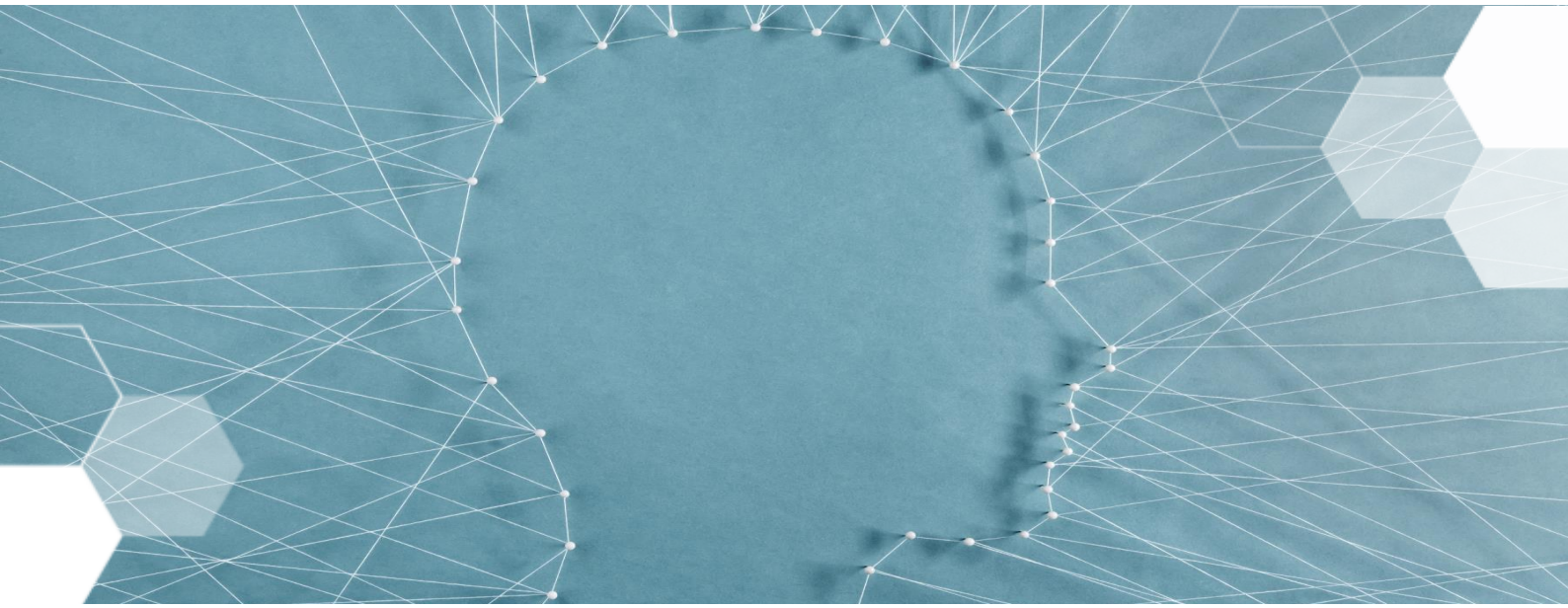
Panteia
Research to Progress

Research voor Beleid | EIM | NEA | IOO | Stratus | IPM



Re-integratie bij psychische aandoeningen

Eindrapport

Merle Bartsch, Anne Drijvers, Sonja van der Kemp, Rosanne Oomkens en Silvia Rossetti

Zoetermeer, mei 2021

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Panteia. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Panteia. Panteia aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

The responsibility for the contents of this report lies with Panteia. Quoting numbers or text in papers, essays and books is permitted only when the source is clearly mentioned. No part of this publication may be copied and/or published in any form or by any means, or stored in a retrieval system, without the prior written permission of Panteia. Panteia does not accept responsibility for printing errors and/or other imperfections.

Inhoudsopgave

1 Inleiding 5
1.1 Uitvoeringspraktijk re-integratie mensen met psychische aandoeningen 6
1.2 Doel van het onderzoek 8
1.3 Onderzoeksaanpak 8
1.4 Afbakening van het begrip psychische aandoening 8
1.5 Leeswijzer 9

2 Psychische klachten binnen re-integratie voorzieningen: de cijfers 10
2.1 Afbakening van de doelgroep en operationalisering 11
2.2 Nederlanders met psychische aandoeningen in de LBZ/ZW en WIA 12
2.3 Psychische aandoeningen binnen de LBZ/ZW en WIA 13
2.4 Ontwikkeling van de doelgroepen 18
2.5 Aandachtsgroepen met psychische aandoeningen 20
2.6 Samenvatting cijermatig beeld 22

3 Belemmeringen bij re-integratie 25
3.1 Belemmeringen bij *common mental disorders* 27
3.2 Belemmeringen bij ernstige psychiatrische aandoeningen 30
3.3 Samenvatting 33

4 Effectieve re-integratie instrumenten en inzichten uit de praktijk 34
4.1 Effectieve re-integratie instrumenten 35
4.2 Effectief instrument: Individuele plaatsing en steun (IPS) 37
4.3 Effectief instrument: Individuele rehabilitatiebenadering (IRB) 39
4.4 Effectief instrument: Bewegen werkt 40
4.5 Effectief instrument: Werkgerichte cognitieve gedragstherapie 42
4.6 Effectief instrument: Blended e-health / Return@work 43
4.7 Inzichten uit de praktijk 44

5 Afsluiting 48
Bijlage 1 Geraadpleegde bronnen 50
Bijlage 2 Toelichting op erkenningsniveaus interventies door kennisinstituten 54

1 Inleiding

1.1 Uitvoeringspraktijk re-integratie mensen met psychische aandoeningen

Wanneer iemand uitvalt uit het arbeidsproces is het de bedoeling dat hij zo snel mogelijk weer duurzaam aan de slag gaat in passend werk. Bij deze re-integratie kan men rekenen op hulp van professionals. De uitvoeringspraktijk is echter divers en welke professionals en organisaties betrokken zijn bij de re-integratie van mensen met psychische aandoeningen is afhankelijk van 1) of er sprake is van een dienstverband en 2) de manier waarop een (voormalig) werkgever zich heeft verzekerd (publiek of privaat). In dit onderzoek gaan we nader in op de re-integratie van mensen met een psychische aandoening die onder de loondoorbetalingsverplichting, Ziektewet en de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen vallen.

Wie is er verantwoordelijk voor het re-integratieproces?

