als therapie
42	Viki's View	Begeleiding op Maat, ingekocht door gemeenten Oostzaan & Wormerland	1	1	1, 2	clients klaar maken voor re-integratie
43	Training 'bejegening van mensen met psychische problemen	De Omslag	?	?	?	
44	Specialisterren (social enterprise)	Specialisterren.nl	1	1	1	
45	Mentale ParticipatieCoaching (MPC)	Casemanagement Services	1	1	1, 2, 3	met psychische beperkingen of mentale problematiek duurzaam te laten participeren in regulier werk.
46	Boris	OCW	2	2,3	1	Efficiënte en effectieve route van vso naar de arbeidsmarkt creëren (voor ministerie van OCW); Meer economisch zelfstandige jongeren, minder uitkeringen (voor ministerie van SZW); Extra mogelijkheid voor bedrijven om jongeren te werven; Optimale inzet van infrastructuur mbo en vo op weg van kwalificatie naar arbeid; Betere positie van vso-leerlingen in de maatschappij.
47	WajongWerk	UWV	2		1	Wajongers over alle relevante informatie laten beschikken om aan een baan te komen en ze bij hun zoektocht onder-

						steunen.
48	Samen kijken, samen werken		2	3		
49	Presentietheorie	Stichting Presentie	2		0	Volgens mij is deze werkwijze niet perse gerelateerd aan arbeid.
50	Actief Talent	Actief Talent (UWV en Brijder)	1	?	0	Het doel is mensen weer laten meedoen aan zinvolle activiteiten en daarmee sociaal isolement (eenzaamheid) voorkomen. Mensen die als gevolg van hun verslavingsachtergrond aan de rand van de maatschappij zijn komen te staan, hebben er recht op om (weer) mee te doen. Deze mensen kunnen door een actieve levensstijl hun herstel bevorderen en daardoor met succes en tevredenheid meedoen in die maatschappij.
51	Dutch Career Cup	UWV, Stichting Life Goals	2	2, 3	1	ter bevordering van de participatie en re-integratie van kwetsbare mensen
52	The Colour Kitchen	Stichting The Colour Kitchen	2	3	1,2,3	Stichting The Colour Kitchen heeft een viertal doelstellingen geformuleerd om haar missie te verwezenlijken: Het opleiden en begeleiden van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt. Het stimuleren van persoonlijke ontwikkeling bij mensen met een afstand tot arbeidsmarkt. Het bewaken en borgen van gedachtegoed The Colour Kitchen. Het toeleiden van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt naar regulier werk of reguliere opleiding.

53	Branchepaspoort	Divosa	0		1, 3	Het zoeken naar nieuwe strategieën, met als doel om in de explosief groeiende zorgvraag te voorzien en de in de Nederlandse samenleving aanwezige talenten binnen de branches zorg, welzijn en kinderopvang optimaal te benutten. Het ontwikkelen van een toeleidingstraject om deelnemers op innovatieve wijze toe te leiden naar opleiding en werk in de branches zorg, welzijn en kinderopvang, waarbij het leren en werken wordt gecombineerd en bevorderd. Het ontwikkelen van een toeleidingstraject dat erop is gericht deelnemers een diploma op niveau 3 in een van de bij het project betrokken sectoren te laten behalen.
54	Traject voor zeer moeilijk plaatsbare Wajongers met of zonder Feuersteinmethode	Innovium	2	2, 3	1	
55	Terugdringen recidive door het scheppen van werkgelegenheid voor ex-gedetineerden	Divosa	0		1,2,3	Het doel is om recidive en langdurig gebruik van een WWB-uitkering te voorkomen door middel van werk. Geprobeerd wordt dit doel te bereiken door de samenwerking tussen gemeenten en penitentiaire inrichtingen te verbeteren en door het nazorgtraject te verbeteren.
56	Werk, een zorg minder! (WEZM)	Divosa	2	?	1,2	In Werk een Zorg Minder (WEZM) staat het activeren van langdurig werklozen met multiproblematiek – klanten uit het granieten bestand – centraal. WEZM doet dit door middel van een sluitende aanpak tussen werk en zorg.

57	Beweging als Warming-up voor Re-integratie (BWR)	Divosa/Ergo control	2	1	1,2,3	Het programma duurt 12 weken en is primair gericht op de verbetering van de fitheid en gezondheid van langdurig uitkeringsgerechtigden. Hiermee bewerkstelligt BWR een duurzame gedragsverandering: de deelnemers leren om regelmatig bewegen in hun dagelijks leven te integreren.
58	Liberman module 'Omgaan met werk'	Stichting Liberman Modules . Dit betreft een samenwerkingsverband van de psychiatrische instellingen GGZ Eindhoven, de Geestgronden, Mentrum, Parnassia, Rijngeest en geneesmiddelenfabrikant Janssen Cilag bv.	1	2	1, 3	
59	Goal Orientation / leerdoelen-interventie		0		2	Doel is om effectiever naar werk te zoeken, mede vanuit de gedachte dat werk beschermt tegen psychische klachten
60	Winning New Jobs/ JOBS		0		1, 2	The JOBS intervention model has the dual goals of promoting reemployment in high- quality jobs and preventing poor mental health among the unemployed.
61	Psychodynamische therapie als aanvulling op medicatie bij depressie		1	1, 2	2	
62	Aanpassing van functie of werkbelasting	?	1	1, 2	3	

63	ReactZuid	ReactZuid (RiaggZuid) en gemeenten	1	1,2	1,2	Diagnose en trajectverwijzing: Het doel is dat mensen met psychische problemen zich aan kunnen passen aan hun nieuwe omgeving. Maar ReactZuid helpt ook werkgevers om de aanwezige arbeidsreserves, waaronder die van de mensen die aan de kant staan, maximaal te benutten.
64	Geluk & Co	Riwis Zorg en Welzijn, de Passerel, en diverse regionale organisaties.	2	?	0	Geluk&co wil met reeds bestaande infrastructuur, samen met onze medewerkers, kwetsbare mensen stappen voorwaarts begeleiden. Zo realiseren we een driedubbele plus: + je doet weer mee, zet je talenten in en levert daadwerkelijk een bijdrage. ++ problemen zoals middelengebruik, overgewicht, schulden en depressiviteit worden zoveel mogelijk voorkomen. +++ iedereen in de maatschappij wordt er gelukkiger van.
65	Demarrage en WSD-groep	Demarrage en WSD-groep	1	1,2	0	Het doel is om stapsgewijs zoveel mogelijk mensen naar regulier werk te begeleiden.
66	Dimence en RIBW Groep Overrijssel	Dimence en RIBW Groep	1	?	1	Met de ondertekening van de overeenkomst willen beide organisaties de verschillende expertises meer afgestemd inzetten om te zorgen voor een hoogwaardige ketenzorg. Waarbij arbeidsparticipatie tot stand gebracht wordt.

67	Project Nimrodstraat	RIBW Brabant, Bouwbedrijf ABM	1		1	Dit project biedt structurele arbeidsmatige activiteiten aan mensen met een ggz-indicatie, al dan niet van RIBW Brabant, voor een verscheidenheid aan functies. Het uitgangspunt hierbij is toeleiding naar arbeid. Mensen die aan dit project deelnemen wordt vakinhoudelijke kennis bijgebracht, maar ook een arbeidsritme en werknemersvaardigheden aangeleerd in een reguliere omgeving. Met opgedane ervaring kan iemand doorstromen naar een betaalde baan; bij een van de betrokken ondernemers of bij een andere organisatie.
68	VOF de Loods in Den Dolder	Gemeente Zeist, GGZ, LVG en Maatschappelijke Opvang, Justitie	1	2	2	De jongens draaien mee in de garage, waar aan porches wordt gesleuteld. Zij worden daarbij begeleid door verpleegkundigen en ervaren begeleiders.
69	Samenwerking GGZ en SW bedrijven	SW bedrijven (ATEA, IGO en Diamantgroep) en GGZ Breburg	2	2	0	Onze doelstelling is om mensen maatschappelijk te laten meedoen én om mensen zonder werk weer een plek op de arbeidsmarkt te geven.
70	Pameyer	GGZ en commerciële bedrijven	2	1,3	1,2	Pameijer ondersteunt mensen bij het versterken van hun eigen kracht en het omgaan met belemmeringen. Hierbij betrekken we hun naasten, vrijwilligers en de lokale omgeving. We stimuleren dat mensen zich inzetten voor anderen, zoudra zij dat kunnen.

71	EigenZaak	DaAr (GGNet), Start Foundation en de Dokter Witteberg Stichting	1	1,2	1	GGNet wil psychische, ernstige psychosociale problemen en/of psychiatrische stoornissen helpen voorkomen en mensen met psychische, ernstige psychosociale problemen en/of psychiatrische stoornissen behandelen, begeleiden en helpen om zoveel als mogelijk en wenselijk zelfstandig in de samenleving te kunnen functioneren.
72	Project Talent	DaAr (GGNet) en Gemeente Apeldoorn	1	2 en/of 3	1	Het doel van het project is om in de buurt kleinschalige 'meedoen'-plekken te realiseren voor mensen met dus een grote afstand tot de reguliere arbeidsmarkt gecombineerd met een zorgvraag.
74	Winnock interventie	Winnock	2	1	1,2,3	Winnock biedt mensen met gecompliceerde gezondheidsproblematiek een nieuw perspectief. Dit door herstel van functioneren in werk en/of maatschappij. Het middel daarvoor is intensieve begeleiding, bewustmaken en beïnvloeden van gedrag. Door "beweging" te brengen in bestaande patronen, bij betrokkenen en hun omgeving. Curatief en/of preventief bij (dreigende chronische) gezondheidsproblematiek. Winnock verhoogt de productiviteit.
75	Psychologische interventie bij langdurig werkzoekenden	Adviesbureau Heller B.V.	1	2	1,2,3	het is voor ons een uitdaging om mensen op weg te helpen die beter willen presteren op hun werk, die verandering van werkkring wensen of die vanuit een uitkerings situatie weer aan de slag willen. Onze organisatie staat voor een persoonlijke, deskundige en effectieve dienstverlening. Kenmerkend zijn gedegen en objectief onderzoek.

76	(Schakel)Traject Doen	RIBW	1	1	1,2	U leert beter om te gaan met uw psychische klachten, waardoor u steeds meer grip en invloed krijgt op uw leven. Herstellen betekent dat de kwaliteit van uw leven verbetert. Het bevordert uw herstel als u zelf keuzes kunt maken en als u plannen hebt waaraan u kunt werken. Ook een dagbesteding en sociale contacten dragen bij aan uw herstel. Bureau Herstel stimuleert en ondersteunt u om deze zaken een plaats te geven in uw leven.
77	Alpha-Stim/Cranieel Electriche Stimulatie (CES)	Volgens Derk Mulder is Stichting GGZ Groep een gebruiker.	1	1	0	Er is (volgens mij) geen directe relatie tot arbeid, maar het is wel makkelijk voor te stellen dat deze methode kan helpen uitval te voorkomen.
78	Top Care (CIRAN)	CIRAN	0		1,2,3	Het einddoel van de Ciran poliklinische revalidatie is altijd het realiseren van een maximale score op het begrip "volwaardige maatschappelijke participatie". Met daarnaast uiteraard een maximale tevredenheid met het bereiken van uw persoonlijke zorgdoelen en de bejegening en de behandeling door Ciran.

79	Mind at work (mogelijk dubbeling met interventie 18)	Mind at Work	1	1	2,3	Het aanleren van vaardigheden, waardoor deelnemers na afloop van de training beter in staat zijn hun huidige werk te verrichten of in staat zullen zijn concrete plannen met betrekking tot werk daadwerkelijk uit te gaan voeren. Na de training beschikken de deelnemers over een effectieve manier van informatieverwerking, efficiënte leerstrategieën en een breed scala aan zowel cognitieve als metacognitieve vaardigheden. Zij zullen in staat zijn deze vaardigheden toe te passen in de dagelijkse praktijk en kunnen hierdoor het eigen leerproces, c.q. arbeidsvermogen optimaliseren.
80	Vroege interventie	Stichting Vroege Interventie Revalidatiezorg. Er zijn samenwerkingsverbanden met diverse Universiteiten, Nationaal Programma Preventie 2014-2016, Platform Fit for Work, European Platform for Rehabilitation, Leden van Revalidatie Nederland.	0	1	1,2,3	Stichting Vroege Interventie Revalidatiezorg heeft als doel resultaat gerichte zorg, bevorderen van maatschappelijke participatie en wetenschappelijke onderbouwing van poliklinische medisch specialistische revalidatie. De kracht van onze aanpak is een hoogwaardige medische specialistische revalidatie diagnostiek waarbij de cliënt centraal staat. De cliënt wordt uitgebreid gehoord en onderzocht door verschillende disciplines. Wij geven duidelijkheid over de oorzaak en aanpak van de klacht. Met ons deskundig advies en ondersteuning kunnen de gevolgen voor alle betrokkenen beperkt blijven.

81	Insieme	Insieme	2	1	3	Door het tijdig (bij voorkeur nog voor een ziekmelding) inzetten van de juiste interventie wordt medicalisering van de problematiek voorkomen. Een 1e lijns psycholoog / ervaren coach is bij uitstek geschikt om in samenwerking met Bedrijfsarts / leidinggevende uw medewerker inzicht geven in de aard en oorzaak van de problematiek, daarna door middel van een op maat begeleiding uitval voorkomen of de verzuimduur beperken. Het versterken van de zelfredzaamheid staat hierbij centraal.
82	Individuele bedrijfspsychologische zorg	Cenzo (Centraal Netwerk Psychologische Zorg)	1	3	3	Het is bedoeld om verzuim te voorkomen.
83	PsyVitaal	Cenzo (Centraal Netwerk Psychologische Zorg)	1	1	3	Door het inzetten van PsyVitaal grijp je vroegtijdig in op het moment dat medewerkers minder presteren en een verhoogd risico hebben om op (korte) termijn (langdurig) uit te vallen. Het vroegtijdig inzetten van deze interventie voorkomt een aanzienlijke schadelast bij de werkgever en zorgt voor fitte medewerkers die meer plezier hebben in hun dagelijks werk!
84	Bipolair en werk	Actenz + GGZ in Geest	1	1,2	2, 3	U heeft de volgende vragen/doelen: - leren evenwichtig te functioneren op uw werk; - onderschat of overschat ik me op het werk? - ondersteuning bij het hervatten van werk; - voorkomen dat u uitvalt op het werk; - meer controle over functioneren op uw werk; - is betaald werk nog een optie voor mij?

85	Inzet commercieel netwerk voor arbeidsparticipatie		1	2		
86	Flexible Assertive Community Treatment (FACT)		1	2	2	FACT beoogt mensen met ernstige en langdurige psychische aandoeningen te behandelen, te begeleiden en te ondersteunen in hun herstelproces zodat zij succesvol en naar tevredenheid optimaal kunnen functioneren en kunnen meedoen in de maatschappij op een wijze die henzelf aanspreekt en die veilig is.
87	Prikkelverwerking	Reintegratiebureau R95	1	1	1(2,3)	De methodiek is een nieuw onderdeel van de integrale aanpak van R95 en bestaat uit 5 sessies van 1 uur, verdeeld over een periode van 6 weken. De methodiek wordt gegeven bij R95 door een gespecialiseerde trainer/coach op dit terrein. U krijgt tijdens de methodiek informatie over hoe prikkelverwerking in zijn werk gaat bij ASS. U onderzoekt samen met de trainer/coach hoe de prikkelverwerking bij u verloopt en welke problemen u daarmee heeft. U leert hoe u beter om kunt gaan met prikkels, hoe u kunt voorkomen dat u overprikkeld raakt en wat u kunt doen als er toch problemen door overprikkeling ontstaan. In de laatste sessie maakt u een stappenplan waarin u beschrijft wat u kunt doen om beter om te gaan met prikkels.
88	Conceal Or ReveAL (Coral)	Jaap van Weeghel	1	1, 2	1,2	De CORAL methode is een beslisshulp voor werknemers met een psychische aandoening om hen te helpen met het omgaan met de aandoening op het werk, gericht op stigma bestrijding.
89	Veerkrachtwijzer	Achmea	1		3	Het doel is mensen veerkrachtiger te maken en zodoende om (langdurige)

uitval te voorkomen.

Bijlage 4: Interventiebeschrijvingen

Richtlijn 'Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen'

Doelgroep: De interventie richt zich op werkenden die lijden aan (dreigend) controleverlies en functioneringsproblemen als gevolg van stressgerelateerde klachten en lichte tot matige depressies, angststoornissen of overige psychiatrische stoornissen (overwegend CMD) (NVAB, 2007a, p.10). De klachten dienen niet het gevolg te zijn van een acute emotionele staat of een somatisch ziektebeeld (NVAB, 2007b, p.13). De interventie richt zich verder niet uitsluitend op een bepaalde leeftijdscategorie, geslacht of sector. Ook speelt het aantal jaren werkervaring geen rol. Het ligt het meest voor de hand dat de cliënt nog een werkgever heeft, maar de interventie kan ook worden ingezet bij bijvoorbeeld ZZP'ers.

Probleem: Het gaat bij deze interventie specifiek om arbeidsgerelateerde psychische problemen.

Oorzaak: Tot de oorzaken van de uitval uit arbeidsproces behoort het niet (meer) hebben van grip op de eigen interactie met de omgeving, het niet kunnen overzien van problemen en daarbij passende oplossingen en/of het niet of onvoldoende kunnen toepassen van oplossingen (NVAB, 2007b, p.13). De psychische aandoening van een cliënt is onderdeel van het probleem, maar wordt niet gezien als de kern, omdat er weinig verband is tussen vermindering van klachten en herstel van functioneren (NVAB, 2007a, p.5).

Aangrijpingspunten: De richtlijn voor bedrijfsartsen is gericht op functioneringsherstel: de werkende dient weer controle/greep op de situatie te krijgen (NVAB, 2007a, p.6). De richtlijn geeft de bedrijfsarts handvatten om cliënten met psychische problemen en diens werkomgeving hierbij optimaal te ondersteunen. De interventies die in de richtlijn worden aangeboden, zijn erop gericht het probleemoplossend vermogen van de werkende en diens leidinggevende te versterken.