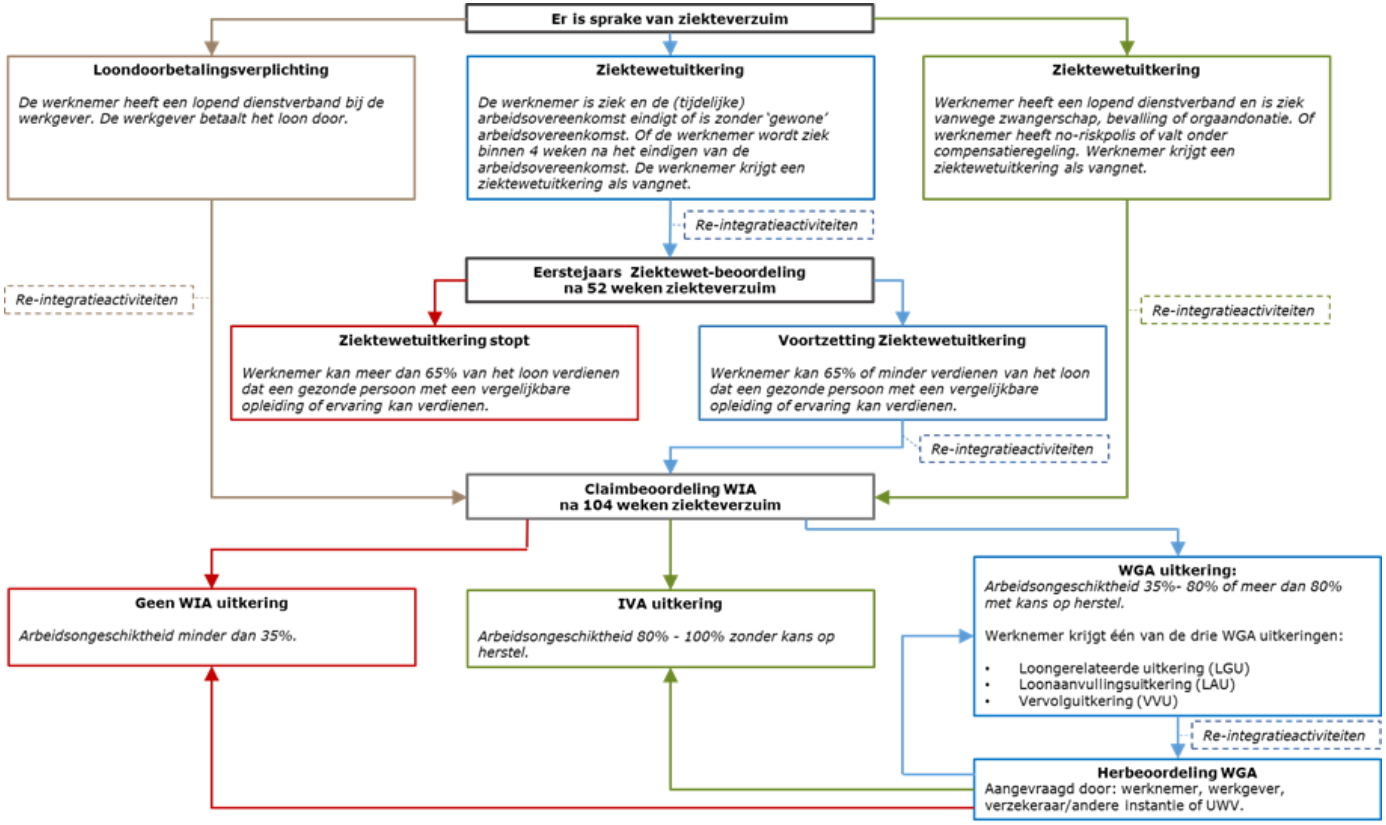
Wanneer een werknemer met een lopend dienstverband uitvalt met psychische klachten dan geldt er een loondoorbetalingsverplichting (LBZ) van 104 weken voor de werkgever en dienen werknemer en werkgever het re-integratieproces te doorlopen conform de Wet Verbetering Poortwachter. Hierbij kan een werkgever re-integratiedienstverlening inkopen of de re-integratie in eigen beheer uitvoeren. Wanneer het gaat om een vangnetter (Ziektewet, afgekort ZW) of iemand die na 104 weken ziekte gedeeltelijk arbeidsongeschikt is verklaard en onder de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) valt, is het eveneens van belang hoe de (voormalig) werkgever zich heeft verzekerd. De Ziektewet en de Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten (WGA) tak van de WIA kennen beiden een hybride verzekeringsmarkt waarbij werkgevers de keuze hebben zich publiek te verzekeren (via het UWV) of eigenrisicodrager (ERD) te worden (al dan niet met een private verzekering).

In figuur 1 is schematisch weer gegeven waar eigenrisicodragerschap aan de orde kan zijn. Indien er is gekozen is voor eigenrisicodragerschap dan is de (voormalig) werkgever en de facto vaak een private verzekeraar verantwoordelijk voor de re-integratie. Indien er sprake is van een publieke verzekering is UWV verantwoordelijk voor de re-integratie. In beide gevallen is er ook sprake van een re-integratieverplichting voor de persoon in kwestie.

Welke actoren zijn er betrokken bij de re-integratie?

Zoals hierboven beschreven kunnen verschillende partijen verantwoordelijk en betrokken zijn bij de re-integratie van iemand met een psychische aandoening. Bij het re-integratieproces zijn naast de persoon in kwestie en een eventuele (voormalig) werkgever verschillende actoren betrokken. Het gaat hierbij in het geval van LBZ om arboprofessionals waaronder in ieder geval de (zelfstandig) bedrijfsarts. Bij LBZ kunnen – indien de werkgever in het kader van de Arbeidsomstandighedenwet een contract heeft met een arbodienstverlener – ook andere arboprofessionals betrokken zijn zoals een casemanager, arbeidsdeskundige en verzuimconsulent. In het geval van een publieke ZW of WIA verzekering zijn UWV-professionals betrokken waaronder re-integratiebegeleiders (alleen ZW), adviseurs intensieve dienstverlening (alleen WIA) en arbeidsdeskundigen. In het geval van een private ZW- of WIA- verzekering gaat het om re-integratieprofessionals, zoals arbeidsdeskundigen en re-integratiecoaches die werkzaam zijn bij een verzekeraar. En om re-integratieprofessionals die werkzaam zijn bij private re-integratiebedrijven aan wie re-integratietrajecten kunnen worden uitbesteed door UWV, private verzekeraars of direct door werkgevers. Tot slot zijn vanuit de gezondheidszorg ook huisartsen en GGZ-professionals betrokken bij de behandeling van psychische aandoeningen hoewel zij in het *re-integratieproces* formeel geen directe rol hebben.

figuur 1 Schematische weergave verloop (her)beoordeling en re-integratie hybride verzekeringsstelsel



Bron: Panteia

1.2 Doel van het onderzoek

Re-integratiebedrijven, arbodienstverleners, private verzekeraars en UWV signaleren uitdagingen rondom de re-integratie van mensen die uitvallen met psychische aandoeningen. Deze aandoeningen zijn divers van aard, ook wat betreft bijbehorende beperkingen. Psychische aandoeningen stellen daarom specifieke eisen aan de re-integratie. In de uitvoeringspraktijk is behoefte aan toegankelijk en toepasbaar overzicht van bestaande (wetenschappelijke) literatuur rondom re-integratie van mensen met een psychische aandoening. Daarnaast is binnen de uitvoeringspraktijk behoefte aan een cijfermatig overzicht over mensen met een psychische aandoening die een beroep doen op re-integratievoorzieningen. Het ministerie van SZW heeft Panteia gevraagd in deze behoeftes te voorzien.

Het tweeledige doel van dit onderzoek is daarom:

1) *Een cijfermatig beeld schetsen van mensen met een psychische aandoening die een beroep doen op re-integratievoorzieningen.*
2) *Om bestaande (wetenschappelijke) literatuur rondom re-integratie van mensen met een psychische aandoening te 'vertalen' naar een toegankelijk rapport voor re-integratieprofessionals.*

1.3 Onderzoeksaanpak

In dit onderzoek is allereerst op basis van de jaarlijks rapportages over de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (CBS en TNO) en Arbobalans (TNO) in kaart gebracht over wie we het hebben wanneer er gesproken wordt over mensen met een psychische aandoening die moeten re-integreren in het arbeidsproces. Het gaat daarbij om:

- de omvang van de groep mensen met een psychische aandoening in de LBZ, ZW en WIA;
- de sociaaleconomische kenmerken van de groep mensen met een psychische aandoening in de ZW, WIA en LBZ;
- en de een verdeling van de mensen met een psychische aandoening in subgroepen naar het soort psychische aandoening.

Op basis van deskresearch naar nationale en internationale wetenschappelijke en grijze literatuur is vervolgens onderzocht:

- welke belemmeringen de re-integratie van mensen met verschillende psychische aandoeningen kent;
- wat de re-integratie van mensen met psychische aandoeningen helpt en;
- welke bewezen effectieve re-integratie instrumenten er bekend zijn en voor wie en in welke context deze instrumenten geschikt zijn.

1.4 Afbakening van het begrip psychische aandoening

Het begrip 'psychische aandoening' wordt op verschillende manieren gedefinieerd. In navolging van Divosa zien wij dit als een aandoening *"gekenmerkt door plotselinge (acute), aanhoudende (chronische) of steeds terugkerende (recidiverende) storende of bedreigende gevoelens, gedachten, gedragingen of lijden."* Achter het begrip 'psychische aandoening' gaat immers een grote diversiteit schuil. Verschil is er niet alleen van aandoening tot aandoening, maar ook van persoon tot persoon. Het verloop van een aandoening kan daarmee variëren van licht tot ernstig, afhankelijk van de specifieke aandoening en de desbetreffende persoon.

Om deze diversiteit hanteerbaar te maken wordt veelal een indeling gemaakt naar de ernst van de aandoening zelf. Gebruikelijk is het onderscheiden naar 'Ernstig Psychische Aandoeningen' (EPA'en) en 'Common Mental Disorders' (CMD's). Het verschil loopt langs

twee lijnen: ernst en prevalentie. EPA'en kenmerken zich door een sterke, terugkerende verstoring van het functioneren. CMD's kenmerken zich juist door een beperktere verstoring van voorbijgaande aard. Daarbij geldt dat EPA'en minder vaak voorkomen dan CMD's.

Dit blijft echter een grofmazige indeling. Gebruikelijk is om aandoeningen te groeperen naar hun symptomatische aard. Verschillende klachten vragen immers ook om verschillende interventies. Het DSM-5 en ICD-11 gelden daarbij als belangrijkste classificatiesystemen. Deze bieden echter geen onderscheid naar de ernst van de aandoening. Wij kiezen er daarom voor om aan te sluiten bij de DBC-classificaties, waarin dit onderscheid wel wordt gemaakt, en welke zich ook beperkt tot een handzamere groepering van aandoeningen. Daarmee maken wij in het onderzoek – indien mogelijk op basis van de beschikbare bronnen – een onderscheid tussen de volgende aandoeningen:

1. *Aan middelen gebonden stoornis*	7. *Eetstoornissen*
2. *Aandachts- en gedragsstoornissen*	8. *Persoonlijkheidsstoornissen*
3. *Aanpassingsstoornissen*	9. *Pervasieve ontwikkelingsstoornissen*
4. *Angststoornissen*	10. *Schizofrenie en overige psychotische stoornissen*
5. *Bipolaire en overige stemmingsstoornissen*	11. *Overige stoornis*
6. *Depressieve stoornissen*	12. *Overige psychische problematiek niet geldend als stoornis*

1.5 Leeswijzer

Het vervolg van het rapport is als volgt opgebouwd:

- In hoofdstuk 2 gaan we in op de omvang en kenmerken van de groep mensen met een psychische aandoening in de ZW, WIA en LBZ.
- In hoofdstuk 3 gaan we nader in op de belemmeringen die een rol spelen bij de re-integratie van mensen met een psychische aandoening, om daarmee inzichtelijk te maken op welke punten de interventies kunnen aangrijpen.
- In hoofdstuk 4 beschrijven we bewezen effectieve interventies voor de re-integratie van mensen met een psychische aandoeningen en inzichten uit de praktijk met de re-integratie van mensen met een psychische aandoening.
- In hoofdstuk 5 reflecteren we kort op de inzichten die op basis van dit onderzoek naar re-integratie bij psychische aandoeningen voren zijn gekomen. Daarnaast besteden we aandacht aan de implicaties voor vervolgonderzoek.

2 Psychische klachten binnen re-integratie voorzieningen: de cijfers

In dit hoofdstuk presenteren we een overzicht van de beschikbare kwantitatieve informatie over mensen met een psychische aandoening die een beroep doen op re-integratievoorzieningen.

2.1 Afbakening van de doelgroep en operationalisering

We gaan allereerst in op de omvang en kenmerken van de groep mensen met een psychische aandoening in de Ziektewet, WIA en loondoorbetalingsverplichting. Het gaat dus om mensen met dienstverband (tot de AOW-gerechtigde leeftijd) die zodanige beperkingen in het functioneren op beroepsmatig gebied ervaren door klachten van psychische aard dat ze uitvallen. Wanneer werknemers met een lopend dienstverband uitvallen vanwege psychische klachten geldt er een loondoorbetalingsplicht (LBZ) en dienen werknemers en werkgevers het re-integratieproces te doorlopen conform de Wet Verbetering Poortwachter. Voor vangnetters, die geen werkgever hebben, gaat de Ziektewet (ZW) in. Daarom benoemen we werknemers die uitvallen door ziekte als **'mensen in de LBZ/ZW'**. Na 104 weken ziekte vallen werknemers die uitvallen vanwege psychische klachten terug op de WIA. Daarom benoemen we hen als **'mensen in de WIA'**.

Het doel van dit hoofdstuk is om de omvang en de sociaaleconomische kenmerken van de groep mensen in de LBZ/ZW en WIA in kaart te brengen. We doen dit aan de hand van bestaande data. De groep mensen in de LBZ/ZW beschrijven we aan de hand van rapportages van de NEMESIS-2 studie van het Trimbos-instituut en van de jaarlijkse rapportage van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) van CBS en TNO. In de NEA wordt de doelgroep mensen in de LBZ/ZW geïdentificeerd als werknemers (tussen 15 en 75 jaar oud) die tijdens hun laatste verzuim zijn uitgevallen vanwege psychische klachten, overspannenheid en burn-out. De aanwezigheid van direct verzuim wordt zelf-gerapporteerd door de respondent. Omdat de NEA-steekproef bestaat uit werknemers met één of meerdere dienstverbanden, biedt de NEA slechts informatie voor een deel van groep vangnetters in de ZW (namelijk, uitzendkrachten en ziekte door zwangerschap en bevalling).

In de NEMESIS-2 bestaat de steekproef uit werkenden (84,5% werknemers en 15,5% zelfstandigen tussen 18 en 64 jaar) die 12 of meer uren per week betaald werk verrichten (conform de CBS definitie van werkende). Vanwege de aanwezigheid van zelfstandigen geven de NEMESIS-data een indicatie maar niet een precieze schatting van de omvang en het sociaaleconomische profiel van de mensen in de LBZ/ZW en WIA. De aanwezigheid van psychische stoornissen is in NEMESIS-2 bepaald op basis van zelfrapportage van psychische klachten. Het verzuim wordt hier zowel gedefinieerd als direct (het niet verschijnen op het werk - afwezigheid), als indirect (het verminderd kwantitatief of kwalitatief functioneren terwijl men wel op het werk aanwezig is)(de Graaf et al. 2011).