Activiteit: Volgens de richtlijn biedt de bedrijfsarts een stapsgewijze en activerende vorm van begeleiding aan werknemer en werkomgeving. De richtlijn bepleit dat de bedrijfsarts zo terughoudend als mogelijk en activerend als nodig begeleidt (NVAB, 2007a, p.6).

Hij kan hierbij verschillende rollen aannemen (ook tegelijkertijd; NVAB, 2007a, p.33):

- procesbegeleider: deze rol vervult de bedrijfsarts in iedere situatie.
- interventierol gefocust op de werkende: hierbij ondersteunt de bedrijfsarts de begeleidingsrol met behandelinterventies.
- interventierol gefocust op het werksysteem': hierbij is de bedrijfsarts een soort coach/adviseur.

De bedrijfsarts werkt in deze richtlijn procescontingent (en niet klacht- of tijdscontingent), aan de hand van een fasen/taken-model. Daarbij hangen de taken af van de fase waarin de cliënt zich bevindt. De volgende aantal fasen worden onderscheiden:

Fase 1, de crisisfase. Bijbehorende taken:

A) Het geven van voorlichting: uitleg over stress, overspanning en psychische problematiek. Inzicht in wat er is gebeurd, is de basis voor het verdere herstelproces. Eerst moet men begrijpen wat er aan de hand is voordat men de situatie kan accepteren, wat weer de basis is om ermee aan de slag te gaan (NVAB, 2007a, p.32).

B) Rationale. Rationale is een goede verklaring van de klachten van de cliënt. Dit kan aanknopingspunten bieden voor het herstel (NVAB, 2007a, p.39).

C) Praatadviezen. De mate waarin de cliënt praat over de problematiek is een indicator voor de mate waarin hij/zij het probleem accepteert (NVAB, 2007a, p.40). Erover praten draagt bij aan de acceptatie en levert daarnaast vaak nieuwe gezichtspunten op.

D) Perspectief geven. Het perspectief dat in het kader van een rationale wordt geboden, heeft het karakter van een richting die wordt aangegeven. Dit kan voor mensen in de crisisfase worden aangevuld met perspectief in de zin van een gunstige prognose (NVAB, 2007a, p.41).

E) Positief heretiketteren. Een positieve context of etiket heeft tot doel blokkades voor het herstel weg te nemen die hun oorzaak vinden in een eenzijdig negatief beeld dat de cliënt heeft van zichzelf of van de situatie (NVAB, 2007a, p.42).

F) Dagstructuur. Het verkrijgen van rust en structuur is eveneens een belangrijke herstelmaat in de crisis fase. De bedrijfsarts kan de cliënt hierin ondersteunen door opdrachten te geven (NVAB, 2007a, p.43).

G) Piekeropdracht. Piekeren hoort bij stress. Het kan in sommige gevallen iets opleveren, maar in andere gevallen gaan die gedachten in cirkeltjes rond. Een piekeropdracht kan helpen het piekeren weer productief te krijgen (NVAB, 2007a, p.44).

H) Slaapstructuur. Fysieke en psychische uitputting van de cliënt vormt een bedreiging voor rust en structuur. In de aanloop tot een overspanning kan de cliënt in een neergaande spiraal terechtkomen die de uitputting versterkt. Door het aanbrengen van slaapstructuur (het op gezette tijden gaan slapen en ontwakken) kan dit worden tegengegaan (NVAB, 2007a, p.45).

Fase 2, de oplossingsfase. Taken:

A) Probleem- en oplossingsinventarisatie. Bij cliënten met psychische problemen ziet men vaak dat de combinatie van problemen in het werk en/of andere levensgebieden heeft geleid tot een min of meer diffuus gevoel er niet meer tegenop te kunnen. Door het inventariseren van problemen en oplossingen kan de cliënt meer greep op de situatie krijgen (NVAB, 2007a, p.46). Deze methode is gebaseerd op Fontana (1989).

Fase 3, de toepassingsfase. Taken:

A) Het dubbele schema. In het herstelproces moet de cliënt allerlei activiteiten gaan opbouwen. In de derde fase betreft dit nadrukkelijk ook werkactiviteiten. Dit gaat het best op een gestructureerde, planmatige wijze (NVAB, 2007a, p.48).

Randvoorwaarden voor een adequate uitvoering van de richtlijn door bedrijfsartsen zijn:

- Er moet (vanuit de werkgever) voldoende tijd beschikbaar zijn zodat de bedrijfsarts interventies kan toepassen die bijdragen aan het herstel van psychische problematiek.
- Er moet minimaal 30 minuten per consult beschikbaar zijn.
- Er moet eenmaal per drie weken een vervolgsconsult plaatsvinden.
- Er moet gemiddeld eenmaal per maand contact met werkomgeving/leidinggevende zijn.
- Er moet mogelijkheid tot contact zijn met de huisarts of een andere behandelaar bij behoefte aan informatie, afstemmen begeleiding en verwijzing.

- Een dossier waarin de bedrijfsarts alle stappen uit de richtlijn overzichtelijk kan documenteren.

Als werkzame elementen van de richtlijn voor bedrijfsartsen worden gezien:

- de combinatie van elementen van cognitieve gedragstherapie en een actieve aanpak (Van der Klink, 2003; Blonk, 2006; Nieuwenhuijsen, 2003);
- het betrekken van de werkomgeving (dat is effectief bij mensen met lichamelijke klachten en er wordt onderzocht of dit ook geldt voor mensen met psychische klachten; Anema, 2004).

De eerste versie van de NVAB-richtlijn *Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen* kwam in 2000 uit. In 2007 is de richtlijn herzien. In 2011 is de richtlijn uitgewerkt tot een multidisciplinaire richtlijn overspanning en burn-out, bedoeld voor toepassing door bedrijfsartsen, huisartsen en psychologen.

Pacticipatiedoel:

Met werkgever	Preventie van verzuim	X
	Terugkeer na verzuim	X
Zonder werkgever	Eerste keer werken	X
	Opnieuw een baan	X

Effect: De werking van de richtlijn is veelvuldig onderzocht. De meest recente onderzoeken worden eerst genoemd.

- Van Beurden ea (2014a) stellen dat werkgerelateerde self efficacy (persoonlijke effectiviteit, meestal gezien als onderdeel van arbeidsfunctioneren) positief wordt beïnvloed door behandeling door de bedrijfsarts in de eerste maanden van verzuim.
- Noordik ea (2013) vergeleken de Exposure-based RTW-interventie met behandeling volgens de richtlijn voor bedrijfsartsen. Uit het onderzoek bleek dat de Exposure-based RTW-interventie resulteerde in een langere tijd voordat de cliënt weer aan het werk ging. Er wordt geconcludeerd dat mensen met psychische problemen die volgens de richtlijn worden behandeld eerder aan het werk kunnen/gaan.
- Rebergen heeft een onderzoek gedaan waarbij behandeling door de bedrijfsarts conform de richtlijn vergeleken werd met minimale inspanning door de bedrijfsarts en behandeling door een psycholoog. Daaruit bleek dat

de behandeling door de bedrijfsarts geen snellere terugkeer naar werk of herstel van productiviteit opleverde ten opzichte van de behandeling door de psycholoog (Rebergen, 2009b), maar wel kosteneffectiever was (Rebergen, 2009a). Wanneer de interventiegroep gesplitst werd naar type werk, bleek er wel een klein positief effect van de richtlijnbegeleiding voor werknemers met een administratieve functie en/of lichte stressgerelateerde klachten (Rebergen 2009b). Voor deze groepen valt behandeling door de bedrijfsarts conform de richtlijn dus aan te bevelen.

- Nieuwenhuijsen ea (2003) stellen dat het behandelproces van werknemers met een aanpassingsstoornis kan verbeteren door regelmatig contact met een bedrijfsarts en gepaste interventies die op de organisatie zijn gericht. Er zijn aanwijzingen dat dit zou leiden tot een kortere verzuimduur.
- Onderzoek van Van der Klink (2003), Blonk (2006) en Nieuwenhuijsen (2003) laten zien dat een activerende begeleiding met elementen van cognitieve gedragstherapie leidt tot een aanzienlijk snellere re-integratie. Het positieve effect komt hoofdzakelijk door de combinatie van de actieve aanpak en elementen van cognitieve gedragstherapie.

Oordeel APE over onderbouwing: De methode wordt zeer goed onderbouwd. Dit komt met name door de beschikbaarheid van de richtlijn en het bijbehorende achtergronddocument. Hierin worden alle punten uitvoerig beschreven en waar nodig theoretisch onderbouwd.

Oordeel APE over effect interventie op arbeidsparticipatie: De effectiviteit van de richtlijn is op verschillende manieren onderzocht. Alhoewel niet alle onderzoeken een overtuigend positief effect laten zien op de arbeidsparticipatie, zijn de resultaten overwegend positief. We houden hierbij ook rekening met het feit dat de richtlijn in de loop van jaren is doorontwikkeld en dat door implementatie van de richtlijn intussen ook de controleconditie (care as usual) steeds verandert.

Bronnen:

Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout (2011 NVAB, NHG, LVE)

Nieuwenhuijsen, K. et al (2003) Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines; a retrospective cohort study.

Nieuwsbrief ARBO UNIE juli 2014 nr. 6 'Ziekteverzuim door psychische problemen'.

Noordik, E., Van der Klink, J., Geskus, R.B., De Boer, M.R., Van Dijk, F.J.H. & Nieuwenhuijsen, K. (2013) Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: a cluster-randomized controlled trial.

NVAB (2007a) Richtlijn - Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen.

NVAB (2007b) Achtergronddocument bij de richtlijn.

Rebergen, D.S. et al (2009a) Cost-effectiveness of guideline-based care for workers with mental health problems

Rebergen, D.S. et al (2009b) Guideline-based care of common mental disorders by occupational physicians

Terluin B, Van Dijk DM, Van der Klink JJJ, Hulshof CTJ, Romeijnders ACM. De behandeling van overspanning. Huisarts Wet 2005;48(1):7-12.

Van Beurden, K., Van der Klink, J., Brouwers, E., Joosen, M., Mathijssen, J., Terluin, B. & Van Weeghel, J. (2014a) Can we influence return-to-work self-efficacy in workers with common mental disorders? Presentatie Tilburg University

Van Beurden, K., Van der Klink, J., Brouwers, E., Joosen, M., Mathijssen, J., Terluin, B. & Van Weeghel, J. (2014b) Effect of training to enhance guideline adherence for occupational physicians on RTW with CMD. Presentatie Tilburg University

Van der Klink, J.J.L. & Van Dijk, F.J.H. (2003) Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care.

Stimulating Healthy participation And Relapse Prevention at work (SHARP-at-work)

Doelgroep: Doelgroep voor deze interventie zijn mensen die al eerder uitgevallen zijn op het werk vanwege een CMD. Co-morbiditeit is geen exclusie criterium indien de bijkomende (fysieke) beperking de terugkeer naar werk niet belemmert. Exclusiecriteria zijn: ziekteverzuim van meer dan 12 maanden; eerder ziekteverzuim als gevolg van een CMD in de afgelopen 3 maanden; een ernstige psychische aandoening; zwangerschap, opkomend pensioen of ontslag; niet in staat zijn om te lezen, schrijven en de Nederlandse taal te begrijpen (Arends et al., 2014a, p. 22).

Deze interventie is alleen gericht op werknemers die weer (deels) aan het werk zijn. Onderdeel van de interventie is dat de cliënt zijn mogelijke problemen op het werk en de oplossingen hiervoor bespreekt met een leidinggevende. Medewerking van leidinggevende is dus vereist (Arends et al., 2014a).

Probleem: Mensen die weer aan het werk gaan nadat ze eerder waren uitgevallen door een CMD lopen een groter risico om opnieuw uit te vallen. Dat risico is groter dan gemiddeld bij mensen die geen CMD hebben gehad. Volgens Nederlands onderzoek valt 20% van de mensen die weer volledig aan het werk zijn (voor tenminste 28 aaneensluitende dagen) opnieuw uit vanwege psychische problemen (Koopmans et al., 2011).

Oorzaak: De CMD is de oorzaak van de uitval na terugkeer op het werk. Verminderd functioneren op het werk blijft een probleem bij mensen die teruggekeerd zijn naar werk na een uitval vanwege een CMD, ook wanneer klachten en symptomen zijn afgenomen (Adler et al., 2006; Lerner & Henke, 2008). Terugkeer van klachten en terugval in verzuim komen vaak voor (Arends et al. 2014a).

Aangrijpingspunten: De interventie grijpt in op de problemen die bij mensen met een CMD uitval op het werk veroorzaken. De interventie is ontwikkeld om een terugval naar verzuim te voorkomen. De interventie is niet ontwikkeld om psychische problemen te verminderen (Arends et al., 2014a).

Activiteit: De SHARP methode kan gezien worden als een uitbreiding van de 'Richtlijn handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen'. De richtlijn is vrij summier over wat er gedaan moet worden wanneer een verzuimende werknemer terugkeert op het werk. Volgens de SHARP methode begeleidt de bedrijfsarts teruggekeerde werknemers in de werkomgeving en activeert hen om actief over hun problemen na te denken en hier oplossingen voor te vinden. SHARP bestaat uit een 5-stappenplan doorlopen:

1. Cliënten maken een inventarisatie van hun problemen en/of kansen na terugkeer op het werk. De problemen en kansen moeten gerelateerd zijn aan het werk. (Een belangrijke stap in deze eerste opdracht is dat na inventarisatie, de punten geclassificeerd moeten worden in A) kan ik zelf oplossen, B) heb ik hulp bij nodig, C) dit kan voorlopig niet opgelost worden).
2. Cliënten brainstormen met de bedrijfsarts over mogelijke oplossingen.
3. Cliënten schrijven oplossingen en de hulp die ze hierbij nodig denken te hebben op, en beoordelen de haalbaarheid van deze oplossingen. Ook is het hier mogelijk om het gesprek met de leidinggevende (stap 4) voor te bereiden.
4. Cliënten bespreken de oplossingen met leidinggevende en maken een actieplan.
5. Cliënten evalueren het actieplan en bespreken de implementatie van de oplossingen met de bedrijfsarts.

De bedrijfsarts start de interventie binnen twee weken na terugkeer op het werk. De bedrijfsarts ziet erop toe dat alle stappen worden genomen en activeert of ondersteunt de werknemer waar nodig. De bedrijfsarts stelt de werknemer in staat om zijn eigen probleem te definiëren en zijn eigen oplossingen te ontwerpen. Afhankelijk van de behoefte van de werknemer (in te schatten door de bedrijfsarts) zijn er tussen de 2 en 5 consultatiesessies van 30 min. nodig om de interventie in goede banen te leiden. De gegeven periode waarin volgens het protocol de 5 interventiestappen doorlopen moeten worden, is 12 weken (Arends et al., 2014a; Arends et al., 2014b). De uitvoerende is een bedrijfsarts die een extra 2-daagse interventie training heeft gehad.

Participatiedoel: De interventie is gericht op behoud van werk na terugkeer van verzuim.

Met werkgever	Preventie van verzuim	X
	Terugkeer na verzuim	
Zonder werkgever	Eerste keer werken	
	Opnieuw een baan	

Effect op arbeidsparticipatie: Uit evaluatieonderzoek blijkt dat de interventie de kans op terugval met 60% verkleint. Gemiddelde duur tot terugval (verzuim) is voor de interventiegroep 365 dagen en voor de controlegroep: 253 dagen. Deze verschillen zijn significant bevonden (Arends et al., 2014a). Deze bevindingen zijn

gebaseerd op een gerandomiseerd onderzoek met een controle groep. De interventie groep bestond uit 80 mensen.

Het is moeilijk om essentiële elementen in de aanpak te noemen omdat de studie aan de ene kant aantoont dat de SHARP-methode werkverzuim doet verminderen, maar aan de andere kant geen significant verschil maakt voor de scores van deelnemers op functioneren, coping en symptomen. De procesevaluatie (Arends et al., 2014b) laat zien dat in de interventiegroep significant vaker consulten met de bedrijfsarts en met de leidinggevende hebben plaatsgevonden. Daarnaast zijn er ook vaker opdrachten gemaakt. Deze activiteiten waren gericht op het ter discussie stellen en aanpakken van punten waar de werknemer tegenaan liep na het terugkeren op het werk. Aangenomen kan worden dat zodoende in de interventiegroep een sterkere focus is geweest op het aan het werk kunnen blijven na terugkeer en dat dit zich vertaald heeft in een lagere kans op terugval in de interventiegroep.

Oordeel APE over onderbouwing: De interventie stoelt theoretisch op onderdelen uit probleem-oplossende-therapie (Problem Solving Therapy), en dient als toevoeging te worden gebruikt op de richtlijn voor bedrijfsartsen. De onderbouwing is duidelijk. De doelgroep waarop de interventie zich richt is helder beschreven, exclusiecriteria en contra-indicaties zijn hierbij gegeven, het doel van de interventie is duidelijk omschreven, de opzet en de inhoud van de activiteiten is bekend, er is een handleiding voor uitvoerders beschikbaar, de werkzame elementen worden expliciet vermeld, het probleem is duidelijk gedefinieerd en het is duidelijk op welke aspecten van het probleem de interventie zicht richt.

Minder duidelijk is uitgelegd welke problemen de aandoening precies op het werk veroorzaakt en hoe deze een effect hebben op arbeidsparticipatie (dus ook waar de interventie precies op aangrijpt).

Oordeel APE over effect interventie op arbeidsparticipatie: Een interne evaluatie van de interventie (Arends et al., 2014a) toont een positief effect van de interventie op arbeidsparticipatie. Dit onderzoek is betrouwbaar en valide te noemen omdat: de beoogde doelgroep is bereikt, de interventie modelgetrouw is uitgevoerd, arbeidsparticipatie valide is geoperationaliseerd en gemeten is, er is een significant verschil tussen controle en interventie groep gevonden en replicatie van het onderzoek is mogelijk. Het positieve effect is overtuigend, dat wil zeggen dat de interventie substantieel positiever uitpakt voor de interventie groep ten opzichte van de controle groep.