De groep mensen in de WIA beschrijven we aan de hand van de jaarlijkse rapportages van UWV kwantitatieve informatie en op basis van de Klantenquête WIA/WGA van de Inspectie-SZW. De doelgroep hier bestaat uit mensen die (na 104 weken ziekte) een WGA- of IVA-uitkering[1] ontvangen op basis van een diagnose van psychische stoornissen (UWV 2019, Inspectie SZW 2019). We zetten het aandeel mensen dat vanwege psychische aandoeningen in de LBZ/ZW en WIA zit af tegen 1) de totale Nederlandse bevolking met psychische aandoeningen en 2) tegen het totale aantal mensen in de LBZ/ZW en WIA. Daarna beschrijven

[1] WGA = Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten (voor personen die 2 jaar of langer ziek zijn en (in de toekomst) weer (meer) kunnen werken, en met dat werk 65% of minder van het oude loon kunnen verdienen) / IVA = Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (voor personen die 20% of minder van hun oude loon kunnen verdienen en waarbij dat in de toekomst vrijwel zeker zo blijft) en volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn.

we ook de sociaaleconomische kenmerken van onze doelgroep. Ten slotte analyseren we het verzuim vanwege psychische klachten naar diverse psychosociale stoornissen. Door de impact van de verschillende stoornissen op het functioneren te vergelijken, brengen we in kaart voor welke groepen de re-integratie relatief veel bijdraagt aan het vergroten van werkhervatting en arbeidsparticipatie.

2.2 Nederlanders met psychische aandoeningen in de LBZ/ZW en WIA

Het aantal mensen met een psychische aandoening laat zich lastig duiden. Niet al deze mensen herkennen in hun gedrag uitingen van een aandoening. Anderen doen dit wel, maar durven hier geen hulp bij te zoeken. Registratiebestanden van mensen met psychische aandoeningen kampen dan ook vaak met een onderrapportage van de doelgroep. Uitkomst bieden bevolkingsonderzoeken, zoals de NEMESIS-2 studie van het Trimbos-instituut. Hierbij wordt een representatieve steekproef van de bevolking benaderd en worden hierbinnen mensen met psychische aandoeningen geïdentificeerd. Dankzij de NEMESIS-2 studie is bekend dat elk jaar 11% van de Nederlandse bevolking te maken heeft met een psychische aandoening. In 2019 kwam dit neer op ongeveer 1,9 miljoen Nederlanders, waarvan iets meer vrouwen dan mannen. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de leeftijdsgroep 65+ in een deel van de datasets niet aanwezig is.

Tabel 1 Aantal mensen met psychische aandoening in Nederlandse bevolking, en in ziekteverzuim (LBZ/ZW)[2] of WIA-instroom in 2019

	Bevolking[3]		LBZ/ZW[4]		WIA-instroom[5]	
	N	%	N	%	N	%
Geslacht						
Man	945.869	100%	181.300	19,2%	-	-
Vrouw	973.828	100%	251.997	28,0%	-	-
Leeftijd						
15-34 jaar[6]	732.219	100%	145.771	19,9%	3.563	0,5%
35-44 jaar	372.259	100%	99.796	26,8%	4.030	1,1%
45-54 jaar	404.524	100%	106.494	26,3%	4.310	1,1%
55-64 jaar	288.718	100%	73.318	25,4%	4.053	1,4%
65+	-	-	3.404	-	259	-
Totaal	1.919.697	100%	436.435	22,7%	16.215	0,8%

De impact van een psychische aandoening op het functioneren van deze mensen verschilt van persoon tot persoon. De ene aandoening is de andere niet, en de weerbaarheid van de ene persoon is niet die van de ander. Volgens een recent onderzoek van de OECD is er een relatie tussen psychische gezondheid en werk in Nederland (OECD 2014). Terwijl de arbeidsparticipatie van mensen met een GGZ-behandeling niet veel lager is dan die in de rest van de beroepsbevolking, lopen mensen met een psychische aandoening een hoger risico om

[2] LBZ = Loondoorbetaling Bij Ziekte, ZW = ziektewet.
[3] Bron: Bevolkingsstatistiek 2019 (CBS) en NEMESIS-2 (Trimbos-instituut); bewerking door Panteia
[4] Bron: NEA (CBS en TNO), Statistiek Werkgelegenheid en Lonen (CBS); bewerking door Panteia
[5] Bron: Kwantitatieve Informatie 2019 (UWV) en Volksgezondheidenzorg.nl (RIVM); bewerking door Panteia
[6] Vanuit Volksgezondheidenzorg.nl is gekozen om in de uitsplitsing van de WIA-instroomdata naar leeftijd en oorzaak de leeftijdsgroep 15-34 jaar te clusteren. Wij volgen hierin omwille van de consistentie en vergelijkbaarheid van de data uit de verschillende databronnen.

hun baan te verliezen. De werkloosheid onder mensen met een psychische aandoeningen niet alleen significant hoger, maar vergroot naarmate de aandoening ernstiger is (van Eekert, 2017). Als gevolg daarvan is de arbeidsparticipatie onder mensen met een ernstige psychische aandoening zorgwekkend laag. Volgens een enquête onder het Panel Psychisch Gezien blijkt dat slechts 21% van hen betaald werk heeft (en 19% werkt meer dan 12 uur per week). Hiervan heeft 14% een reguliere baan en werkt 4% bij een sociale werkvoorziening. De rest werkt als zelfstandige. Bij mensen met ernstige actuele psychische klachten is de kans op werkloosheid drie keer zo groot is als bij mensen zonder psychische klachten (Michon et al. 2015).

Een van de redenen van de kleine kans op werk van mensen met psychische aandoening is dat hun hoge arbeidsverzuim een punt van aandacht voor werkgevers is (GGZ Totaal, 2021). Uit de verzuimstatistieken uit de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) van CBS en TNO blijkt dat 7,4% van de werknemers meest recentelijk verzuimd heeft vanwege psychische klachten. Geëxtrapoleerd naar de populatie van werknemers, en vergeleken met de bevolkingsprevalentie van psychische aandoeningen, laat dit zien dat daarmee maar liefst 22,7% van de mensen met een psychische aandoening in 2019 weleens om diens aandoening verzuimd heeft (zie tabel 1).[7] Het is vooral de groep tussen 35 en 44 jaar die relatief vaak verzuimt, gevolgd door de oudere leeftijdsgroepen.

Dit beeld wordt bevestigd wanneer ook de instroomcijfers van de WIA in de analyse betrokken worden. In 2019 stroomden 16.215 mensen deze arbeidsongeschiktheidsvoorziening in vanwege psychische klachten. Dat betreft 0,8% van het geschatte aantal Nederlanders met een psychische aandoening (zie tabel 1). Wanneer het perspectief verlegd wordt naar de gehele groep WIA-gerechtigden, blijkt dat 6,7% (127.629) van de Nederlanders met een psychische aandoening in 2019 aanspraak maakt op een WIA-uitkering (UWV 2019). De kans op WIA-instroom neemt toe naarmate de leeftijd toeneemt. Dit onderstreept opnieuw dat de kans op arbeidsdisfunctioneren vanwege een psychische aandoening toeneemt met de leeftijd.

2.3 Psychische aandoeningen binnen de LBZ/ZW en WIA

Wanneer de groep mensen die verzuimd heeft vanwege psychische klachten wordt afgezet tegen de totale groep werknemers die weleens verzuimd heeft, blijkt dat 7,4% dit meest recentelijk deed vanwege psychische klachten (zie tabel 2)[8]. Op basis van dit percentage hebben we geëxtrapoleerd dat ongeveer 436.435 mensen in LBZ/ZW zaten vanwege psychische aandoeningen.

Psychische aandoeningen zijn de oorzaak van een aanzienlijk groter aandeel van langdurig verzuim. Volgens data van ArboNed wordt een derde (30%) van het langdurige verzuim (langer dan zes weken) veroorzaakt door psychische klachten.

Volgens de NEA-data vormen psychische klachten (samen met en klachten van buik, maag of darmen) de tweede meest voorkomende oorzaak van (totaal) verzuim na griep of verkoudheid (ongeveer 44%)[9]. Absoluut en relatief gezien verzuimen vrouwen het vaakst door psychische klachten van alle verzuimende werknemers. Uitgesplitst naar leeftijdsgroepen is de groep 35-44 jaar de groep die relatief het vaakst verzuimt om psychische klachten. Met uitzondering

[7] NEA vraagt breed naar psychische klachten, waarmee mogelijk ook klachten die niet gelden als aandoening in de cijfers meegenomen zijn. Het aandeel van dit soort klachten zal echter klein zijn. Kenmerkend voor een aandoening is dat deze leidt tot een verstoring van het functioneren – zoals verzuim. De kans is dan ook groot dat aan verzuim vanwege psychische klachten een psychische aandoening ten grondslag ligt. Wij beschouwen verzuim vanwege psychische klachten dan ook als verzuim vanwege psychische aandoening.
[8] Deze data houden geen rekening met comorbiditeit Voor meer informatie zie https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2020/16/nationale-enquete-arbeidsomstandigheden-2019
[9] TNO (2020). Nationale enquête arbeidsomstandigheden 2019; bewerking door Panteia.

van de groep 65+ ontlopen de leeftijdsgroepen elkaar echter weinig: het aandeel verzuim ligt tussen de 6,9% en 8,1%. Dit betekent dat een verzuimprofessional binnen nagenoeg alle leeftijdsgroepen evenveel kans maakt een klant met psychische klachten te treffen, waarvan wel iets meer vrouwen dan mannen.

Volgens het aantal lopende WGA- en IVA-uitkeringen in 2019, waren 127.629 mensen in de WIA vanwege psychische aandoeningen; bijna 40% van de mensen in de WIA. Krap een kwart van de mensen die vanwege psychische klachten (31.369) in de WIA zat, was volledig arbeidsongeschikt en ontving een IVA-uitkering. Ruim driekwart (96.260) van de mensen in de WIA was gedeeltelijk arbeidsongeschikt en ontving een WGA-uitkering (UWV 2019).

In 2019 stroomden 16.215 nieuwe mensen in de WIA in verband met psychische aandoeningen (1.400 nieuwe instromers - ofwel 8,6% - werden als volledig arbeidsongeschikt beoordeeld) (UWV, 2019). Een uitsplitsing van de groep WIA-instromers laat zien dat 30,7% van alle personen instroomde vanwege psychische klachten in 2019. Dit aandeel ligt het hoogst binnen de leeftijdsgroep 15-34 jaar, op 56,5%. Het aandeel neemt daarna, naarmate de leeftijd toeneemt, gestaag af. Dit is vooral toe te schrijven aan de toename van andersoortige klachten die leiden tot arbeidsongeschiktheid. Het absolute aantal WIA-instromers neemt immers toe naar leeftijd, maar de absolute aantallen instromers vanwege psychische klachten blijven nagenoeg gelijk.

Tabel 2 Aantal verzuimende werknemers en WIA-instromers naar aanwezigheid psychische klachten in 2019

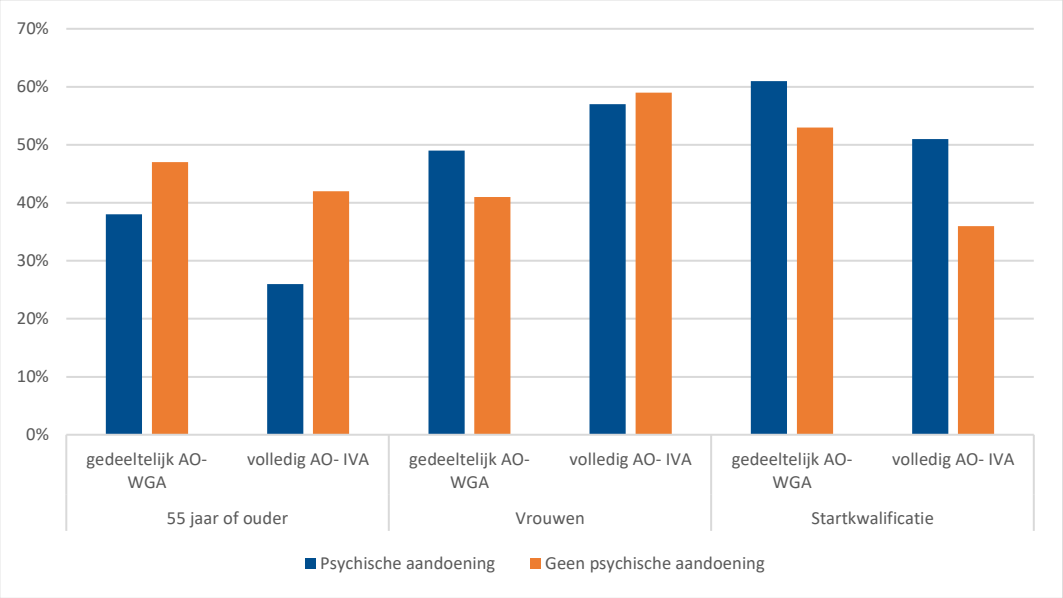
	LBZ/ZW[10]			WIA (instroom)[11]		
		Met psychische klachten[12]			Met psychische klachten	
	Totaal	N	%	Totaal	N	%
Geslacht						
Man	2.972.125	181.300	6,1%	21.004	-	-
Vrouw	2.930.200	251.997	8,6%	24.806	-	-
Leeftijd						
15-34 jaar	2.109.441	145.771	6,9%	6.306	3.563	56,5%
35-44 jaar	1.232.055	99.796	8,1%	7.949	4.030	50,7%
45-54 jaar	1.365.312	106.494	7,8%	11.973	4.310	36,0%
55-64 jaar	1.062.584	73.318	6,9%	17.907	4.053	22,6%
65+	100.130	3.404	3,4%	1.675	259	15,5%
Totaal	5.897.775	436.435	7,4%	45.810	16.215	30,7%

De klantenquête WIA/WGA van de Inspectie SZW biedt aanvullende informatie over de sociaaleconomische kenmerken van de mensen die in de WIA terecht zijn gekomen vanwege een psychische aandoening (zie figuur 2). Gedeeltelijk arbeidsongeschikten (WGA-ontvangers) met een psychische aandoening zijn minder vaak 55 jaar of ouder, zijn vaker vrouw en hebben vaker een startkwalificatie[13] (als hoogste opleidingsniveau - hier niet aangetoond) dan ontvangers van een WGA-uitkering zonder een psychische aandoening. Het verschil in het aandeel van mensen met startkwalificatie en 55-minners

[10] Bron: NEA (CBS en TNO), Enquête beroepsbevolking (CBS); bewerking door Panteia
[11] Bron: Kwantitatieve Informatie 2019 (UWV) en Volksgezondheidenzorg.nl (RIVM); bewerking door Panteia
[12] Het absolute aantal mensen in LBZ/ZW is in de literatuur niet beschikbaar. Daarom hebben we ze geëxtrapoleerd op basis van de percentages in het rapport 'Nationale enquête arbeidsomstandigheden 2019'(TNO). Omdat de beschikbare percentages in het rapport zijn afgerond op één decimaal, klopt de som van de uitsplitsingen naar geslacht en leeftijd niet exact met het totaal. De aantallen geven dus een indicatie van de omvang van deze groepen.
[13] Een startkwalificatie is een diploma havo, vwo, mbo niveau 2 of hoger.