Bronnen:

Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, et al. (2006). Job performance deficits due to depression. In *American Journal of Psychiatry*, 163, pp. 1569–76.

Arends I, van der Klink JJJ, van Rhenen W, et al. (2014a) Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 71, pp.21–29.

Arends I, Bultmann U. et al. (2014b). Process evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. In *Social Science and Medicine*, 100 (2014), pp. 123-132.

Koopmans, P. C., Bultmann, U., Roelen, C. A., Hoedeman, R., van der Klink, J. J., & Groothoff, J. W. (2011). Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. In *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84(2), pp. 193-201.

Lerner D, Henke RM. (2008). What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? In *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50, pp. 401–10.

Beweging als Warming-up voor Re-integratie (BWR)

Doelgroep: Volgens interventie-eigenaar behoren alle volwassen mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt tot de doelgroep. Binnen deze groep speelt vaak multi-problematiek, dat wil zeggen een combinatie van problemen die sociaal, fysiek en mentaal van aard kunnen zijn. De interventie Beweging als Warming-up voor Re-integratie (BWR) wordt ingezet door gemeenten, UWV en re-integratiebedrijven voor mensen met een uitkering, die belemmeringen onderkennen in een werkhervattingstraject, bijvoorbeeld door fysieke of psychologische klachten. Motivatie om te werken wordt niet als voorwaarde voor de interventie genoemd. De interventie probeert juist belemmeringen weg te nemen en motivatie te vergroten. Mensen waarop deze interventie is gericht hebben geen werk. Medewerking van een werkgever is dus niet vereist.

Probleem: Bekend is dat (onvrijwillig) verlies van werk, ongeacht of dit een gevolg is van gezondheidsproblemen of van een daar buiten liggende oorzaak, een negatieve invloed heeft op belangrijke aspecten van iemands functioneren, zowel in het psychosociale als het fysieke domein. Belemmeringen en beperkingen (zowel fysiek als psychisch van aard) kunnen effectieve toeleiding tot werk in de weg staan. Mensen uit de doelgroep vertonen na verloop van tijd veelal symptomen van depressie die samenhangen met een afname van algeheel zelfvertrouwen. Door dit proces wordt het steeds moeilijker voor deze mensen om weer aan het werk te komen (Schellekens, 2003, p. 3).

Oorzaak: Langdurig zonder werk zitten kan leiden tot een afnemend vertrouwen in het eigen kunnen. Zingeving aan activiteiten wordt problematisch, het sociale netwerk wordt kleiner, het dagelijks leefpatroon wordt minder gestructureerd, het zelfvertrouwen neemt af, de mentale scherpte en routines die nodig zijn voor werk worden minder. Bovendien vertonen mensen na verloop van tijd veelal symptomen van depressie welke samenhangen met een afname van algeheel zelfvertrouwen. Tevens wordt bij veel werklozen een afname in de fysieke conditie geconstateerd; het gemis van het dwingende ritme van de arbeid maakt lichamelijke inspanning meer vrijblijvend en afhankelijk van iemands eigen initiatief. Bovendien kan deze vrijblijvendheid bij personen met pijnklachten leiden tot een gebrek aan beweging voortkomend uit angst voor pijn. De weg terug naar werk kan dus moeilijk zijn, niet alleen vanwege de afname van werk gerelateerde vaardigheden, ritme en routine, maar eveneens vanwege een afname in de motivatie voor het verrichten van betaald werk en door lichamelijke deconditionering (Schellekens, 2003, pp. 3-4).

Aangrijpingspunten: De interventie grijpt aan op de afname in ritme en routine en op de fysieke conditie, door de deelnemer fysiek weer in conditie te brengen.

Dat zou ertoe moeten leiden dat men zich fysiek weer competent voelt. Het feit dat trainingen groepsgewijs plaatsvinden zou de sociale competentie verbeteren, d.w.z. de bekwaamheid om effectief met anderen om te gaan en relaties op te bouwen en te onderhouden. Verwacht wordt dat dergelijke verbeteringen in specifieke domeinen van zelfvertrouwen generaliseren naar het algemene zelfvertrouwen, en hierdoor het activiteitsniveau van de deelnemers verhoogt en zij meer werkzoekgedrag zullen vertonen en ook meer gemotiveerd zijn (Schellekens, 2003, p. 4).

Activiteit: Het uitgangspunt van het beweegprogramma is om vanuit een positief zelfbeeld en ervaren verbeterde gezondheid de volgende stappen in maatschappelijke participatie te maken. Hiertoe krijgen de deelnemers van de BWR-interventie bewegingsactiviteiten die ze gedurende 12 weken 3 keer per week 3 uur per keer moeten uitvoeren. Zij worden hierin bijgestaan door een trainer die de voortgang bijhoudt met evaluatiegesprekken en fysieke en medische testen. Tijdens de trainingsperiode worden de deelnemers aan de hand van opdrachten in hun dagelijks leven aangezet tot een gezonde en actieve leefstijl. Afhankelijk van de doelgroep en/of opdrachtgever kan de interventie ook langer duren (16 of 18 weken), en kan de intensiteit van het programma naar omlaag (2 uur per keer) of naar omhoog (4 uur per keer) worden bijgesteld.

Participatiedoel:

Met werkgever	Preventie van verzuim	
	Terugkeer na verzuim	
Zonder werkgever	Eerste keer werken	x
	Opnieuw een baan	x

Effect op arbeidsparticipatie: Er zijn duidelijke aanwijzingen dat BWR de afstand tot de arbeidsmarkt van deelnemers vermindert. In een onafhankelijke evaluatie van BWR door de Rijksuniversiteit Groningen bleek de WAO-status van de testgroep (als indicator van de afstand tot de arbeidsmarkt) vaker te zijn verbeterd en in vergelijking met de controlegroep significant sterker gedaald. Voor 25.3% van de deelnemers aan BWR geldt dat deze bij de nameting een lagere WAO-status hadden dan voor deelname aan BWR. Voor 18.3% geldt dat zij in de groep <15% WAO zijn terechtgekomen. Van de controlegroep heeft 14% een verbetering in de WAO-status ondervonden, waarvan 8.4% een WAO-percentage <15% heeft bereikt. Er is ook gekeken naar het verschil in aantal betaalde en onbetaalde uren werk tussen de aanvang van het project en 15 maanden later. Er zijn geen gegevens beschikbaar over de feitelijke deelname van de deelnemers aan de arbeidsmarkt na het volgen van het programma. In beide groepen is sprake van een toename in het aantal betaalde werkuren/week maar bij de BWR-groep was die

toename groter. Deze verschillen zijn volgens de onderzoeker een duidelijke aanwijzing voor effectiviteit van BWR (Schellekens, 2003).

Oordeel APE over onderbouwing: De onderbouwing van de BWR-interventie vinden wij voldoende. De doelen van de interventie zijn helder geformuleerd, de inhoud van de activiteiten wordt gegeven. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat het onduidelijk blijft hoe de interventie precies sociale competentie wil verbeteren. Er is een werkboek beschikbaar voor deelnemers, de werkzame elementen uit de interventie worden expliciet vermeld, het probleem is duidelijk gedefinieerd, ook de relatie tussen het probleem en het effect hiervan op arbeidsparticipatie. Het is duidelijk op welke aspecten van het probleem de interventie zich richt en de interventie stoelt op een interventielogica. De doelgroep van de interventie is erg breed. Exclusiecriteria en contra-indicaties worden niet expliciet vermeld.

Oordeel APE over effect interventie op arbeidsparticipatie: Uit onafhankelijk onderzoek blijkt dat de BWR-interventie een positief effect heeft op de kansen van deelnemers om weer deel te nemen aan de arbeidsmarkt. De interventie pakt substantieel positiever uit voor mensen die de interventie hebben gevolgd dan voor mensen die dit niet hebben gevolgd (controlegroep). Daarbij is de beoogde doelgroep in het onderzoek daadwerkelijk bereikt, is de interventie modelgetrouw uitgevoerd, is er een valide operationalisering van het begrip arbeidsparticipatie gebruikt, is het onderzoek betrouwbaar en tont het een significant verschil aan tussen de interventie en controle groep en is replicatie van het onderzoek mogelijk omdat de studie goed is gedocumenteerd.

Bronnen:

Schellekens, J.M.H. (2003.) *Beweging als warming-up voor re-integratie. De invloed van een reconditioneringsprogramma op de lichamelijke conditie, het welbevinden en de kansen op werkhervatting*. Uitgave van de Rijksuniversiteit Groningen, sectie Experimentele en Arbeidspsychologie, en UWV-Nederland te Amsterdam.

Werkgerichte Cognitieve Gedragstherapie

Doelgroep: De doelgroep waarop deze interventie zich richt, zijn mensen met een common mental disorder (CMD). Hieronder vallen depressieve stoornissen, angststoornissen, somatoforme stoornissen en aanpassingsstoornissen. De werkgerichte cognitieve gedragstherapie wordt in de regel toegepast op mensen die verzuimen van werk. Dit kan zowel 100% zijn als gedeeltelijk verzuimen.

Co-morbiditeit komt in deze doelgroep regelmatig voor (30-50%) (Interventie-eigenaar in beoordelingsformulier). Het ontbreken van motivatie om te werken is geen contra-indicatie voor het starten van de therapie. Een ernstige psychische aandoening is dit wel. Gedurende de therapie gaat de cliënt al aan het werk. Een werkplek is dus vereist voor deze interventie. De leidinggevende van de cliënt (of soms een HR-medewerker) wordt betrokken bij een zogenaamd voortgangs- of afstemmingsoverleg.

Probleem: Een psychische aandoening vermindert het psychisch welbevinden van mensen en kan arbeidsfunctioneren verminderen. Een psychische stoornis kan het moeilijk maken om goed te functioneren op het werk, waardoor mensen kunnen uitvallen.

Oorzaak: Verzuim is volgens de interventie-eigenaar het gevolg van stressoren die een combinatie zijn van stressoren op het werk en de privé-situatie. Een psychische aandoening kan hier een rol in spelen.

Aangrijpingspunten: De therapie richt zich op het bevorderen van coping met werkgerelateerde stressoren. De interventie grijpt aan op aanleiding gevende en in standhoudende factoren. Daarbij gaat het steeds om klachtenreductie en daarnaast bevordering van coping met interne (disfunctionele gedachtepatronen) en externe (bv. werk) stressoren (Lagerveld & Blonk, 2012).

Activiteit: Werkgerichte cognitieve gedragstherapie (W-CBT) bestaat uit cognitieve gedragstherapie plus een module gericht op werk en terugkeer naar werk. De werkgerichte module wordt in elke sessie met de therapeut geïntegreerd volgens vaststaande protocollen. Centraal in de behandeling staat dat de therapeut werkgerelateerde problemen vroegtijdig bespreekt, en werk (en de werkplek) gebruikt als context waarbinnen de gestelde doelen gerealiseerd kunnen worden (zoals activering, tijdsmanagement, sociale contacten, activiteiten, zelfvertrouwen). Gedurende de therapie is of gaat de patiënt ook echt aan het werk. Huiswerkopdrachten in het kader van de therapie worden ook op het werk uitgevoerd. De therapiegesprekken vinden buiten de werkomgeving plaats. Er is geen sprake van een werkbezoek. Wel wordt in de regel de leidinggevende van patiënt (of soms HR-medewerker) betrokken bij een zogenaamd voortgangs- of afstemmingsover-

leg. Dit overleg vindt volgens de interventie-eigenaar in de regel buiten de werkomgeving plaats.

In praktijk duurt therapie gemiddeld 7-8 maanden. In deze periode worden gemiddeld 16-18 sessies gehouden tussen therapeut en cliënt.

De therapeut is een gezondheidszorgpsycholoog, aangevuld met een opleiding en registratie tot cognitief gedragstherapeut, en een BIG-registratie (Beroepen in de individuele gezondheidszorg). De therapeut doorloopt daarnaast een intern opleidingsprogramma van de interventie-eigenaar. Dit is een programma van 8 bijeenkomsten van een hele dag, die overigens breder is dan alleen werkgerichte cognitieve gedragstherapie.

Participatiedoel:

Met werkgever	Preventie van verzuim	
	Terugkeer na verzuim	x
Zonder werkgever	Eerste keer werken	
	Opnieuw een baan	

Effect op arbeidsparticipatie: Uit de studie van Lagerveld en Blonk (2012) blijkt dat mensen die de werkgerichte cognitieve gedragstherapie ondergaan gemiddeld 12 dagen eerder (deels) terugkeren naar werk. Gemiddeld hervatten mensen die de werkgerichte cognitieve gedragstherapie ondergingen 65 dagen eerder hun volledige baan. Dit is een significant verschil met de controlegroep, die gewone cognitieve gedragstherapie kreeg. Het effect op de klachten is voor werkgerichte cognitieve gedragstherapie gelijk aan reguliere cognitieve gedragstherapie.

Oordeel APE over onderbouwing: De onderbouwing van de interventie Werkgerichte Cognitieve Gedragstherapie vinden wij voldoende. De doelen van de interventie zijn helder geformuleerd, de doelgroep is duidelijk beschreven en er worden contra-indicaties gegeven. Er is een handleiding beschikbaar voor uitvoerende therapeuten, de werkzame elementen uit de interventie worden expliciet vermeld, het probleem is duidelijk gedefinieerd, alsook de relatie tussen het probleem en het effect hiervan op arbeidsparticipatie. Het is duidelijk op welke aspecten van het probleem de interventie zich richt en de interventie stoelt op een veranderingsmodel.

De specifieke inhoud van the therapie sessie is nu nog niet transparant. Deze is waarschijnlijk wel duidelijk beschreven in de handleiding voor uitvoerende therapeuten, maar die is niet tijdig ter beschikking gekomen.

Oordeel APE over effect interventie op arbeidsparticipatie: Uit onafhankelijk onderzoek naar de Werkgerichte Cognitieve Gedragstherapie komt naar voren dat er een positief effect is van de interventie op arbeidsparticipatie. Ons oordeel van de interventie is dat deze interventie een overtuigend positief effect heeft op ar-

beidsparticipatie. De interventie pakt substantieel positiever uit voor mensen die de therapie hebben gevolgd dan voor een controlegroep. Daarbij is de beoogde doelgroep in het onderzoek daadwerkelijk bereikt, is de interventie modelgetrouw uitgevoerd, is er een valide operationalisering van het begrip arbeidsparticipatie gebruikt, is het onderzoek betrouwbaar en toont het een significant verschil aan tussen de interventie en controle groep en is replicatie van het onderzoek mogelijk omdat de studie goed is gedocumenteerd.

Bronnen:

Lagerveld, S.E. & Blonk, R.W.B. (2012). Work-Focused Treatment of Common Mental Disorders and Return to Work: A Comparative Outcome Study. In *Journal of Occupational Health Psychology* 2012, 17(2), pp. 220–234.

Ergotherapie

Doelgroep: Deze interventie richt zich op mensen met een depressieve stoornis volgens de DMS-IV. Ervaring leert dat bij een groot deel van de deelnemers ook angstklachten kunnen voorkomen. Dit is geen contra-indicatie. Contra-indicaties zijn: bipolaire stoornis; psychotische stoornis of depressie met psychotische kenmerken; ernstige alcohol- of drugsverslaving; dermate ernstige psychische problemen dat ergotherapeutische behandeling onmogelijk is; ernstige suïcidaliteit; klinische opname. Voor deelnemers is het van belang dat er een werkplek is. Onderdeel van de interventie is snelle terugkeer naar werk. Ook is medewerking van de werkgever/leidinggevende vereist. Deze wordt betrokken in de behandeling en krijgt psycho-educatie.

Probleem: Uit onderzoek blijkt dat een depressieve stoornis langdurend verzuim kan veroorzaken (Hees et al., 2011). Depressieve werknemers ervaren vaker belemmeringen in de uitvoer van hun werkzaamheden dan 'gezonde' mensen. De negatieve gevolgen van depressie op het arbeidsfunctioneren bepalen maar liefst 75-86% van de totale maatschappelijke kosten voor depressie. Gezien de hoge prevalentie van depressie onder werknemers, de recidiverende aard van deze ziekte en de toenemende aanspraak op mentale vaardigheden en flexibiliteit in de werksituatie is (onder meer) de ergotherapeutische interventie ontwikkeld door het AMC om de werkhervatting van depressieve werknemers te bevorderen. Reguliere behandelingen in de GGZ zijn succesvol in het reduceren van symptomen maar besteden te weinig aandacht aan de arbeidssituatie.

Oorzaak: Een depressie heeft invloed op het functioneren van mensen op het werk. Dit is het probleem waar de interventie op aangrijpt. De oorzaak van dit probleem, een depressie, hoeft echter niet (alleen) veroorzaakt te worden door problemen in de werksituatie. De privé situatie en andere factoren kunnen hier ook aan ten grondslag liggen.

Aangrijpingspunten: De interventie grijpt het probleem van verminderd arbeidsfunctioneren aan door te richten op een snelle werkhervatting en meer contact tussen patiënt, werksituatie en ergotherapeut. De interventie is erop gericht om oude handelingsmethode te doorbreken, communicatie tussen werkgever en patiënt te bevorderen, en werkgevers psycho-educatie te geven om de problemen van hun werknemers beter te begrijpen. Essentieel is ook om de werkproblemen zo scherp mogelijk in beeld te brengen. Patiënten met een depressie zien alles als een probleem, van belang is dan om goed in beeld te brengen wat wel goed gaat en wat aandacht nodig heeft.

Activiteit: De interventie (zoals deze nu wordt uitgevoerd zie: De Vries, 2013) beoogt het voorkomen van langdurig verzuim van depressieve mensen door middel van een combinatie van behandelingen (psycholoog/ergotherapeut) waarbij de deelnemer de werkzaamheden tijdig hervat.

De interventie bestaat uit 8 groepsbijeenkomsten (2 uur per keer, om de week) en 5 individuele bijeenkomsten (1 uur per keer), waarvan 1 follow up bijeenkomst en 1 driegesprek met de werkgever. Om te kunnen starten met de module, moet de cliënt minimaal 2 uur werkzaam zijn binnen zijn reguliere werksetting. Voorafgaand aan deze module vindt een intake plaats, eventueel aangevuld met het afnemen van de arbeidsanamnese, een inventarisatie van de werkplek en contact met de bedrijfsarts.

De interventie beoogt werk gerelateerde coping te verbeteren door handelingspatroon te doorbreken, zelfsturing te verhogen, communicatie tussen werkgever en werknemer te bevorderen en de werkgever psycho-educatie te geven.

Participatiedoel:

Met werkgever	Preventie van verzuim	x
	Terugkeer na verzuim	x
Zonder werkgever	Eerste keer werken	
	Opnieuw een baan	

Effect op arbeidsparticipatie: Er zijn drie studies uitgevoerd naar de ergotherapeutische interventie met verschillende resultaten:

1. Schene et al. (2007) vinden een positief effect van de interventie op arbeidsparticipatie, en geen effect op symptoomafname. Daarbij stellen zij dat de interventie in vergelijking met gewone therapie kosten effectiever is.
2. Hees et al. (2011) vinden geen extra effect van de ergotherapeutische interventie ten opzichte van gewone therapie op arbeidsparticipatie. Wel vinden zij een positief effect van de interventie op de mate van klinisch herstel van de depressie. Zij stellen dat de interventie mogelijk alleen extra effect heeft op arbeidsparticipatie voor mensen die nog relatief kort verzuimen (< 3 maanden).
3. Hees et al. (2013) deze studie bevestigt de bevindingen van de studie uit 2011.

Het verschil in effect van de interventie tussen de studie in 2007 en die in 2011 en 2013 kan mogelijk verklaard worden door de veranderde wetgeving, waardoor in 2011 ten opzichte van 2007 de gewone behandeling door bedrijfsartsen ook inzet op het snel hervatten van werk.

Het toevoegen van de nieuwe ergotherapie module aan de reguliere behandeling voor depressie heeft meerwaarde voor de mate van klinisch herstel van depressie. De groep mensen die deze behandeling krijgen blijken vaker duurzaam te herstellen van hun depressie. Het effect van de ergotherapie op klinisch herstel lijkt echter niet te verlopen via de verbetering van de werk gerelateerde coping en zelfsturing zoals theoretisch werd verwacht (Hees et al., 2011). Ergotherapie heeft dus via andere wegen effect op het herstel van depressie. De ergotherapeutische interventie geen duidelijk additief (ergotherapie bovenop de behandeling door de bedrijfsarts) effect op arbeidsherstel. Ergotherapie heeft voor het bevorderen van (duurzaam) depressie herstel een meerwaarde. De hypothese is dat indien tevens effect op werkherstel (snelle en duurzame terugkeer naar werk) wordt beoogd het inzetten van de ergotherapeutische interventie mogelijk alleen meerwaarde heeft bij mensen die nog relatief kort verzuimen (minder dan 3 maanden) (Hees et al., 2011).

Oordeel APE over onderbouwing: De onderbouwing van de interventie is duidelijk. De doelgroep waarop de interventie zich richt is helder beschreven, exclusiecriteria en contra-indicaties zijn hierbij gegeven, het doel van de interventie is duidelijk omschreven, de opzet en de inhoud van de activiteiten is bekend, er is een handleiding voor uitvoerders beschikbaar, het probleem en ook de relatie daarvan tot arbeidsparticipatie is duidelijk gedefinieerd en beschreven en het is duidelijk op welke aspecten van het probleem de interventie zich richt. Minder duidelijk is wat maakt dat de interventie werkt omdat uit onderzoek blijkt (hees et al., 2011) dat het effect niet verloopt via de theoretisch veronderstelde weg.

Oordeel APE over effect interventie op arbeidsparticipatie: Er zijn drie onderzoeken uitgevoerd naar het effect van de interventie op arbeidsparticipatie gemeten als de duur tot (duurzame) terugkeer naar werk. In deze onderzoeken is de beoogde doelgroep bereikt, is de interventie uitgevoerd zoals deze bedoeld is, is naar het effect op arbeidsparticipatie gekeken, is gebruik gemaakt van adequate statistische technieken en replicatie van de onderzoeken is mogelijk. Alhoewel de interventie in eerder onderzoeken effectief bleek, laten de meest recente onderzoeken geen significant verschil zien tussen de interventie en een gewone behandeling door de bedrijfsarts.

Bronnen:

Schene, A.H., M.W.J. Koeter, M.J. Kikkert, J.A. Swinkels & P. McCrone (2007). Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. In *Psychological Medicine*, 37, pp. 351-362.

Hees, H.L., G. de Vries, M.W.J. Koeter & A.H. Schene (2011). Depression and occupation: intervention trial. De effectiviteit van ergotherapie voor werknemers die verzuimen wegens depressie.

Hees, H.L., G. de Vries, M.W.J. Koeter & A.H. Schene (2013). Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. In *Occupational and Environmental Medicine*, 70, pp. 252-260.

Vries, G. De (2013). Module ergotherapie, werkhervatting bij depressie.

Ademhalingstraining

Doelgroep: Mensen met een niet functionele ademhaling die als gevolg hiervan last hebben van een enkelvoudige psychische klacht, meerdere psychische klachten, of een combinatie van psychische en lichamelijke klachten.

Exclusiecriteria zijn ernstige alcohol- en/of drugsverslaving en ernstige meervoudige psychische problemen. Motivatie van cliënten is vereist aangezien het effect van de training staat of valt met de mate waarin cliënten bereid zijn zelf oefeningen te doen. Het hebben van een werkplek of medewerking van werkgever, leidinggevende of collega's is voor het volgen van de training niet vereist.

Probleem: Lichamelijke en psychische klachten zijn terug te voeren tot een verkeerde ademhaling. Zulke klachten kunnen vervolgens leiden tot (chronische) vermoeidheid, hyperventilatie, depressie, burn-out, klachten aan armen, nek en/of schouders) en andere kwalen. Deze kunnen allen een vermindering van het functioneren op het werk tot gevolg hebben. Uitval in de arbeidsmarkt of verzuim op het werk kunnen het gevolg zijn.

Oorzaak: De oorzaak van het probleem is dat stress een verstoring in de ademhaling kan geven met een niet functionele ademhaling als gevolg en een verstoorde ademhaling kan allerlei (psychische) klachten geven welke kunnen leiden tot een verminderde arbeidsparticipatie.

Aangrijpingspunten: Een verkeerde ademhaling kan in rechtstreeks verband staan met tal van fysieke en psychische klachten. In de training wordt juist deze ademhaling aangepakt.

Activiteit: Doel van de training is het significant reduceren van geconstateerde fysieke en/of psychische klachten. Door middel van een ademhalingstraining worden deelnemers afgeholpen van klachten die verband houden met angsten, fobieën en (chronische) hyperventilatie.

De hoofdactiviteit van deze interventie is de ademhalingstraining. Coaches hebben kennis van en ervaringsdeskundigheid over de juiste techniek van de ademhaling. Hun adviezen zijn erop gericht te bereiken dat de klant zelf merkt wanneer de ademhaling 'verkeerd schiet.' Daarnaast hameren de coaches erop dat cliënten zelf de verantwoordelijkheid moeten nemen om dagelijks te oefenen.

De training wordt 1 keer per week 1 uur per keer gegeven. Cliënten krijgen de opdracht mee om iedere ochtend en iedere avond thuis verder te oefenen. Hierin zit een opbouw qua intensiteit tot en met de zevende week; daarna wordt weer langzaam afgebouwd. Duur oefeningen bij aanvang bedraagt ca. 2x 10 minuten per dag; dit loopt op tot ca. 2x 35 minuten en 1x 8 minuten per dag. De coach adviseert bij het einde van de training over de intensiteit waarin oefeningen zelf

moeten worden onderhouden; dit verschilt per persoon. De gemiddelde doorlooptijd van de interventie bedraagt 12 weken.

Participatiedoel:

Met werkgever	Preventie van verzuim	X
	Terugkeer na verzuim	X
Zonder werkgever	Eerste keer werken	X (incidenteel)
	Opnieuw een baan	X

Effect op arbeidsparticipatie: Van een groep van 65 klanten met een uitkering van UWV zijn de resultaten nauw in kaart gebracht. Hieruit blijkt o.m. dat, hoewel de training niet direct gericht is op re-integratie (het betreft een voorschakeltraject) ca. 30% van de kandidaten na afloop van de training een baan heeft gevonden, nl. 16 van de 52 zonder baan (diverse typen uitkering), en dat bij 37 cliënten alle dagelijkse klachten (75%) verdwenen zijn (Interventies naar werk, 2010).

Oordeel APE over onderbouwing: De doelgroep, het doel van de interventie, de opzet en inhoud van de interventie zijn helder gedefinieerd en beschreven. Het is duidelijk op welk probleem de interventie ingrijpt, exclusiecriteria worden gegeven en essentiële elementen uit de aanpak worden expliciet gemaakt. Daarbij is de aanpak gebaseerd op een duidelijk veranderingsmodel, en is er een handleiding voor uitvoerders beschikbaar.

Minder duidelijk is de kern van het probleem wat betreft de relatie tot arbeidsparticipatie en hoe stressoren ontstaan en een niet functionele ademhaling veroorzaken welke weer psychische klachten kunnen veroorzaken.

Oordeel APE over effect interventie op arbeidsparticipatie: Er is in het onderzoek geen positief overtuigend effect van de interventie gevonden. Ook omdat er nog geen (wetenschappelijk) onderzoek naar het effect van de interventie op arbeidsparticipatie is gedaan.

Bronnen:

Interventies naar werk (2010) *ReventaCare Ademhalingstraining*.

Instructie voor trainers WorkFit Trainingen Ademhalingstraining.

Zelfmanagement voor studenten met ASS

Doelgroep: De interventie richt zich op studenten (m/v) met de diagnose Autisme Spectrumstoornis die studeren aan MBO, HBO of Universiteit. De student dient bereid zijn om stil te staan bij de eigen beperkingen en bereid zijn en tijd hebben zich te verdiepen in de cursus en het huiswerk. De zelfmanagementtraining richt zich niet op cliënten die al een baan hebben, maar op studenten die zich voorbereiden op het betreden van de arbeidsmarkt, bijvoorbeeld door middel van een stage of bijbaan. Het is niet de bedoeling dat de zelfmanagementtraining andere behandelingen in de weg staat, dus als het niet samengaat wordt de student voor deze interventie uitgesloten.

Probleem: Steeds meer jongeren met ASS studeren in het hoger onderwijs (Taylor, 2005; Wiggers, 2004). Uit recente cijfers blijkt dat in het hoger onderwijs 11 tot 14% van de studenten 1 of meer chronische aandoeningen of functiestoornissen heeft en dat 7% van de HBO-studenten hierdoor studievertraging of studieuitval ondervindt. Jongeren met ASS hebben meer kans op uitval, (soms) minder grote kansen op stages en werkplekken en (soms) minder kans om goed te kunnen functioneren op de arbeidsmarkt. De interventie is bedoeld voor studenten die door hun ASS tegen problemen aanlopen en het lastig vinden om de omgeving te betrekken bij het zoeken naar oplossingen.

Oorzaak: Jongeren met autisme kunnen door hun beperking tegen problemen op het gebied van studie en werk aanlopen. Dit komt (onder meer) omdat:

- de afwijkende informatieverwerking problemen geeft in de communicatie;
- mensen met ASS vaak op details focussen, waardoor zij moeite hebben het geheel te overzien;
- combineren van taken en omgaan met veranderingen vaak een probleem is;
- mensen met ASS vaak overgevoelig zijn voor zintuiglijke prikkels;
- mensen met ASS meer dan gemiddeld behoefte hebben aan structuur en duidelijkheid.

Hierdoor kosten de meeste bezigheden (ook heel eenvoudige) veel moeite, zodat er snel vermoeidheid of stress kan ontstaan. Daarnaast ontwikkelen (jong)volwassenen met ASS en een normale tot hoge begaafdheid vaak allerlei overlevingstactieken (zoals focus, conflictvermijding), die voor buitenstanders niet altijd functioneel lijken.

Aangrijpingspunten: Omdat dus steeds meer jongeren met een vorm van autisme doorstromen van het voortgezet onderwijs naar het middelbaar- en hoger be-

roepsonderwijs en uiteindelijk naar het werkveld, is het belangrijk dat hier in een vroeg stadium aandacht aan wordt besteed door bijvoorbeeld de studenten met autisme vaardigheden te laten ontwikkelen en adequaat te begeleiden. Binnen onderwijsinstellingen blijken niet genoeg handvatten te zijn om het probleem bij jongeren tijdig te signaleren en adequaat te begeleiden. Hierop is de cursus 'zelfmanagement voor studenten met ASS' ontwikkeld. Een belangrijk onderdeel hiervan is het aanleren van vaardigheden die belangrijk zijn om succesvol stage te kunnen gaan lopen. Dit bevordert de doorstroming naar de beroepspraktijk.

Activiteit: De zelfmanagementtraining wordt gegeven door een docent, coach of studieloopbaanbegeleider van de onderwijsinstelling. Deze heeft een uitgebreide handleiding tot zijn beschikking. Het traject duurt 8 weken en ziet er als volgt uit:

- De training start met een intakegesprek. Hier worden verwachtingen op elkaar afgestemd.
- Tijdens de training wordt veel gepraat (in groepjes van 6-8 personen), nagedacht en ingevuld. Het is dus geen doe-training, maar een training waarin wordt gereflecteerd en plannen worden gemaakt. De uitvoering gebeurt tijdens het gewone leven in de rest van de week.
- De PDCA-cyclus (Plan Do Check Act) wordt gevolgd. Alles wat in de training gebeurt, hoort tot deze cyclus. Zo wordt de samenhang tussen de verschillende onderdelen aangegeven.
- Iedere week worden twee thema's behandeld waarvan 1 nieuwe en 1 herhaalde. Een sessie duurt 2,5 uur.
- Iedere student heeft een 'maatje'. Hiermee wordt elke week afgesproken om de inhoud van de training, het huiswerk en eventuele vragen te bespreken.
- Na afloop van de training is er een eindgesprek. Dit duidelijke eindpunt is belangrijk voor de student met ASS. Daarna zijn de trainer en maatje niet meer beschikbaar, maar kan de student bij de studieloopbaanbegeleider of mentor terecht.

De werkzame elementen in deze aanpak zijn:

- De cliënten krijgen bepaalde vaardigheden aangeleerd waar zij tijdens hun studie en stage profijt van (kunnen) hebben.
- Er wordt veel aandacht besteed aan de studenten die stage gaan lopen, dit blijkt vaak een knelpunt tijdens de studie voor mensen met ASS.
- Stap voor stap begeleiding, zodat de student leert hoe zich op te stellen bij een werkgever.
- Hele praktische benadering: wat voor kleding moet je aan? als je jarig bent trakteer je op taart, etc.

Participatiedoel: de interventie is bedoeld om studenten te begeleiden in hun eerste stappen op de arbeidsmarkt.

Met werkgever	Preventie van verzuim	
	Terugkeer na verzuim	
Zonder werkgever	Eerste keer werken	X
	Opnieuw een baan	

Effect op arbeidsparticipatie: Er heeft een procesevaluatie en effectevaluatie plaatsgevonden van een pilot met 16 deelnemers. Het effect dat is gemeten heeft betrekking op de executieve functies (gedragsregulatie en metacognitie) en attitude en eigen effectiviteit. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen effecten op de korte en lange termijn. Verder zijn de verschillen tussen MBO- en HBO-deelnemers gemeten.

De conclusie van het onderzoek is dat er geen statistisch significante effecten zijn gevonden op de korte noch lange termijn (HAN, 2013, p.19). Wel kwam uit de interviews naar voren dat nuttige onderdelen waren: samenwerken en communiceren, plannen en organiseren, solliciteren, herkenning van je probleem en de praktische onderwerpen (HAN, 2013, p.21). Ook het opstellen van actieplannen werd als concreet, duidelijk en handig gezien. Het maken van de competentieanalyse werkte ook goed en zette de deelnemer aan het denken. Door de training is bij veel studenten stress en frustratie verminderd (HAN, 2013, p.22). Dit resultaat is met name merkbaar op de lange termijn. De cliënten hebben aangegeven veel geleerd te hebben van de training en deze hebben beoordeeld met gemiddeld een 7,8 (HAN, 2013, p.21).

Oordeel APE over onderbouwing: De interventie scoort goed op de onderbouwing. De doelgroep is helder beschreven, in- en exclusiecriteria worden benoemd. Het doel, de opzet en de inhoud worden zeer helder uiteengezet in de handleiding (aanwezig voor studenten en trainers). Tevens is helder op welk probleem de interventie aangrijpt en wat de werkzame elementen zijn. Ook theoretisch is de zelfmanagementtraining voldoende onderbouwd. Alhoewel de training is gericht op verbeteringen in het voorstadium van betreding van de arbeidsmarkt (studeren/ stagelopen), is het aannemelijk dat dit op termijn invloed heeft op de arbeidsparticipatie.

Oordeel APE over effect interventie op arbeidsparticipatie: Aangezien de effectmeting is gebaseerd op een erg kleine pilot (16 deelnemers waarvan ook nog van 3 deelnemers niet alle metingen werden ontvangen), valt over het effect van de training niets te zeggen.

Bronnen

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2013, Eindrapport Project
'Zelfmanagement voor studenten met ASS'

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2013, Zelfmanagement voor studenten
met ASS 'Handleiding Trainers'

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2013, Zelfmanagement voor studenten
met ASS 'Handleiding Studenten''

Focus op Werk

Doelgroep: Mensen met Autisme Spectrum Stoornis (ASS) die betaald werk hebben, maar door hun stoornis een beperking ondervinden in hun functioneren op het werk, en hierdoor verzuimen of dreigen te verzuimen.

Contra-indicaties zijn bij ons niet bekend. Wel moet er bij de cliënt motivatie zijn om te werken. Een werkplek en medewerking van leidinggevende/werkgever zijn vereist.

Probleem: Mensen met een Autisme Spectrum Stoornis komen moeilijk aan regulier werk en/of vinden het moeilijk de eenmaal verworven baan te behouden, zij hebben vaker te maken met ziekteverzuim en definitieve uitval.