is nog sterker als we vergelijken met volledige arbeidsongeschikten (IVA-ontvangers) met en zonder een psychische aandoening. Onder IVA-ontvangers is er geen significant verschil tussen mannen en vrouwen in het aandeel met een psychische aandoening.

figuur 2 Verschillen in sociaaleconomische kenmerken mensen in de WIA met en zonder psychische aandoeningen (2017)

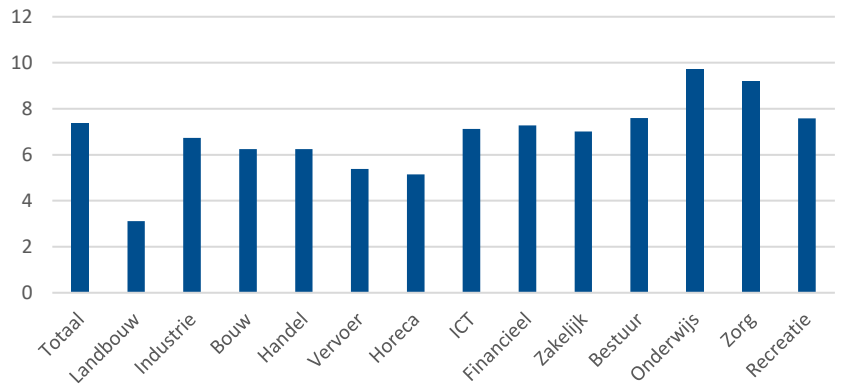


Bron: WIA/WGA-enquête Inspectie SZW (2019)

Voor de doelgroep werknemers in de LBZ/ZW vanwege psychische aandoeningen is er ook aanvullende informatie beschikbaar in de NEA waarmee we deze doelgroep verder kunnen karakteriseren. Uit figuur 3 hieronder blijkt dat de incidentie van verzuim in verband met psychische aandoeningen relatief hoog is in twee sectoren: onderwijs en zorg. In beide sectoren heeft bijna één op de tien werknemers (in 2019) aangegeven dat zijn/haar laatste verzuim was veroorzaakt door psychische aandoeningen (9,7% in het onderwijs en 9,2% in de zorg). Het relatief hoge verzuim in deze twee sectoren wordt in verband gebracht met het relatief hoge (langdurig) verzuim door burn-out, overspannenheid en (vooral in het onderwijs) depressie[14]. Daarentegen is de incidentie van psychische aandoeningen relatief laag in de landbouw, waar het aandeel mensen dat recentelijk heeft verzuimd vanwege psychische klachten circa 3% is.

[14] Voor meer informatie, zie:
- Algemene Vereniging Schoolleiders. 2019. "Stijging psychische klachten in onderwijs." https://avs.nl/actueel/nieuws/stijging-psychische-klachten-in-onderwijs/
- CZ. "Ziekteverzuim." https://www.cz.nl/zakelijk/verzuim-verminderen/verzuim

figuur 3 Aandeel werknemers die meest recentelijk heeft verzuimd i.v.m. psychische aandoeningen naar sector

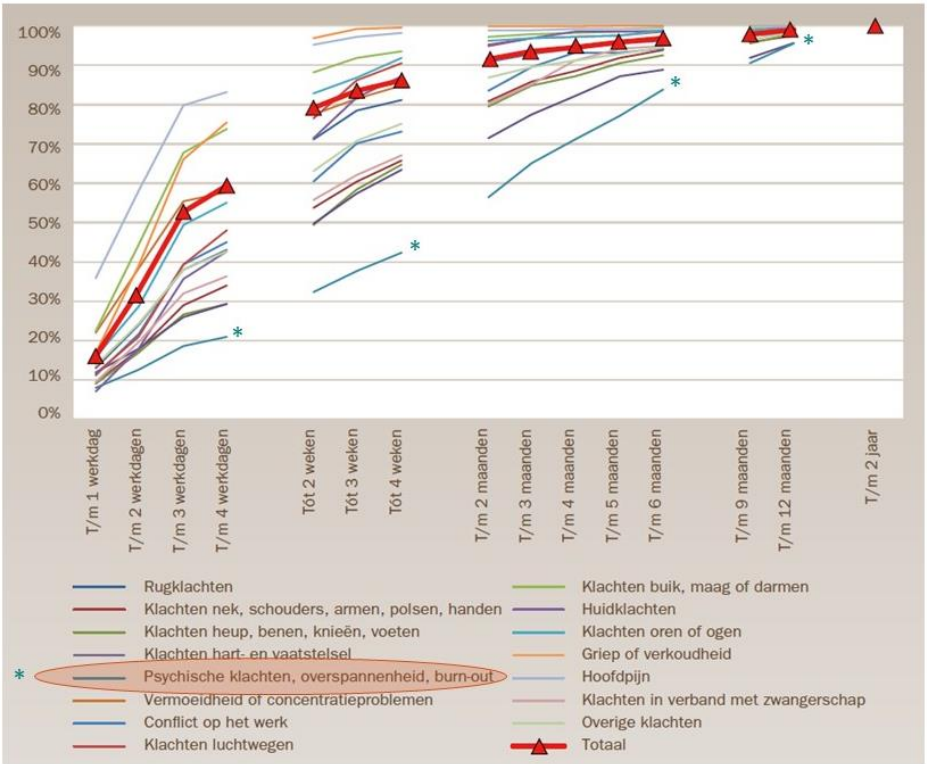


Bron: NEA (2019)

Bovendien blijkt uit figuur 4 dat werknemers in de ZW/LBZ vanwege een psychische aandoening een relatief lange hersteltijd hebben ten opzichte van werknemers met fysieke klachten. In figuur 4 worden de zogenoemde *herstelcurves* weergegeven waarbij we kunnen vergelijken hoe snel werknemers gemiddeld hun werk hervatten naar het type gezondheidsklachten. De herstelcurves meten de percentages van werknemers die hun werk hervatten na een verzuim die maximaal één werkdag, één week, één maand etc. duurt. Eke curve volgt de werkhervatting van groepen werknemers met dezelfde klacht.

Uit figuur 4 blijkt dat de herstelcurve voor werknemers die verzuimen vanwege psychische aandoeningen het vlakste is. Dat betekent dat werknemers met psychische aandoeningen de meeste tijd nodig hebben om hun werk te hervatten. Meer dan 50% van alle groepen met een fysieke klacht hervat het werk binnen twee weken na uitval, terwijl de meerderheid van de groep met psychische aandoeningen twee maanden nodig heeft om terug te gaan naar werk. Krap een vijfde van de groep met psychische aandoeningen is nog niet terug op het werk na een verzuim van 6 maanden.

figuur 4 Herstelcurves naar verschillende gezondheidsklachten (gebaseerd op de duur van de laatste verzuim)



Bron: Arbobalans TNO (2018) - bewerking door Panteia (2021)

Gepaard met de lange hersteltijd gaat het feit dat het gemiddeld aantal verzuimdagen (het zogenoemde verzuimvolume) van werknemers in de ZW/LBZ met psychische aandoeningen behoorlijk hoog is. Het gemiddeld aantal verzuimdagen van alle werknemers die in de afgelopen 12 maanden hebben verzuimd, is 16 werkdagen (in 2017). Door psychische klachten verzuimden werknemers in dezelfde periode meer dan drie keer dit gemiddeld aantal verzuimdagen (gemiddeld 54,9 dagen) (Houtman et al. 2019).