Oorzaak: Werknemers met autisme ervaren meer dan hun collega's zonder autisme problemen met plannen en organiseren van de eigen werkzaamheden, het stellen van prioriteiten en communicatie met externen. Verder zijn ze vaak erg gevoelig voor beweging, licht en geluid, zoals langslappende collega's of een printer. Door deze prikkelgevoeligheid zijn ze sneller afgeleid en kunnen ze minder geconcentreerd werken. Ook hebben werknemers met autisme meer last van veranderingen. Naast de beschreven belemmeringen die een werknemer met ASS kan ervaren zijn er factoren vanuit de werkgever en de maatschappij die er ook voor kunnen zorgen dat het voor mensen met ASS moeilijk is om werk te behouden. Er is onvoldoende zicht op de kwaliteiten en belemmeringen van mensen met ASS en de benodigde condities om goed te kunnen functioneren. Late onderkenning, gebrekkige samenwerking en onvoldoende kennisdeling versterken het probleem.

Aangrijpingspunten: Focus op werk grijpt uitval op werk/ langdurig verzuim aan, door intensief op en na het werk te begeleiden. Werknemers met autisme hebben behoefte aan overzicht, helderheid en duidelijke communicatie. D.m.v. werk-aanpassingen en begeleiding worden mensen met ASS geholpen.

Activiteit: De Focus op werk interventie bestaat uit 4 onderdelen:

- 1) Coaching op werk/ aanpassingen op werk, bestaande uit
 - a) intake, plan van aanpak;
 - b) gezamenlijke gesprekken met trajectbegeleider, werknemer, werkgever. Hier wordt door de trajectbegeleider een handleiding voor de werkgever opgesteld, afspraken gemaakt, en geëvalueerd.
 - c) in het begin vindt er werkelijks/ twee wekelijks contact plaats, daarna 1 keer per maand.
- 2) Ondersteuning van werknemer in de vorm van een multidisciplinair team:

- a) ondersteuning buiten het werk bij: wonen, vrijetijdsbesteding/werk, financiën, sociaal netwerk en gezondheid.
 - b) Psycho-educatie.
 - c) Individuele psychologische ondersteuning.
- 3) Samenwerking tussen trajectbegeleider, werkgever, werknemer, verschillende hulpverleners (ook van buiten: bedrijfsarts; arbeidsbegeleider; behandelaar; UWV). Dit team heeft 2 keer per week een overleg en 2 keer per week behandelplanbespreking. Alle vorderingen worden bijgehouden in het Client volg systeem.
- 4) Kennis en leerplatform: Het kennis- en leerplatform bestaat uit werknemers die deelnemen aan Focus op Werk, twee ervaringsdeskundigen, trajectbegeleiders en de programmamanagers. Het platform is opgezet om ervaringen en opgedane kennis met gelijkgezinden te delen. Dit is 2 uur per keer, 1 keer per maand.

Kernactiviteit is het uitvoeren van begeleiding middels (onderdelen uit) het model IPS (in onderzoek bewezen effectief bevonden), geïntegreerd met behandelinterventies op het gebied van ASS en waar nodig begeleiding gericht op overige levensgebieden

Het project liep 2 jaar. Maar de individuele doorlooptijd van de interventie is zeer wisselend omdat een kenmerk van de interventie maatwerk is.

Participatiedoel: Hoofddoel van het project is het bevorderen van behoud van werk c.q. het verlagen van de kans op uitval in werksituaties van werknemers met een stoornis in het autisme spectrum.

Met werkgever	Preventie van verzuim	x
	Terugkeer na verzuim	x
Zonder werkgever	Eerste keer werken	
	Opnieuw een baan	

Effect op arbeidsparticipatie: Van de 20 cliënten in het project hebben er na afloop nog 19 een baan. 15 deelnemers hebben hun eigen werk behouden, waarvan 1 deelnemer overweegt zelf ontslag te nemen. 1 deelnemer heeft ander werk binnen het eigen bedrijf gekregen. 2 deelnemers zitten in goed overleg met de werkgever in een re-integratietraject gericht op het vinden van passend werk elders. 1 deelnemer heeft ontslag gekregen vanwege faillissement van het bedrijf. 1 deelnemer heeft momenteel nog een contract; verwachting is terugkeer in de WAO.

5 werkgevers geven aan dat de werknemer beter is gaan presteren. 1 werkgever ziet geen verbetering. 2 werknemers denken dat ze vanwege Focus op Werk hun baan nog hebben. 1 Werkgever heeft twijfels over of de werknemer nog wel bij

de organisatie kan blijven. Volgens veel geïnterviewde verlaagt Focus op Werk de kans op uitval. Geen van de werknemers van Focus op Werk is ten tijde van het interview (nog) langdurig ziek. Kortdurend ziekteverzuim is waarschijnlijk hetzelfde gebleven ondanks het project.

Oordeel APE over onderbouwing: De interventie eigenaar (GGzE) stelt dat de interventie Focus op Werk stoelt op theoretische onderdelen van de IPS-interventie en behandelinterventies op het gebied van ASS. De onderbouwing is duidelijk. De doelgroep waarop de interventie zich richt is helder beschreven, het doel van de interventie is duidelijk omschreven, de opzet en de inhoud van de activiteiten is bekend, er is een handleiding voor uitvoerders beschikbaar, de werkzame elementen worden expliciet vermeld, het probleem is duidelijk gedefinieerd en het is duidelijk op welke aspecten van het probleem de interventie zich richt. Ook is de kern van het probleem met als resultaat verminderd arbeidsfunctioneren duidelijk beschreven.

Oordeel APE over effect interventie op arbeidsparticipatie: Er is onderzoek gedaan naar het project waaruit een positief effect van de interventie op arbeidsparticipatie blijkt. In dit onderzoek is de beoogde doelgroep bereikt, en is de interventie uitgevoerd zoals deze bedoeld was. Echter heeft dit onderzoek slechts betrekking op 20 mensen en is er geen gebruik gemaakt van een controlegroep. Het effect van de interventie is daarmee moeilijk te beoordelen en niet overtuigend bewezen effectief te noemen.

Mentale Participatie Coaching

Doelgroep: Deze interventie richt zich op mensen met psychische klachten. Voor deze interventie is het van belang dat deelnemers kunnen werken (inclusie criterium). Intrinsieke motivatie om te werken bij deze doelgroep als gevolg van de klachten is niet vanzelfsprekend. Motivatie om te werken draagt bij aan het succes van de interventie. De interventie leert mensen daarom ook om motivatie te ontwikkelen en te behouden.

In principe is deze interventie gericht op mensen die werk hebben (of verzuimen). In de praktijk wordt de interventie ook ingezet bij mensen die geen werk hebben. Het hebben van een werkplek is geen voorwaarde, relevant is of mensen kunnen werken. Wanneer er wel een werkplek is, is medewerking van leidinggevende/werkgever en collega's vereist (zie activiteiten).

Probleem: Mensen met psychische klachten lopen een groter risico op uitval op het werk, langdurig verzuim en terugval na verzuim. Naast deze verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid hebben deze mensen ook meer kans om werkloos te worden en te blijven.

Oorzaak: Oorzaak van verzuim is een psychische stoornis en een hierdoor moeilijke of verstoorde relatie met het werk en/of collega's wat het functioneren op het werk kan verminderen.

Aangrijpingspunten: De interventie leert klanten met de beperking te werken en betreft het sociale netwerk op het werk nadrukkelijk om hier een rol bij te spelen. De coachingsaanpak heeft tot doel de duurzaamheid van de arbeidstoeleiding te verbeteren (voorkomen van terugval in de Ziektewet en verminderen van lang verzuim). Daarbij heeft de interventie ook tot doel om de werkvloer meer bekend te maken met hoe zij collega's met psychische klachten kunnen ondersteunen. De interventie grijpt niet zozeer de oorzaak van de psychische klachten of de beperking aan, maar leert de werknemer en collega's hier beter mee om te gaan.

Activiteit: Door coaching en activering wordt beoogd om de (duurzaamheid van de) re-integratie te verbeteren. Deelnemers wordt geleerd in de werksituatie om te gaan met de beperking. Hierdoor wordt uitval voorkomen of wordt de toeleiding naar werk effectiever.

Wanneer MPC wordt ingeschakeld zorgt de coach in samenwerking met de procesmanager (casemanager) voor een doelgericht **plan op maat**. Het plan heeft indien er sprake is van verzuim de werkhervatting als prioriteit. De **coaching** is vervolgens gericht op ondersteuning van de medewerker om (weer) balans te vinden en te houden en om motivatie voor werk te vergroten. De coaching is erop ge-

richt om de mentale beperking of psychische klacht **bespreekbaar** te maken bij leidinggevende en collega's opdat zij er met elkaar in getraind worden er samen mee om te kunnen gaan. Dit draagt er aan bij dat ze met elkaar tot oplossingen kunnen komen in tijden dat de betreffende medewerker meer last van de klachten heeft. MPC kent twee aandachtsgebieden: coaching van de klant en coaching van de context. De coach leert collega's als buddy te fungeren. Dialoog en samenwerking vormen de cruciale basis (Eindrapportage van het programma Gewoon Meedoen, 2011).

Er zijn twee soorten coachingstrajecten die starten wanneer de deelnemer start met (betaald) werken. Een gemiddeld traject dat een half jaar loopt en waarin er elke week een uur contact is tussen de coach en deelnemer, en een intensief traject dat 9 maanden duurt. Hierbij is er ook elke week een uur contact tussen de coach en deelnemer. Per deelnemer wordt bekeken op welk van de twee trajecten ingezet wordt.

De interventie wordt verzorgd door gespecialiseerde coaches die zijn ingeschreven in een kwaliteitsregister. Jaarlijkse bijscholing en aantoonbare ervaring is nodig voor herregistratie.

Participatiedoel:

Met werkgever	Preventie van verzuim	x
	Terugkeer na verzuim	x
Zonder werkgever	Eerste keer werken	(x)
	Opnieuw een baan	(x)

Effect op arbeidsparticipatie: Eind april 2010 is gestart met een pilot voor klanten van ZW-Arbo Rotterdam die te maken hadden met psychische klachten. De interventie is ingezet bij 28 mensen wanneer deze startten met (betaald) werk. Van deze 28 deelnemers zijn er 9 uitgevallen. De overige 19 deelnemers waren een jaar later in begeleiding en van hen zijn de volgende resultaten bekend (Evaluatie Pilot ZW-Arbo, 2011):

- 4 deelnemers zijn gestart met vrijwilligerswerk;
- 4 andere deelnemers hebben betaald werk;
- De overige 11 deelnemers zijn op weg naar resultaat.

Van alle deelnemers is het effect van de interventie gemeten in een stijging op de participatieladder:

- 8 deelnemers zijn 1 of 2 treden gestegen op de participatieladder;
- 7 deelnemers zijn 3 tot 5 treden gestegen op de participatieladder;
- 13 deelnemers zijn niet gestegen (hierin zitten ook de 9 uitvallers).

Deelnemers aan MPC coaching zijn vrijwel niet meer uitgevallen vanwege psychische klachten. Langdurig verzuim kwam niet meer voor. Ten aanzien van kort ver-

zuim was er geen verschil met andere collega's (toevoeging van interventie-eigenaar).

Oordeel APE over onderbouwing: Het doel van de interventie is duidelijk omschreven, de opzet en de inhoud van de activiteiten is bekend, er is een handleiding voor uitvoerders beschikbaar, de werkzame elementen worden expliciet vermeld, het probleem is duidelijk gedefinieerd en het is duidelijk op welke aspecten van het probleem de interventie zich richt.

De doelgroep is zeer breed gedefinieerd en er worden vrijwel geen exclusiecriteria gegeven. Ook is er (voor zover zichtbaar) weinig theoretische onderbouwing van de interventie.

Oordeel APE over effect interventie op arbeidsparticipatie: Het effect van de interventie op arbeidsparticipatie is onderzocht. Aan de hand van dit onderzoek kunnen wij niet concluderen dat het gevonden effect op arbeidsparticipatie overtuigend positief is. Hoewel de beoogde doelgroep is bereikt, en de interventie is uitgevoerd zoals deze bedoeld is, is het onderzoek te klein in opzet om op basis hiervan conclusie te trekken. Ook is er geen controle groep gebruikt.

Bronnen:

Zaal, E. (2011). Evaluatie pilot ZW-Arbo, verbonden aan het programma 'Gewoon meedoen'.

Gewoon Meedoen gaat niet vanzelf. Eindrapportage van het programma Gewoon Meedoen, maart 2011.

Werk een zorg minder! (WEZM!)

Doelgroep: De interventie richt zich op mensen met psychische of psychosociale multiproblematiek. De klachten hoeven niet direct aan werk gerelateerd of door werk ontstaan te zijn, het kunnen tevens problemen zijn op het gebied van gezin, geld en gezondheid. Het programma is ontwikkeld voor langdurig werklozen die geen re-integratietraject volgen en zijn vrijgesteld van sollicitatieplicht. De doelgroep is tussen de 16 en 65 jaar. Verder is de methode niet toegespitst op een specifiek geslacht of sector en ook speelt het aantal jaren werkervaring van de cliënt geen rol.

Probleem: Langdurig werklozen met multiproblematiek belanden vaak in het zogenaamde 'zorgcircuit'. Elke gemeente in Nederland heeft een dergelijke groep mensen in haar bestand (dit noemen ze het granieten bestand). Een groep waarvoor de gemeente nauwelijks aanbod voor handen heeft en die onbemiddelbaar geacht wordt. Door het pessimistische beeld dat men van deze groep heeft, krijgt beleid voor deze doelgroep geen prioriteit en zijn er weinig mogelijkheden voor activering.

Oorzaak: Vaak wordt voor langdurig werklozen met multiproblematiek het adagium 'eerst de zorgproblemen oplossen, dan pas nadenken over werk' gehanteerd. De bestaande trajecten duren te kort, trajectbegeleiders kunnen geen adequate ondersteuning bieden en de klant blijft in een zorgsituatie. Er is dus te weinig aanbod op het gebied van activering, waardoor deze mensen steeds verder van de arbeidsmarkt verwijderd raken.

Aangrijpingspunten: Het doel van de methode is het activeren van langdurig werklozen met multiproblematiek door werk in te zetten als middel voor een sluitende aanpak tussen werk en zorg. Het bezig zijn met werk in en vanuit een activeringscentrum staat centraal in de aanpak om de afstand van de cliënten tot de arbeidsmarkt te verkleinen en de zorgproblematiek aan te pakken. Om dit te bereiken wordt gedurende twee jaar een variëteit aan werkzaamheden aangeboden. Een externe trajectbegeleider regisseert en onderhoudt de contacten tussen de klantmanager van de gemeente, de werkbegeleider en de cliënt.

Activiteit: De methode WEZM! kent twee fasen:

Fase 1: De eerste fase draait om contact en motivatie. Het doel in deze fase is om deelnemers kennis te laten maken met activering en maatschappelijke participatie. De trajectbegeleider probeert contact en motivatie te bewerkstelligen door een relatie aan te gaan met de cliënt en diegene langzaam los leren komen van de thuissetting. Met behulp van de leefgebiedenmatrix (door middel van uitgebreide omschrijvingen van alle stadia in een leefgebied kan een analyse worden gemaakt

waar de deelnemer zich bevindt en aan welk probleem de aandacht naar uit moet gaan) en zorgconferenties wordt er een deelnemersanalyse gemaakt om probleemgebieden in kaart te brengen en het persoonlijk traject daarop af te stemmen. Vervolgens wordt de cliënt maatschappelijk nuttig werk aangeboden en wordt in deze werksetting verder verkend wat mogelijkheden en beperkingen zijn. Deze fase duurt maximaal zes maanden.

Fase 2: In de tweede fase wordt de cliënt volledig geactiveerd door participatie in de vorm van werk, het liefst lokaal. Zo wordt getracht de zorgproblematiek af te bouwen en het werken op te bouwen. De cliënt wordt op werkhouding en gedrag aangesproken en hierop begeleid. Dit wordt primair opgepakt door de trajectbegeleider die zal ondersteunen in het oplossen van problemen op verschillende leefgebieden. In deze fase worden het gedrag en de werkvaardigheden geanalyseerd door middel van de competentiescan. Aan de hand van deze uitkomsten wordt een ontwikkelingstraject opgesteld met als doel (regulier) werk en het in beweging houden van de cliënt waar nodig. Voor deze fase staat maximaal 2 jaar. De trajectbegeleider die wordt ingezet voor het begeleiden van de groep is een professional die over vaardigheden beschikt om klanten te activeren.

De werkzame elementen van de interventie zijn:

- Het contact maken met en motiveren van mensen .
- Zorg en werk op elkaar laten aansluiten door het in kaart brengen van belemmeringen op diverse leefgebieden van de cliënt en het persoonlijke traject daarop af te stellen.
- Het activeren van cliënten door het bieden van maatschappelijk nuttig werk op eigen tempo.
- Het werken aan ‘empowerment’ van mensen via groepsbijeenkomsten en daarmee de regie over eigen leven vergroten.
- Het bepalen van concrete werkdoelen door een analyse van werkvaardigheden.
- Het afbouwen van zorg door het opbouwen van werk voor mensen met afstand tot de arbeidsmarkt.

Pacticipatiedoel:

Met werkgever	Preventie van verzuim	
	Terugkeer na verzuim	
Zonder werkgever	Eerste keer werken	X
	Opnieuw een baan	X

Effect op arbeidsparticipatie: Er heeft een evaluatie met controlegroep plaatsgevonden, uitgevoerd door de projectcoördinator van WEMZ. Wel zijn er externen betrokken bij de onderzoeksopzet, onderzoeksinstrumenten en de verwerking daarvan.

Uit de deelnemersgroep is een ruime meerderheid op de een of andere manier geactiveerd. In de controlegroep bleek het merendeel nog steeds een WWB-uitkering te hebben zonder sollicitatieplicht. Dit kan als een indicatie worden gezien dat de methode effectief is (Methodebeschrijving WEZM).