Ten slotte wordt in tabel 3 aandacht besteed aan hoeveel werknemers in de ZW/LBZ zitten vanwege psychische aandoeningen die worden veroorzaakt door hun werk(omstandigheden) in de periode 2007 tot 2017 (Houtman et al. 2019). De mate van werkgerelateerdheid van het verzuim is door de respondenten (werknemers) zelf-gerapporteerd. De cijfers laten zien dat verzuim vanwege psychische aandoeningen in zeer grote mate werkgerelateerd is. In 2017 geeft bijna driekwart van de werknemers die de laatste keer verzuimden vanwege psychische aandoeningen, aan dat hun verzuim 'hoofdzakelijk' of 'gedeeltelijk' het gevolg is van hun werk. Ruim 40% van deze groep werknemers beoordeelt dat hun verzuim 'hoofdzakelijk' door hun werk is veroorzaakt. Dat is een relatief sterke toename ten opzichte van 2007, toen dit laatste percentage nog 7 procentpunt minder was.

Ook als we kijken naar hoeveel verzuimdagen vanwege psychische aandoeningen werkgerelateerd zijn, zien we een toename. In 2017 is werk(omstandigheden) verantwoordelijk voor bijna 85% van alle verzuimdagen in verband met psychische aandoeningen. In 2007 was dit percentage ongeveer 10 procentpunt lager.

Tabel 3 Mate van werkgerelateerdheid van verzuim veroorzaakt door psychische aandoeningen

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Mate van werkgerelateerdheid van het verzuim in verband met psychische klachten (als percentage van de werknemers die verzuimen)						
Hoofzakelijk werkgerelateerd	35,5%	30,7%	39,7%	34,6%	37,0%	42,5%
Voor een deel werkgerelateerd	34,4%	38,6%	35,2%	35,9%	38,5%	36,7%
Geen gevolg van het werk weet niet	30,1%	30,7%	25,2%	29,5%	24,5%	20,8%
Mate van werkgerelateerdheid van het verzuim in verband met psychische klachten (als percentage van de verzuimdagen)						
Hoofzakelijk werkgerelateerd	38,7%	39,5%	41,1%	38,4%	37,2%	46,3%
Voor een deel werkgerelateerd	35,2%	37,2%	38,2%	39,3%	45,0%	38,3%
Geen gevolg van het werk weet niet	26,1%	23,4%	19,7%	21,5%	17,0%	14,8%

Bron: Arbobalans 2018 - NEA 2007-2017 (TNO/CBS);15- tot en met 64-jarigen

2.4 Ontwikkeling van de doelgroepen

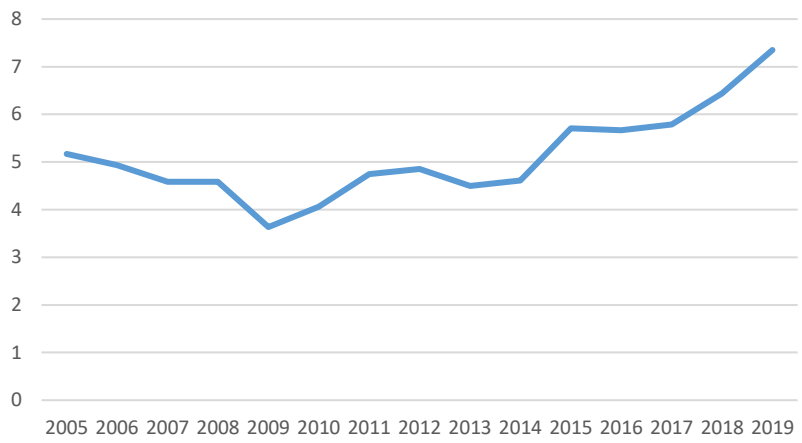
Relatief gezien is de omvang van de doelgroep van mensen in de ZW/LBZ in de laatste tien jaar gegroeid. Als we het aandeel van werknemers die door psychische klachten hebben verzuimd naar de periode van 2005 tot en met 2019 kijken (zie figuur 5), zien we eerst een licht dalende ontwikkeling in de eerste drie jaren (van ruim 5% tot ongeveer 3,5%). Vanaf 2008 stijgt de trend en het percentage van mensen die verzuimen door psychische aandoeningen neemt toe tot 7,4% in 2019.

In 2019 waren psychische klachten de voornaamste oorzaak van verzuim. In de periode daarvoor was het verzuimpercentage van overige aandoeningen het hoogst. Onder 'overige aandoeningen' worden onder andere hart- en vaatziekten, maag- en darmklachten, neurologische aandoeningen, urogenitale klachten en longklachten verstaan. Het aandeel verzuim naar aanleiding van klachten aan het bewegingsapparaat nam de laatste jaren af.[15]

Ruim de helft (60 procent) van alle werknemers met werkgerelateerd verzuim in 2017 schreef dit toe aan psychosociale arbeidsbelasting (PSA); het hoogste aandeel in de laatste tien jaar. Werknemers noemen hierbij werkdruk en werkstress het vaakst als reden voor hun verzuimklachten. Andere hieraan gerelateerde verzuimredenen zijn emotioneel te zwaar werk, moeilijk werk, problemen met de leiding of werkgever en problemen met collega's of klanten (Van Echtelt, 2020).

[15] https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ziekteverzuim/cijfers-context/trends#node-trends-oorzaken-ziekteverzuim

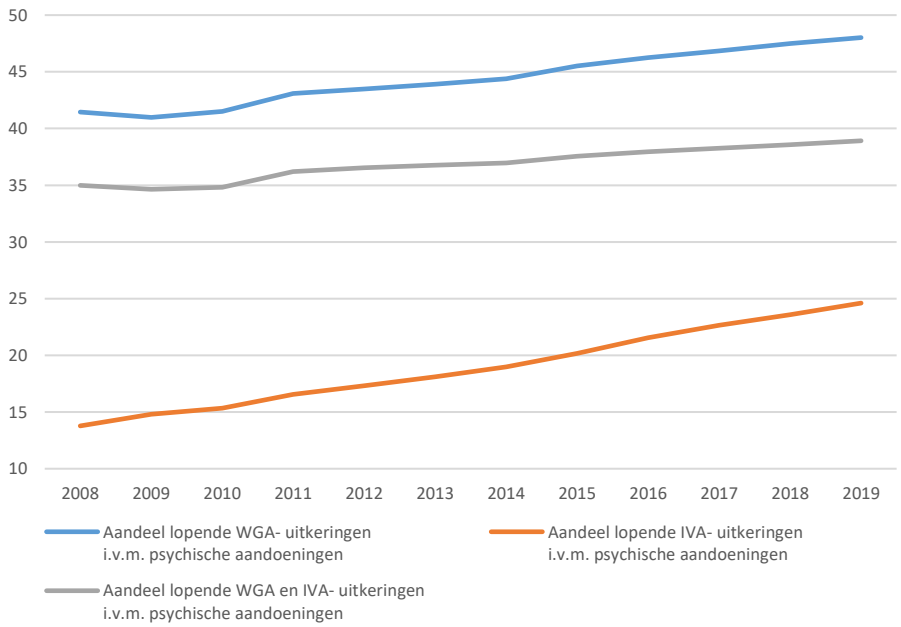
figuur 5 Aandeel werknemers die verzuimen vanwege psychische aandoeningen 2005-2019



Bron: NEA (2005-2019)