Uit de evaluatie blijkt dat WEZM bijdraagt aan de kwaliteit van het leven van de doelgroep. De deelnemers krijgen regie over hun leven en leren omgaan met hun mogelijkheden (I-SZW , 2011, Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen).

APE heeft het rapport van de procesevaluatie niet in kunnen zien.

Oordeel APE over onderbouwing: De interventie scoort goed op de verschillende onderdelen met betrekking tot de beschrijving. Alleen wordt de methode theoretisch nauwelijks onderbouwd.

Oordeel APE over effect interventie op arbeidsparticipatie: Over de effectiviteit van de interventie kunnen we niets over zeggen omdat we het evaluatierapport niet tot onze beschikking hebben.

Bronnen:

- Movisie (2010) Methodebeschrijving Werk: een zorg minder!
- I-SZW (2011) Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen
- Interventies naar werk (2009) Beschrijving van de interventie.

Aanpassen functie en werkbelasting

Doelgroep: Aanpassingen in functie en werkbelasting wordt toegepast bij mensen met (beginnende) psychische problemen. Dit kunnen zeer uiteenlopende problemen zijn, maar de cliënt dient wel aan het werk te blijven. Verzuim (door ernstige psychische klachten of lichamelijke klachten) en verstandelijke beperkingen vormen de exclusiecriteria. Verder wordt geen onderscheid gemaakt in aandoening, leeftijd, geslacht of sector. Het is echter wel zo dat psychische problemen vaker voorkomen in de ene sector dan in de andere.

Probleem: Psychische klachten onder werknemers komen niet alleen veel voor, maar leiden ook vaak tot langdurig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Oorzaak: Bepaalde werkkenmerken kunnen voor mensen met psychische problemen een belemmering vormen voor werkhervatting. Dit zijn: gebrek aan regelmogelijkheden, het hebben van dienstrooster/ ploegendiensten, contacten met mensen, onvoldoende fysiek veiligheid/ veiligheidsgeschiktheid, specialistische functies, denkfuncties/ hoge cognitieve belasting, detachering, en leidinggevende functies (TNO, 2010, p.3).

Aangrijpingspunten: De interventie kan preventief worden ingezet of tijdens terugkeer na verzuim. Het tijdig hervatten van werkzaamheden, of het aanpassen van werkzaamheden, of het (tijdelijk) laten vallen van taken moeten ervoor zorgen dat werknemers controle kunnen behouden, waarmee (langdurige) uitval en ziekteverzuim mogelijk voorkomen kan worden. Uit onderzoek blijkt dat werkaanpassing vrijwel altijd noodzakelijk is bij psychische klachten, omdat psychische klachten gepaard gaan met belangrijke beperkingen zoals concentratieproblemen en emotionele labiliteit (TNO, 2010, p.4). Het is daarom belangrijk dat het werk aangepast wordt bij het opstarten van werkhervatting.

Activiteit: De vorm van de aanpassingen is afhankelijk van de functie van de werknemer en de belemmeringen die hij/zij daarin ervaart, maar ook de organisatie- en persoonskenmerken spelen hierin een rol. In de regel is het aanpassen van de functie beter toepasbaar voor hoger opgeleiden. De werkzaamheden voor lager geschoolden kennen vaak weinig variatie in taken en weinig zeggenschap/autonomie over de invulling van de werkzaamheden.

Als het niet mogelijk is om in de eigen functie minder uren te werken, minder taken te doen of de productienorm te verlagen dan dient er, volgens bedrijfsartsen, werk gecreëerd te worden voor de hervattende werknemer (TNO, 2010, p.29). De aanpassingen in uren of werkzaamheden moeten volgens bedrijfsartsen wel tijdelijk van aard zijn (TNO, 2010, p.30).

De cliënt wordt begeleid door de bedrijfsarts. Om preventief in te kunnen grijpen dient deze echter niet pas in beeld te komen als iemand reeds is uitgevallen. In het geval van een verzuimende werknemer zal bij het opstarten van werkhervatting de werkaanpassing worden gedaan. Dit wordt tevens uitgevoerd door de bedrijfsarts.

Essentiele elementen zijn:

- Laat de werknemer de controle behouden (en zorg dat hij blijft werken). Zo nodig preventieve werkaanpassingen om verzuim te voorkomen.

Participatiedoel:

Met werkgever	Preventie van verzuim	X
	Terugkeer na verzuim	X
Zonder werkgever	Eerste keer werken	
	Opnieuw een baan	

Effect op arbeidsparticipatie: Onderzoek heeft uitgewezen dat alleen het terugbrengen van het aantal te werken uren niet voldoende is om werkhervatting van mensen die zijn uitgevallen te bewerkstelligen. Het aanpassen van de werklast en verantwoordelijkheden zijn hiervoor ook noodzakelijk (Andersen, 2012, p.97). Voorbeelden van relevante aanpassingen zijn het aanpassen van de functie, het verbeteren van de communicatie, extra mankracht op de afdeling en het stoppen met nachtdiensten (Andersen, 2012, 98).

Ander onderzoek wijst uit dat zowel onder cliënten, werkgevers en bedrijfsartsen het aanpassen van de functie en werkbelasting als op-één-na belangrijkste voorwaarde voor RTW wordt gezien (De Vries, 2012, p.1021).

Een onderzoek naar de effectiviteit van werkgeversarrangementen laat zien dat 'de match tussen de werknemer en de taken/functie en de eventuele aanpassingen die zijn gedaan om deze zo optimaal mogelijk te maken' als meest van invloed op het duurzaam aan het werk blijven na een re-integratietraject (TNO, 2011, p.2). Deze bevinding is gestoeld op literatuuronderzoek. In praktijk bleek dat werkaanpassingen nauwelijks aan de orde zijn. De enige aanpassing die wordt gedaan is dat er rekening wordt gehouden met een lagere productiviteit (TNO, 2011, p.2). Deze bevinding is verkregen uit interviews met werkgevers.

Oordeel APE over onderbouwing: Deze interventie maakt eigenlijk onderdeel uit van de Richtlijn voor de bedrijfsartsen. Er is echter geen heldere beschrijving van de wijze waarop de interventie wordt ingezet (frequentie, intensiteit, doorlooptijd). Dit komt waarschijnlijk omdat het aanpassen van de functie en werkbelasting bij iedere werkgever een unieke situatie is. Het is verder wel zeer duidelijk waar de interventie zich op richt en wat de werkzame elementen zijn.

Oordeel APE over effect interventie op arbeidsparticipatie: We kunnen geen harde conclusies trekken over de effectiviteit van de interventie. De interventie komt vaak in theoretische? onderzoeken voor, maar er is nog nooit gemeten wat aanpassing X betekent voor het verzuim van cliënt X.

Bronnen:

TNO (2010) Werkhervatting bij psychische klachten: omgaan met belemmeringen in de werksituatie.

TNO (2011) Inzetten op begeleiding: de rol van werkgevers bij re-integratie.

Andersen et al (2012) Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders.

Abma et al (2013) Workers with health problems: three perspectives on functioning at work.

De Vries et al (2012) Return to work after sick leave due to depression; A conceptual analysis based on perspectives of patients, supervisors and occupational physicians.

RIVM (2013) Gezondheid en maatschappelijke participatie.

EigenZaak

Doelgroep: EigenZaak is er voor mensen met psychiatrische of psychosociale problematiek die een eigen bedrijf willen starten. Toekomstige ondernemers die:

- een goed idee hebben;
- enthousiast en creatief zijn;
- 18 jaar of ouder zijn;
- geen schulden hebben;
- klant van DaAr zijn of in behandeling bij GGNet;
- op dit moment geen betaald werk hebben of uitzicht daarop;

Cliënten die voldoen aan bovenstaande criteria kunnen de routecoach benaderen om een voortraject van project EigenZaak te gaan volgen. Belangrijk daarbij is dat mensen doordat ze in behandeling zijn, beschikken over een diagnose volgens de DSM V. Alle deelnemers zijn bij start/aanmelding in behandeling van een GGNet 2e lijns behandelaar en vallen daarmee onder de categorie ernstige psychische aandoeningen.

Probleem: 86% van de volwassenen met ernstige psychiatrische aandoeningen heeft geen regulier betaalde baan (Overweg & Michon, 2011). Deze groep doet relatief (veel) meer aanspraak op voorzieningen en uitkeringen, zoals de WW, de WWB of bijvoorbeeld de WIA, dan mensen zonder beperking. Regulier betaald werken is voor deze groep mensen soms moeilijk. EigenZaak richt zich op mensen met 2e lijns psychiatrische problematiek uiteenlopend van bipolaire stoornissen, psychosociale problematiek tot psychose gevoeligheid. Deze mensen zijn gediagnostiseerd volgens de DSM V (Van Cleef & Olde Loohuis, 2014).

Oorzaak: Deze groep mensen ervaart problemen in regulier betaald werk doordat hier specifieke eisen worden gesteld aan werktempo, aanwezigheid, continuïteit, etc, waaraan zij niet altijd kunnen voldoen. Hierdoor zijn ze niet in staat om goed te functioneren op de arbeidsmarkt en kunnen ze vaak niet een (volledig) eigen inkomen genereren (Van Cleef & Olde Loohuis, 2014, p. 13).

Aangrijpingspunten: De interventie grijpt het probleem van geen betaald werk hebben aan door mensen een eigen onderneming op te laten starten die op termijn rendabel is, c.q. een duurzaam eigen inkomen genereert.

Activiteit: Het doel van EigenZaak is om mensen te laten participeren in de maatschappij, minder gebruik te laten maken van activiteiten uit de dagbesteding en (deels) zelfstandig te laten voorzien in inkomen. De interventie is erop gericht mensen de kans bieden om voor zichzelf te beginnen. Begeleiding (o.a. van mede-ondernemers) kan de deelnemers hierin op weg helpen. Daarnaast biedt het pro-

ject deelnemers financieringsmogelijkheden die het mogelijk maken een eigen zaak te starten.

De interventie kent een voortraject van 3 tot 6 maanden waarin de deelnemer wordt klaargestoomd voor het ondernemerschap. Hier wordt door experts naar de (ondernemers)kwaliteit van de deelnemer gekeken en wordt door de deelnemer de eerste voorbereidingen getroffen voor het opzetten van de eigen onderneming. Dit traject wordt gevolgd door een implementatiefase van 3 tot 6 maanden. Hier wordt toegewerkt naar de oprichting van de eigen onderneming. In deze fase kunnen deelnemers in aanmerking komen voor een startkrediet van € 5.000,-. Hierna volgt de evaluatiefase waarin gestreefd wordt naar duurzaam ondernemerschap door trainingen te volgen, ondersteuning door de routecoach en het regelmatig bezoeken van ondernemersdagen. In het eerste jaar vindt er na 3, 6 en 12 maanden een evaluatie plaats met de Startkredietcommissie. De evaluatiefase loopt tot het startkrediet is afgelost.

De Ondernemerscoach is betrokken bij het traject om de startende ondernemer te begeleiden in zijn transformatie van psychiatrisch cliënt naar ondernemer. De Ondernemerscoach is degene die ondersteunt bij bijvoorbeeld het maken van een ondernemersplan, netwerken, marketing enzovoorts.

De interventie loopt samen met behandeling (niet gespecificeerd) voor de psychische aandoening. Daarnaast worden de deelnemers begeleid door een re-integratie coach van DaAr volgens een activiteitenplan (deze is gekoppeld aan het behandelplan van de behandelaar).

Participatiedoel:

Met werkgever	Preventie van verzuim	
	Terugkeer na verzuim	
Zonder werkgever	Eerste keer werken	x
	Opnieuw een baan	x

➔ een baan in de vorm van een eigen onderneming.

Effect op arbeidsparticipatie: Uit een evaluatie bestaande uit een voor-en name-ting zijn enkele resultaten bekend. Bij 9 van de 17 deelnemers die met dit project zijn gestart in 2011 (looptijd tot 2013) is de uitkering (UWV of WWB) na 6,5 maand stopgezet omdat zij eigen inkomsten genereerden (53%). Bij 5 deelnemers is de uitkering na 6,5 maand verlaagd, doordat er een gedeeltelijk eigen inkomen werd gegenereerd (29%). 3 deelnemers behielden gedurende de gehele looptijd van het project (2 jaar) een volledige WWB-uitkering, doordat hun zaak geen eigen inkomen genereerde (18%).

Oordeel APE over onderbouwing: Het doel van de interventie is duidelijk omschreven, de opzet en de inhoud van de activiteiten is bekend, het probleem is

duidelijk gedefinieerd en het is duidelijk op welke aspecten van het probleem de interventie zicht richt. Ook is de doelgroep helder beschreven en afgebakend. Minder duidelijk is wat de werkzame elementen uit de interventie zijn, en waar deze op gebaseerd zijn.

Oordeel APE over effect interventie op arbeidsparticipatie:

Er is middels een maatschappelijke rendementsanalyse gekeken naar het effect van de interventie op arbeidsparticipatie. Hieruit blijkt een positief effect. Echter, wij kunnen hier geen conclusies aan verbinden omdat het onderzoek een te klein aantal mensen betreft en er geen gebruik gemaakt is van een controlegroep.

Bronnen:

Van Cleef, M. & Olde Loohuis, J. (2014). Rapportage EigenZaak. Het maatschappelijk rendement van 'EigenZaak'. Pimbaa, Onderzoek & Advies.

Overweg, K. & Michon, H. (2011). Factsheet panel psychisch gezien. Utrecht, Trimbosinstituut.

Winnock

Doelgroep: De interventie is bedoeld voor mensen met psychische klachten of psychische klachten in combinatie met lichamelijke klachten. Het gaat met name om nekklachten, rugklachten, bekkenklachten, fibromyalgie, schouder, arm, pols en handklachten, (chronische) vermoeidheid, moeheid na behandeling voor kanker, suikerziekte e.d., psychische klachten en burn-out. De doelgroep is in het bezit van een baan en wil zelf graag (weer) participeren, primair in eigen werk en functie. Verder is de methode van Winnock niet toegespitst op een specifieke leeftijdscategorie, geslacht of sector en ook speelt het aantal jaren werkervaring van de cliënt geen rol.

Probleem: Psychische klachten (en lichamelijke klachten) staan vaak met elkaar in verbinding. Cliënten kunnen hun klachten zeer verschillend beleven. De klachtbeleving zorgt er uiteindelijk voor of een cliënt wel of niet participeert.

Oorzaak: Psychische en/of lichamelijke klachten worden vaak door meerdere factoren bepaald. De omgeving bepaalt het voortduren van de klachten. Door medicalisering van de klachten wordt het proces nog verder versterkt. Cliënten kunnen door klachten het vertrouwen in het eigen lichaam verliezen. Functioneren en maatschappelijke participatie kan worden beperkt als gevolg van het omgaan met deze klachten en de klachtbeleving van de cliënt.

Aangrijpingspunten: Het Winnock programma maakt de cliënt bewust van de factoren die een rol spelen in het ontstaan, het in stand houden en het voortduren van de klachten. De aanpak bestaat uit (cognitieve gedrags-) therapie en bewegingstherapie. Door middel van gedragsverandering (het leren omgaan met de klachten) wordt getracht inadequaat ziektegedrag (vermijden, aanpassen en over/onder belasten) om te zetten in adequaat herstelgedrag (het nemen van stappen, het komen tot een gezonde en flexibele stresscoping, herstel van de belastbaarheid zowel fysiek, emotioneel en mentaal en het versterken van de persoonlijke effectiviteit).

Activiteit:

- Het traject start met een dagdeel multidisciplinaire intake en een diagnose waarin de duur en intensiteit van het behandelprogramma wordt vastgesteld.
- Voorbereidende fase van 1 dagdeel: kennismaking met de groep en informatie over de interventie.
- Intensieve fase (duur: 1,2 of 3 weken waarbij men dagelijks in training is van 9.00-16.00). Intensieve en persoonlijk afgestemde begeleiding waarbij tijdens deze fase het werkhervattingsplan wordt gemaakt.

- Werkhervattingsfase (duur: 3 dagdelen verdeeld over 3 weken aansluitend op de intensieve fase). Stapsgewijze werkhervatting waarbij de cliënt tijdens deze bijeenkomsten terugkomt om de ervaringen te bespreken.
 - Maatwerk consulten indien nodig gedurende het hele traject.
 - Nazorgfase (duur tot 1 jaar na de intensieve fase). Terugkomsessies 6 weken, 10 weken, 4 maanden en 1 jaar na eind van de intensieve fase en zo nodig individuele gesprekken ter ondersteuning.
- Het traject wordt begeleid door vier specialisten: medisch specialist, bewegingsdeskundige, psycholoog, re-integratiedeskundige.

Pacticipatiedoel: Preventie van langdurig verzuim en terugkeer na verzuim. Duurzaam herstel van functioneren/participeren en preventie van hernieuwde uitval/disfunctioneren. Het vergroten van de zelfredzaamheid en de zelfstandigheid en het stimuleren van het nemen van eigen verantwoordelijkheid van en door de cliënt.

Met werkgever	Preventie van verzuim	X
	Terugkeer na verzuim	x
Zonder werkgever	Eerste keer werken	
	Opnieuw een baan	

Effect op arbeidsparticipatie:

Er is onderzoek gedaan naar de effecten van twee (varianten van) Winnock-interventies. De interventies zijn gemeten met een voor- en een nameting, en die zijn vergeleken met interventies van andere aanbieders voor dezelfde doelgroep. In dat onderzoek wordt op de schaal van 'fysiek functioneren', 'rolbeperkingen vanwege fysiek probleem', 'vitaliteit', 'rolbeperkingen vanwege emotioneel probleem' en 'mentale gezondheid' een significante vooruitgang gemeten bij de deelnemers aan beide Winnock interventies (Coronel Instituut & AMC, 2008, p.41). Op de schaal 'sociaal functioneren' wordt geen significante vooruitgang gemeten. Voorts verbetert de gemiddelde score van deelnemers op de CIS (Checklist Individuele Spankracht) significant.

- De mate van vermoeidheid, werk gerelateerde vermoeidheid en de ervaren functionele beperkingen (met uitzondering van sociaal functioneren) verminderen gemiddeld over alle vier de meetmomenten. De mate van vermoeidheid daalt significant na afloop van het begeleidingsprogramma, drie maanden en zes maanden na afloop van de begeleiding (Coronel Instituut & AMC, 2008, p.41).
- Het verzuimpercentage daalt significant van 69% op het eerste meetmoment naar 12% ten tijde van t3 (Coronel Instituut & AMC, 2008, p.8).
- Bij het verschil in effect tussen het reguliere Winnock programma (cognitieve gedragsmatige training bij psychische indicatie) en het experimentele programma (cognitieve gedragsmatige training met extra fysieke training bij psychische indi-

catie) zijn de resultaten minder eenduidig. Wat betreft de mate van vermoeidheid, werkvermogen en verzuimpercentage wordt op t1 en t3 een groot effect waargenomen na zowel het reguliere als het experimentele programma van Winnock (Coronel Instituut & AMC, 2008, Evaluatie van Arbobeleidingsprogramma's voor mensen met aanhoudende vermoeidheidsklachten, p.66).

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van SZW door het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid en het AMC. De bewegingsdeskundige van Winnock (Wittevrongel) heeft tevens over deze onderzoeksresultaten gerapporteerd.

Oordeel APE over onderbouwing: De interventie van Winnock scoort goed op een aantal elementen in de onderbouwing. Zo is het doel, de opzet, de werkzame elementen en het probleem waar de interventie zich op richt duidelijk beschreven en goed onderbouwd. Een duidelijke afbakening van de doelgroep, en de inhoud (concrete acties) en essentiële elementen zijn niet theoretisch onderbouwd. Tevens is er geen handleiding van de werkwijze openbaar.

Oordeel APE over effect interventie op arbeidsparticipatie: Het effect op arbeidsparticipatie is positief, maar nog onzeker of dit effect aan het programma is te danken. Een echte controlegroep (die geen interventie kreeg) ontbreekt in het belangrijkste effectonderzoek, waardoor onzeker is of het positieve effect op arbeidsparticipatie (volledig) aan de interventie toe is te schrijven.

Bronnen:

Coronel Instituut & AMC (2008) Evaluatie van Arbobeleidingsprogramma's voor mensen met aanhoudende vermoeidheidsklachten.

Bipolair en Werk

Doelgroep: Deze interventie richt zich op mensen met een bipolaire stoornis met een betaalde of onbetaalde baan die willen re-integreren of in hun werk goed blijven functioneren. Deelnemers willen leren evenwichtig te functioneren op hun werk, behoeven ondersteuning bij het hervatten van werk of voorkomen van uitval, of willen graag meer controle krijgen over hun eigen functioneren op het werk. Daarbij kunnen zij de vraag hebben of betaald werk voor hen nog wel een optie is.

Een werkplek is niet vereist maar wel gewenst. Medewerking van een werkgever is niet nodig. Motivatie om te werken is wel een vereiste om deel te nemen aan deze interventie.

Probleem: 1,3 % van de Nederlandse bevolking ontwikkelt een bipolaire stoornis. In 2014 hebben 88.400 mensen een diagnose bipolaire stoornis (<http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/bipolaire-stoornis/feiten-en-cijfers>). Een bipolaire stoornis kan zowel het functioneren op het werk, als het psychisch functioneren van mensen verminderen, en op die manier zowel het verkrijgen als behouden (duurzaamheid) van werk mede met andere factoren belemmeren. Een bipolaire stoornis verschilt in ernst. Er zijn mensen met een bipolaire stoornis, die fulltime werken en prima functioneren (ruim 50% van de mensen met bipolaire stoornis werkt). Er zijn ook mensen, die niet in staat zijn aan het normale arbeidsproces deel te nemen.

Oorzaak: Personen met een bipolaire stoornis hebben te maken met stemmingswisselingen waarbij episodes van depressie en manie elkaar afwisselen. Het betreft een chronische ziekte waar men niet van kan genezen. Medicatie kan de stemmingswisselingen wel verminderen. Veel mensen met een bipolaire stoornis hebben moeite met het krijgen en vasthouden van betaald werk, dan wel het behouden van balans in het werk. Dit heeft te maken met de ziekte zelf, de invloed van medicatie en het effect van beide op het handelen. Daarnaast kunnen zaken als onregelmatige werktijden, te hoge werklast, of weinig sociale steun bijdragen aan het feit dat mensen uitvallen of veel moeite hebben weer te re-integreren in werk.

Aangrijpingspunten: De interventie grijpt aan op de invloed van de bipolaire stoornis op het functioneren op het (on)betaalde werk en op behoud van werk (duurzaamheid). De interventie is een onderdeel van een zorgprogramma bipolaire stoornissen in de GGZ. Interventie grijpt aan op duidelijk krijgen hoe balans op werk, en werk-privé er het best uit kan zien. Gaat in op werkdruk/ werktijden en regelzaken. Interventie zet in op versterken zelfmanagement naar werk toe. Interventie zet in op actieve uitwisseling met andere deelnemers met bipolaire

stoornissen welke strategieën bijdragen om te kunnen functioneren en blijven functioneren.

Activiteit: De module in zijn huidige vorm bestaat uit een intakefase met individuele gesprekken, een groepsfase van 12 bijeenkomsten en 4 individuele coachings- en evaluatiegesprekken. Tijdens de intakefase wordt de arbeidsanamnese afgenomen om een uitgebreid beeld te krijgen van iemand zijn scholings- en arbeidsverleden. De coachings- en evaluatiegesprekken tijdens de module zijn bedoeld om met de cliënt dieper op diens werksituatie in te gaan en concrete afspraken te maken. Ook is er waar nodig overleg met een bedrijfsarts/Arbo arts/arbeidsdeskundige/werkgever om het re-integratieplan af te stemmen. De groepsbijeenkomsten zijn eenmaal per week en duren twee uur inclusief een pauze, en vinden plaats onder begeleiding van twee ergotherapeuten. De sessies zijn gestructureerd opgebouwd: er wordt aandacht besteed aan de individuele doelen van deelnemers en er is ruimte voor een wisselend gespreksthema in het kader van werk. Deelnemers ontvangen een handboek met theorie en huiswerkopdrachten. De module start eenmaal per jaar met gemiddeld 10 tot 12 deelnemers. Vanaf het begin van de module wordt aandacht besteed hoe deelnemers de regie in eigen hand kunnen krijgen en houden.

Participatiedoel:

Met werkgever	Preventie van verzuim	X
	Terugkeer na verzuim	X
Zonder werkgever	Eerste keer werken	(x)
	Opnieuw een baan	(x)

Effect op arbeidsparticipatie:

De uitvoerder van de interventie heeft de resultaten van deelnemers aan de interventie de afgelopen jaren bijgehouden:

- 2010: 6 deelnemers, 4 in een baan gere-integreerd (67%).
- 2011: 9 deelnemers, 2 in baan gere-integreerd of zijn beter gaan functioneren op hun werk, 6 hebben ander (on)betaald werk gevonden (22%).
- 2012: 7 deelnemers, 2 in baan gere-integreerd of zijn beter gaan functioneren op hun werk, 4 hebben ander (on)betaald werk gevonden (29%).
- 2013: 10 deelnemers, 3 in baan gere-integreerd of zijn beter gaan functioneren op hun werk, 5 hebben ander (on)betaald werk gevonden (30%).

- 2014: 9 deelnemers, 2 in baan gere-integreerd of zijn beter gaan functioneren op hun werk, 4 hebben ander (on)betaald werk gevonden (22%).

Rapportcijfer van cliënten voor de interventie: gemiddeld 7,6 over 5 jaar.

Oordeel APE over onderbouwing: De interventie stoelt theoretisch op onderdelen uit de ergotherapeutische interventie voor mensen met een depressie. De onderbouwing is duidelijk. De doelgroep waarop de interventie zich richt is helder beschreven, het doel van de interventie is duidelijk omschreven, de opzet en de inhoud van de activiteiten is bekend, er is een handleiding voor uitvoerders beschikbaar, het probleem is duidelijk gedefinieerd en het is duidelijk op welke aspecten van het probleem de interventie zich richt. Ook is de kern van het probleem met als resultaat verminderd arbeidsfunctioneren duidelijk beschreven. Wat minder duidelijk is, is wat de werkzame elementen van de interventie zijn.

Oordeel APE over effect interventie op arbeidsparticipatie: Op basis van de hierboven vermelde slagingspercentages en het klanttevredenheidsonderzoek kunnen geen conclusies worden getrokken over de effectiviteit van deze interventie, onder meer omdat er niet is bijgehouden hoe snel de deelnemers re-integreerden of ander werk vonden en omdat dit resultaat niet vergeleken is met een controlegroep. Voor de deelnemers die beter zijn gaan functioneren hebben we niet kunnen beoordelen hoe dit functioneren is gemeten en ook hier is niet vergeleken met een controlegroep.

Bewustwording prikkelverwerking

Doelgroep: De doelgroep van de methode bewustwording prikkelverwerking zijn mensen met de diagnose Autisme Spectrum Stoornis (ASS). De interventie richt zich op mensen met ASS die door overprikkeling problemen ondervinden in het dagelijks functioneren (werk/privé) en/of bewuster met prikkels willen leren omgaan. De cliënten dienen 18 jaar of ouder te zijn en een IQ van boven de 80 te hebben. Verder is de methode niet toegespitst op een specifiek geslacht of sector en ook speelt het aantal jaren werkervaring van de cliënt geen rol.

Probleem: De laatste jaren neemt het aantal mensen met een Autisme Spectrum Stoornis toe. ASS is een levenslang durende ontwikkelingsstoornis, gedefinieerd door de volgende diagnostische criteria: tekorten in de sociale communicatie en sociale interactie en beperkte, zich herhalende patronen van gedrag, belangstelling of activiteiten. De functionele beperkingen van mensen met ASS kunnen variëren en kunnen na verloop van tijd afnemen of juist toenemen. Mensen met ASS kunnen last hebben van prikkelverwerkingsproblemen. Er is steeds meer wetenschappelijke onderbouwing voor de negatieve invloed van prikkelverwerkingsproblemen op kwaliteit van leven in de zin van gezondheidsproblemen en problemen met participatie.

Oorzaak: Volgens de meest recente wetenschappelijke inzichten is autisme een prikkelverwerkingsstoornis, ook wel informatieverwerkingsstoornis genoemd. Een andere term die veel wordt gebruikt, is ontwikkelingsstoornis. Hiermee wordt een stoornis in de ontwikkeling van de hersenen aangeduid. Volwassenen met autisme merken zelf dat de prikkelverwerking in hun hersenen niet optimaal verloopt, waardoor allerlei problemen ontstaan die enigszins vergelijkbaar zijn met de problematiek van mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Mensen met autisme hebben veelal te maken met een complexe problematiek. Mogelijke verschijnselen zijn (zware) vermoeidheid, geen concentratievermogen, niet kunnen nadenken, traag reageren, angst, paniek, hoofdpijn, migraine, huilen, boosheid, etc. Deze verschijnselen maken dat mensen met ASS een hoger risico lopen op uitval of verminderd functioneren op het werk.

Aangrijpingspunten: De interventie 'bewustwording prikkelverwerking' grijpt aan op het prikkelverwerkingsprobleem waar veel mensen met ASS last van hebben.

Activiteit: R95 biedt ondersteuning op het gebied van zorg en welzijn (R95 Routes naar zorg) en werk (R95 Routes naar werk). De methodiek bewustwording prikkelverwerking is een nieuw onderdeel van de integrale aanpak van R95 en bestaat uit 5 sessies van 1 uur, verdeeld over een periode van 6 weken. De methodiek wordt gegeven door een gespecialiseerde trainer/coach. De cliënt krijgt

informatie over hoe prikkelverwerking in zijn werk gaat bij ASS. Samen met de trainer/coach wordt gezocht naar de wijze waarop prikkelverwerking bij de cliënt verloopt en welke problemen de cliënt op dat gebied ondervindt. De cliënt leert beter om te gaan met de prikkels, zodat geen overprikkeling plaatsvindt. De interventie sluit af met het maken van een stappenplan waarin de cliënt beschrijft wat hij/zij kan doen om beter om te gaan met prikkels.

Participatiedoel: Het participatiedoel is behoud van werk of functioneren.

Met werkgever	Preventie van verzuim	x
	Terugkeer na verzuim	x
Zonder werkgever	Eerste keer werken	x
	Opnieuw een baan	x

Effect: Er heeft een externe evaluatie plaatsgevonden naar de methodiek ‘bewustwording prikkelverwerking’ op de kwaliteit van leven, waarbij maatschappelijke participatie een van de uitkomstmaten was (Eindverslag UMCG Cie Healthy Ageing Pilots, 2012). Dit onderzoek is echter zo klein van omvang (7 deelnemers) dat op basis hiervan geen uitspraken kunnen worden gedaan over effectiviteit. Wel zijn aanwijzingen gevonden dat deelnemers zich beter bewust worden van problemen die ze hebben met prikkelverwerking, dat ze die beter en sneller herkennen en leren voorkomen (p.15). Tijdens de periode dat de methodiek wordt gevolgd, nemen bij twee derde van de deelnemers de klachten die samenhangen met prikkelverwerking af. Het gaat om onder andere vermoeidheid, irritatie, veranderen waarneming, moeite met nadenken en behoefte aan afzondering. Bij een derde van de deelnemers nemen de klachten toe (p.15). Dus er is niet te concluderen dat de problematiek afneemt in zijn totaliteit.

Oordeel APE over onderbouwing: De interventie is duidelijk beschreven maar niet onderbouwd op basis van een veranderingsmodel (interventiologica), eerder onderzoek of aanbevelingen uit actuele richtlijnen.

Oordeel APE over effect interventie op arbeidsparticipatie: Er is onderzoek gedaan maar problemen met de opzet (kleine schaal en geen vergelijkingsgroep) maakt dat geen uitspraken mogelijk zijn over de effecten op arbeidsparticipatie of functioneren. Verder onderzoek met een grotere groep deelnemers is noodzakelijk om de effectiviteit met betrekking tot kwaliteit van leven en arbeidsparticipatie aan te tonen.

Bronnen:

Eindverslag UMCG Cie Healthy Ageing Pilots, 2012

VeerkrachtWijzer

Doelgroep: De interventie is gericht op mensen (werknemers en managers) die met bedreigingen (zoals veranderingen door reorganisaties) in hun werkomgeving te maken hebben en hierdoor worden weerhouden om de eigen kracht en hulpbronnen adequaat in te zetten. Persoonlijke hulpbronnen zijn bijvoorbeeld emotionele stabiliteit, stressbestendigheid, extravertie, daadkracht, assertiviteit, waargenomen eigen effectiviteit (*self-efficacy*), optimisme en zelfvertrouwen. Het is niet perse zo dat de doelgroep hiervan reeds (psychische) gezondheidsklachten ondervindt. De deelnemers dienen in het bezit van een baan te zijn en moeten willen leren omgaan met de veranderende werkomstandigheden, productief zijn en blijven en gemotiveerd zijn om met behulp van de VeerkrachtWijzer hieraan te werken. Verder is de VeerkrachtWijzer niet toegespitst op een specifieke leeftijdscategorie, geslacht of sector. De VeerkrachtWijzer is ongeschikt voor mensen met ernstige psychische klachten en/of geen motivatie om het traject succesvol te doorlopen.

Probleem: Veel werknemers en managers hebben moeite zich staande te houden en/of zich pro-actief op te stellen in de huidige dynamische, steeds sneller veranderende, onzekere werkcontext. Dit wordt ook wel de volatiele, onzekere, complexe en ambigue werkomgeving ('VUCA world of work') genoemd. De veelal ervaren druk om mee te gaan met alle veranderingen kan bij werknemers en managers leiden tot gezondheidsklachten zoals stress en burn-out als hier onvoldoende energiebronnen en persoonlijke hulpbronnen tegenover staan.

Oorzaak: Selectieve aandacht voor bedreigingen in de (werk)omgeving kan mensen ervan weerhouden om de eigen kracht en hulpbronnen te zien en adequaat in te zetten.

Aangrijpingspunten: Door mensen in een dynamische, veranderlijke, onzekere werkomgeving meer bewust te maken van de eigen kracht en hulpbronnen en het effectief gebruik hiervan, komen ze weer in een positieve opwaartse spiraal terecht. De VeerkrachtWijzer legt de nadruk op het versterken van vier persoonlijke hulpbronnen, namelijk hoop, vertrouwen, optimisme en veerkracht. Deze hulpbronnen staan ook bekend als psychologisch kapitaal vanwege het positieve effect dat het hebben hiervan heeft op prestaties en welbevinden van medewerkers en het concurrentievoordeel dat het organisaties oplevert.

Activiteit: De VeerkrachtWijzer bestaat uit:

- Een intakegesprek.
- Drie coachgesprekken met een registerpsycholoog van 60 minuten.
- De online training van PsyFit.

De coachgesprekken worden eens in de vier weken gepland en zijn gericht op het versterken van de persoonlijke hulpbronnen (hoop, optimisme, vertrouwen in eigen kunnen en veerkracht). De deelnemer werkt tussen de gesprekken door steeds in één module van de online training. Het doorlopen van een module kost vier weken tijd. Tijdens het programma VeerkrachtWijzer werkt een deelnemer in minimaal twee modules van PsyFit. De deelnemer kan daarna nog een jaar doorwerken met de overige vier modules van de online training. De 6 modules van PsyFit zijn: missie en doelen, grip op je leven, denken en voelen, positieve gevoelens, positieve relaties en het leven in het hier en nu.

Gemiddeld is een deelnemer gedurende 13 weken tussen de één tot vier uur per week bezig met het programma.

Participatiedoel: De VeerkrachtWijzer is gericht op het versterken van de mentale weerbaarheid. Dat is het vermogen om, ook bij lastige, veranderende of onzekere werksituaties, op productieve, vitale en zinvolle wijze meerwaarde voor de organisatie en voor zichzelf te (blijven) genereren met voldoende plezier in het werk.

Met werkgever	Preventie van verzuim	X
	Terugkeer na verzuim	
Zonder werkgever	Eerste keer werken	
	Opnieuw een baan	

Effect op arbeidsparticipatie: Volgens de interventie-eigenaar is de effectiviteit van de interventie aangetoond in een onafhankelijke evaluatie³¹ waarbij is vergeleken met een controlegroep. Het zelf gerapporteerde verzuim van medewerkers die het volledige programma hebben gevolgd, zou in drie maanden zijn gedaald met gemiddeld bijna drie dagen in vergelijking met de controlegroep. Ook zou zijn aangetoond dat de VeerkrachtWijzer de algemene psychische gezondheid van medewerkers verhoogt en zou een deel van de effecten drie maanden na de interventie nog zichtbaar zijn.

Oordeel APE over onderbouwing: Op de onderbouwing heeft de VeerkrachtWijzer op alle punten goed gescoord met uitzondering van punt 5 (een handleiding voor uitvoering van de interventie is beschikbaar). Deze handleiding is wel aanwezig, maar niet openbaar (ook niet tegen betaling).

³¹ Bron: nog niet gepubliceerd promotieonderzoek van Richta IJntama (Universiteit Utrecht). Het onderzoek werd uitgevoerd op verschillende afdelingen van Achmea.

Oordeel effect APE over effect interventie op arbeidsparticipatie: APE heeft geen inzage in de onderzoeksresultaten dus kon deze niet beoordelen.

Breinwerk

Doelgroep: De interventie Breinwerk richt zich op zieke werklozen, uitzendkrachten of einde-dienstverbanders met psychische klachten als hoofdreden van ziekmelding en een verwacht herstel tussen de 2 weken en 12 maanden. Breinwerk splitst haar doelgroep in twee categorieën:

Categorie 1: Lichte psychische klachten

- Overspanning
- Chronische overspanning (burn-out)
- Lichte depressieve stoornis
- Beginnende angststoornis
- Lichte PTSS

Categorie 2: Matig ernstige psychische en somatische klachten

- Matig-ernstig depressieve stoornis
- Angststoornis
- PTSS
- Somatische stoornis
- ADHD

Exclusiecriteria voor de interventie zijn:

- (Recente) zwangerschap tot 3 maanden na de bevalling
- Middelen verslaving (alcohol, drugs en geneesmiddelen) als hoofdreden voor arbeidsongeschiktheid/ziekteverzuim.
- Ernstige psychiatrie met verwacht herstel > 1 jaar (dagbehandeling, opname etc.).
- Zeer milde psychische problematiek (spanningsklachten) met verwacht herstel <2 weken (na eerste ziektedag of na spreekuurcontact re-integratiebegeleider).
- Het niet kunnen invullen van (Nederlandse) vragenlijsten.

Verder wordt er geen onderscheid gemaakt in leeftijd, geslacht, werkervaring of sector.

Probleem: De uitval van werk door lichte psychische klachten of matig ernstige psychische en somatische klachten (categorie 1 en 2).

Oorzaak: Het is niet noodzakelijk voor de interventie om een directe oorzaak van uitval (anders dan klachten) aan te wijzen.

Aangrijpingspunten: De Breinwerk interventie grijpt de psychische problemen aan door verschillende trainingen en maatwerkprogramma's te geven. Door bewegingstrajecten aan te bieden worden ook lichamelijke klachten behandeld.

Activiteit:

Categorie 1:

- Doel: herstelmelding binnen 3 maanden na spreekuur verzekeringsarts (of indien niet van toepassing, binnen 3 maanden na spreekuur re-integratiebegeleider).
- Hiervoor nodig: vangnetter motiveren tot actief herstelgedrag, zelfeffectiviteit versterken, coping t.a.v. omgaan met stress en problemen verbeteren, blokkades voor herstel van functioneren en arbeidsre-integratie herkennen en wegnemen en specifieke (belemmerende) problemen aanpakken/oplossen.
- Middel: beweegprogramma (in groepsverband) gedurende 3 maanden in combinatie met arbeidstraining/re-integratie (vrijwilligerswerk, werkervaringsplek, betaald werk). Beweegprogramma helpt tot activering en structurering van de dag. Arbeidstraining helpt bij herstel van functioneren.
 - Beweegprogramma (minimaal 2x (dagdelen) per week), bevat de volgende componenten: sport/bewegen (in de sportschool of buiten), coping, leefstijlmanagement. Door het beweegprogramma in groepsverband te volgen is er ook sprake van een groepseffect (lotgenoten). Start om 9:00 's ochtends (van belang vanwege structurering dag). De re-integratiebegeleider legt contact met externe beweegprogramma aanbieder en regelt programma.
 - Arbeidstraining (werkervaringsplek, liefst 4 dgn. of meer, echter in combinatie met beweegprogramma zo nodig rekening houden met een urenbeperking) en/of re-integratie in betaald werk.
- Door wie: re-integratiebegeleider.
 - Legt contact met externe beweegprogramma-aanbieder of sportschool en regelt programma. (Voor aanvang studie zal UWV wel eerst afspraken met de aanbieders maken cq. een contract tekenen. Dit geldt ook voor de hierna genoemde punten).
 - Regelt arbeidstraining/re-integratie.
 - Regelt zo nodig een additioneel programma in overleg met de verzekeringsarts, zoals:
 - Coaching bij copingsproblemen. Hier vanwege zeer slechte coping begeleiding psycholoog nodig. Bij zeer

slechte coping is de begeleiding vanuit het beweegprogramma op dit punt ontoereikend.

- 5-8 sessies, 1x per week bij psycholoog voor rouw-, traumaverwerking (EMDR).
- Ondersteuning schuldsanering (praktische hulp; nog geen officiële schuldhulpverlening).

Categorie 2:

- Doel: herstelmelding binnen 3 tot 12 maanden .
- Hiervoor nodig: vangnetter motiveren tot actief herstelgedrag, zelfeffectiviteit versterken, coping t.a.v. omgaan met stress en problemen verbeteren, blokkades voor herstel van functioneren en arbeidsre-integratie herkennen en wegnemen en specifieke (belemmerende) problemen aanpakken/oplossen.
- Middel: Veelal sportschoolabonnement in combinatie met een gespecialiseerd project op maat.
 - Sportschoolabonnement voor 3 maanden, minimaal 3x 1 uur per week, start om 9:00 's ochtends. Van belang vanwege structurering dag. In sommige gespecialiseerde projecten (bijv. Herstel en Werk) is er al een fysieke training opgenomen, zodat geen apart sportschoolabonnement nodig is.
 - Verwijzing naar gespecialiseerde projecten indien nodig³², zoals:
 - Programma voor mensen met cluster C problematiek (bijvoorbeeld Herstel en Werk).
 - Programma voor mensen met cluster B problematiek of autisme spectrum stoornissen (bijvoorbeeld Stabiel naar Werk).
 - Programma voor mensen met vooral lichamelijke uitingen van psychische klachten (somatisatie; bijvoorbeeld Actief naar Werk).
 - Eventueel (lichte) cognitieve gedragstherapie bij slechte toekomstverwachting voor werkhervatting (> 3 mnd) zonder persoonlijkheidsproblematiek of lichamelijke uitingen van psychische klachten.
- Door wie: arbeidsdeskundige en re-integratiebegeleider.
 - arbeidsdeskundige:
 - Stelt plan van aanpak op.

³² Zie voor een uitgebreide beschrijving van de interventies het document Breinwerk interventies en voor een beknopte beschrijving het document Breinwerk Interventies Inkoop.

- Regelt na teambesluit de verwijzing naar de gespecialiseerde projecten op maat cq. inkoop van interventie(s).
- Legt eventueel contact met sportschool. (Vaak zit dit reeds bij de project op maat/interventie inkoop en hoeft dan niet apart geregeld te worden)
- Re-integratiebegeleider:
 - Volgt en begeleidt de vangnetter en stuurt tzt aan op herstel.

De kern van Breinwerk is de combinatie van een bewegingsprogramma met het opdoen van werkervaring en of psychische ondersteuning. Ook het vastliggen van tijdspad en einddoel, de strakke intensieve begeleiding en het snel activeren van deelnemers worden gezien als werkzame elementen.

Participatiedoel:

Met werkgever	Preventie van verzuim	
	Terugkeer na verzuim	
Zonder werkgever	Eerste keer werken	X
	Opnieuw een baan	X

Effect op arbeidsparticipatie:

Er is een onderzoek gaande naar de effecten van Breinwerk op de duur van arbeidsongeschiktheid (anders gezegd de duur tot herstel), de mate van participatie in al of niet betaalde arbeid, vertrouwen van deelnemers in de mogelijkheid tot werkherleving en het verloop van de psychische klachten van deelnemers. De resultaten van het onderzoek zijn nog niet gepubliceerd.

Oordeel APE over effect interventie op arbeidsparticipatie:

Aangezien de effectstudie nog niet is gepubliceerd, kunnen we geen oordeel vormen over de effectiviteit.

Bronnen:

Audhoe, S.S., Nieuwenhuijsen, K., Hoving, J.L., Sluiter, J.K. & Frings-Dresen, M.H.W. (2014). The effectiveness of the Brainwork Intervention in reducing sick leave for unemployed workers with psychological problems: design of a controlled clinical trial. CONCEPT

Audhoe, S.S., Nieuwenhuijsen, K., Westra, A., Van Boven, G., Koers, J., Sissing, M., Hoving, J.L., Sluiter, J.K. & Frings-Dresen, M.H.W. (2013) De Breinwerk werkwijze bij zieke werklozen, uitzendkrachten en einde dienstverbanders met psychische klachten.

http://jaarverslag.uwv.nl/jaarverslag-2013/a1536_Pilot-Breinwerk-verbeteren-verzuimbegeleiding-zieke-vangnetters-met-psychische-klachten

Conceptueel model 1.2

Blended E-health

Doelgroep: Blended E-health wordt ingezet bij diverse doelgroepen, waaronder ook mensen met psychische problemen. Het gaat dan veelal om common mental disorders, zoals stress of angststoornissen. Er wordt geen onderscheid gemaakt in geslacht, leeftijd, werkstatus (wel of geen werkgever), werkervaring,

Probleem: Niet nader gespecificeerd.

Oorzaak: De oorza(a)k(en) van de verminderde arbeidsparticipatie worden niet beschreven.

Aangrijpingspunten: Blended E-health betekent het combineren van face-to-face contact met online contact. Door het persoonlijk contact blijft het non-verbale aspect gedurende de behandeling grotendeels intact. Het online gedeelte geeft de cliënt meer regie over zijn of haar behandeling, omdat de cliënt zelf kan bepalen waar en wanneer de oefeningen worden uitgevoerd.

Activiteit: Met de online module werken cliënten zelf gericht aan opdrachten. Dit is bijvoorbeeld het bijhouden van een dagboek, het opsporen van denkfouten, het opstellen van een terugval preventieplan en psycho-educatie. Verder vindt er ook monitoring, beveiligd emailcontact, chatsessies en beeldcommunicatie plaats.

Het wordt als voordeel gezien dat het online gedeelte van de behandeling de cliënt zelf meer regie geeft. De cliënt bepaalt zelf waar en op welk moment hij of zij de oefeningen uitvoert, ervaringsverhalen leest, of een stemmingsmeter invult. Tevens wordt als voordeel gezien dat alles terug te lezen is, voor zowel de cliënt als de hulpverlener.

Participatiedoel:

Met werkgever	Preventie van verzuim	x
	Terugkeer na verzuim	x
Zonder werkgever	Eerste keer werken	x
	Opnieuw een baan	x

Effect op arbeidsparticipatie: Er loopt momenteel een onderzoek naar het effect van Blended E-health op return-to-work, oftewel de mate waarin het verzuim wordt bekort door de interventie. De verwachte effecten van Blended E-health toegepast op mensen uit de curatieve GGZ zijn: grotere cliënttevredenheid, toename sociale inclusie, vermindering van de zwaarte van de hulpvraag/minder probleemescalatie, toename zelfredzaamheid (GGZ Nederland, 2013, p.13).

Verwachte succesfactoren zijn:

- Door de online vastgelegde documentatie kan de hulpverlener makkelijk met de supervisor overleggen.
- De hulpverlener heeft de mogelijkheid om vanuit huis te werken.
- Werken met Blended E-health kan een mogelijk tekort aan hulpverleners ondervangen. Enerzijds doordat de online behandeltime korter is dan face-to-face en anderzijds omdat de cliënt meer zelf kan gaan doen.

Een verwachte faalfactor is:

- Er wordt verwacht dat het aantal oudere cliënten zal toenemen. Er zijn echter vraagtekens bij de inzet van e-health bij oudere cliënten, omdat het werken met computers een obstakel zou kunnen vormen.

Oordeel APE over onderbouwing: We weten onvoldoende van de methode. We kunnen Blended E-health dus niet scoren op de onderbouwing.

Oordeel APE over effect interventie op arbeidsparticipatie: De resultaten van de effectmeting zijn nog niet beschikbaar. We kunnen de effectiviteit van de Blended E-health module dus niet beoordelen.

Bronnen:

Volker, D., Vlasveld, M.C., Anema, J.R., Beekman, A.T.F., Hakkaart-van Roijen, L., Brouwers, E.P.M., Van Lomwel, A.G.C. & Van der Feltz-Cornelis, C.M. (2013) Blended E-Health module on return to work embedded in collaborative occupational health care for common mental disorders: design of a cluster randomized controlled trial.

GGZ Nederland (2013) Een analyse van de verwachte kosten en baten van e-health

<http://www.zorgvoornoveren.nl/nieuws/441/blended-e-health-combineert-het-beste-uit-twee-werelden>

http://www.altrecht.nl/ggz/62108/Oudere_patienten_Altrecht_starten_met_blen- ded_e-health#.VHWizGNn3Js

SamenWERK

Doelgroep: De interventie richt zich op zieke werknemers zonder een vast arbeidscontract (ook wel vangnetters genoemd). Tot deze groep behoren zieke uitzendkrachten, zieke werklozen en werknemers die ziek uit dienst gaan. In geval van ziekte, vallen zij onder de Ziektewet. Psychische klachten worden binnen deze groep het vaakst als diagnose gesteld.

Probleem: Binnen de arbeidspopulatie vormen degenen zonder een vast arbeidscontract een kwetsbare groep. Werkloosheid en baanonzekerheid lijken samen te hangen met een slechtere gezondheid. In vergelijking met zieke werknemers met een vast arbeidscontract ervaren zieke werknemers zonder een vast arbeidscontract bovendien een grotere afstand tot de arbeidsmarkt.

Oorzaak: Het ontbreken van een werkplek om naar terug te keren is binnen de Ziektewet een belangrijk obstakel voor succesvolle re-integratie. Een arbeidsperspectief met een passende werkplek is noodzakelijk.

Aangrijpingspunten: SamenWERK is een onderzoeksproject waarin een participatieve ondersteunende methode is ontwikkeld. Het doel van de methode is om de duur tot aan duurzame werkhervatting van vangnetters met psychische klachten te bevorderen.

Activiteit: De methode bestaat uit elementen van geïntegreerde zorg, een participatieve aanpak en elementen van de methode Individual Placement and Support (IPS). Geïntegreerde zorg heeft als doel om de samenwerking en afstemming tussen de verschillende behandelaars te bevorderen. De participatieve aanpak wordt gekenmerkt door een actieve betrokkenheid van de zieke vangnetter in het identificeren van knelpunten voor werkhervatting en het zoeken naar oplossingen en passende werkzaamheden. IPS is gericht op directe plaatsing in passende betaalde werkzaamheden (first place, then train).

Stap 1: Consult met RTW coördinator. Hierbij wordt getoetst of de cliënt de juiste claimbeoordeling heeft gehad. Tevens wordt in deze stap een begin gemaakt met het in kaart brengen van de probleemgebieden.

Stap 2: Consult met verzekeringsarts.

Participatiedoel:

Met werkgever	Preventie van verzuim	
	Terugkeer na verzuim	
Zonder werkgever	Eerste keer werken	
	Opnieuw een baan	X

Effect op arbeidsparticipatie: Er loopt momenteel een onderzoek naar de effectiviteit van de participatieve ondersteunende aanpak op de duur tot aan duurzame werkhervatting van vangnetters met psychische klachten in vergelijking met de gebruikelijke begeleiding binnen de Ziektewet. Dit wordt onderzocht in een gerandomiseerde gecontroleerde trial. In een apart cohortonderzoek zal worden gezocht naar voorspellende factoren voor terugkeer naar werk van vangnetters met psychische klachten die niet van plan zijn het werk te hervatten wanneer zij nog klachten hebben. De resultaten worden in november 2015 verwacht.

De kosteneffectiviteit van de participatieve aanpak is eerder binnen de vangnetpopulatie onderzocht (door Vermeulen, 2011) in het onderzoeksproject 'Opstap'. Dit betrof echter vangnetters met klachten aan het bewegingsapparaat. Het volgen van de participatieve aanpak resulteerde in een snellere werkhervatting van gemiddeld 4,5 maand in vergelijking met de gebruikelijke begeleiding binnen de Ziektewet (Lammerts et al, 2013, p.1).

Uit eerder onderzoek naar de participatieve aanpak blijkt dat deze methode minder geschikt is voor zieke werknemers die vlak na hun ziekmelding aangeven niet van plan te zijn het werk te hervatten voordat zij volledig zijn hersteld (Lammerts et al, 2013, p.1). Weinig is echter bekend over een passende aanpak om deze groep te begeleiden in de terugkeer naar werk.

Oordeel APE over onderbouwing: Er is te weinig bekend over deze methode om iets te kunnen zeggen over de onderbouwing.

Oordeel APE over effect interventie op arbeidsparticipatie: Deze interventie is niet beoordeeld op effectiviteit omdat de onderzoeksgegevens nog niet beschikbaar zijn.

Bronnen:

Lammerts, L., Vermeulen, S.J., Schaafsma, F.G., Van Mechelen, W. & Anema, H.J.R. (2014) Return to work of workers without a permanent employment contract, sick-listed due to a common mental disorder: design of a randomised controlled trial

Lammerts, L., Vermeulen, S.J., Schaafsma, F.G., Van Mechelen, W. & Anema, H.J.R. (2013) "SamenWERK": onderzoek naar werkhervatting van uitzendkrachten, werklozen en einddienstverbanders in de Ziektewet met psychische klachten