In figuur 6 geven we de omvang van de groep mensen in de WIA vanwege een psychische aandoening weer. Absoluut gezien bestaat deze doelgroep in 2019 uit 127.629 mensen. Over de toename in absolute aantallen kunnen we geen conclusies trekken, omdat we de mensen met een psychische aandoening in de WAO niet hebben meegerekend.

figuur 6 Doelgroep van mensen in de WIA (WGA- en IVA-uitkering) i.v.m. psychische aandoeningen (2008-2019)



Bron: UWV Kwantitatieve informatie 2008-2019

Er is ook sprake van een relatieve groei van de groep mensen in de WIA, in de zin dat in 2019 een groter aandeel van de lopende WGA- en IVA-uitkeringen wordt verstrekt in verband met psychische aandoeningen dan in 2008. figuur 6 toont dat het aandeel mensen in de WIA

vanwege psychische aandoeningen in 2008 al ruim 35% was. Dit aandeel bleef constant tot 2010 en groeide daarna naar ongeveer 39% in 2019. In figuur 6 zien we ook dat het aandeel van de mensen in de WIA vanwege psychische aandoeningen is toegenomen vanwege de groei van IVA-uitkeringsontvangers. Het percentage van mensen die volledig arbeidsongeschikt zijn als gevolg van psychische aandoeningen groeit met 11% van 14% tot 25% van 2008 tot en met 2019. Het aandeel mensen met een WGA-uitkering vanwege een psychische aandoening groeit ook in dezelfde periode maar wat minder sterk (van 42% tot 48%).

2.5 Aandachtsgroepen met psychische aandoeningen

De invloed op verzuim verschilt per aandoening. Dit komt omdat elke aandoening (of stoornis) meer of minder ernstige klachten kent. De invloed op het functioneren kan op verschillende manieren worden geduid. Tabel 4 geeft een overzicht van de meest gebruikte indicatoren voor de ziektelast.

Tabel 4 Indicatoren van ziektelast naar psychische aandoening

	Jaar-prevalentie[16]	Ziekte-jaren[17]	Ziekte-last[18]	Chroniciteit[19]	Verzuim[20]
1. Aan middelen gebonden stoornissen	129.693	32.100	0,25	0,30	26,4
2. Aandachts- en gedragsstoornissen[21]	127.841	9.100	0,07	**0,70**	31,0
3. Aanpassingsstoornissen	236.132	46.500	0,20	-	-
4. Angststoornissen	365.137	**173.900**	0,48	0,52	37,4
5. Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	32.175	11.021[22]	0,34	0,64	**64,6**
6. Depressieve stoornissen	**430.859**	147.579[20]	0,34	0,31	56,0
7. Eetstoornissen[23]	10.583	-	-	-	-
8. Persoonlijkheidsstoornissen	210.266	26.200	0,12	-	-
9. Pervasieve ontwikkelingsstoornissen[24]	95.536	19.900	0,21	-	-
10. Schizofrenie en psychotische stoornissen[25]	44.116	22.700	**0,51**	-	-
11. Overige psychische problematiek	119.997	34.100	0,28	-	-
Totaal	1.919.697[26]	609.300	0,32	-	-

Vanuit macroperspectief is de jaarprevalentie het meest relevant. Dit geeft immers aan hoeveel mensen in een gegeven jaar te maken hadden met een psychische aandoening. Daarbij blijkt dat depressieve stoornissen het meest voorkomend zijn, gevolgd door angststoornissen. Respectievelijk 22,4% en 19,0% van de Nederlanders met een psychische aandoening kampte in 2019 met deze stoornissen. Ook aanpassingsstoornissen, zoals

[16] Bron: Bevolkingsstatistiek 2019 (CBS), Volksgezondheidenzorg.nl (RIVM), en Zorgregistraties eerste lijn 2019 (Nivel); bewerking door Panteia. De jaarprevalentie is het aantal personen dat in het betreffende jaar (2019) de betreffende stoornis heeft (gehad).
[17] Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (RIVM)
[18] Ziektejaren (YLDs) gedeeld door de prevalentie: de ziektelast drukt uit hoe zwaar de aandoening drukt op het functioneren.
[19] De Graaf et al. (2012). Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2
[20] De Graaf et al. (2011). Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden: Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2).
[21] Enkel ADHD
[22] Vanuit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (RIVM) is slechts informatie beschikbaar over de ziektejaren veroorzaakt door alle stemmingsstoornissen gezamenlijk. Deze ziektejaren zijn hier evenredig verdeeld naar de jaarprevalentie van de individuele stemmingsstoorniscategorieën. Deze cijfers gelden daarmee als indicatief. In de praktijk zal deze verdeling er anders uitzien.
[23] Enkel anorexia-nervosa
[24] Enkel ASS
[25] Enkel schizofrenie
[26] Bron: Bevolkingsstatistiek 2019 (CBS), en NEMESIS-2 (Trimbos-instituut); bewerking door Panteia

overspannenheid en burn-out, komen relatief vaak voor, bij 12,3% van de Nederlanders met een psychische aandoening. Eetstoornissen komen het minst vaak voor (0,6%). Ook bipolaire stoornissen, en schizofrenie en psychotische stoornissen komen relatief weinig voor, respectievelijk bij 1,7% en 2,3% van de Nederlanders met een psychische aandoening.

Een andere macro-indicator is het aantal ziektejaren; het aantal jaren dat een gehele groep mensen met een aandoening hinder ondervindt in het functioneren. Deze wordt echter sterk vertekend door de prevalentie: hoe groter de groep mensen met een aandoening, des te groter het aantal ziektejaren toegekend aan deze aandoening. Deze indicator vindt dan ook vooral zijn waarde in een verrekening met de prevalentie tot de geïndividualiseerde ziektelast.

Een berekening van deze ziektelast laat zien dat deze het grootst is voor schizofrenie en psychotische stoornissen. Ook angststoornissen laten een relatief grote ziektelast zien. Deze liggen qua aantal ziektejaren wel sterk uiteen, met angststoornissen als veroorzaker van het grootst aantal ziektejaren. Schizofrenie en psychotische stoornissen leiden tot een relatief beperkt aantal ziektejaren. Dit betekent dat iemand met een angststoornis een relatief grotere impact op zijn/haar beroepsmatige functioneren ervaart dan iemand met schizofrenie of een psychotische stoornis. Zij zijn desondanks wel allen gebaat bij een vergelijkbare mate van inspanning tot herstel en re-integratie gezien de vergelijkbare ziektelast van deze aandoeningen. Aandachts- en gedragsstoornissen kennen daarentegen een relatief beperkte ziektelast en dus een beperktere impact op hun beroepsmatige functioneren. Voor deze groep lijkt de mate waarin re-integratieprofessionals werkhervatting kunnen bespoedigen daarmee relatief beperkt.

Een andere indicator op individueel niveau is de mate van chronisch verloop. Deze is het grootst bij aandachts- en gedragsstoornissen. Dit betekent dat mensen met deze aandoeningen regelmatiger hinder ondervinden in hun functioneren. Zoals opgemerkt is deze hinder vaak wel van beperkte aard. Dit is anders bij bipolaire stoornissen en angststoornissen, die beide een relatief hoge mate van chroniciteit kennen, maar ook een relatief grote ziektelast. De hinder als gevolg van deze aandoeningen kan regelmatig en groot zijn. Aan middelen gebonden stoornissen hebben daarentegen een beperkt chronisch karakter, en ook een beperktere ziektelast.

Gekeken naar het aantal dagen dat mensen met een psychische aandoening verzuimen, valt op dat mensen met een bipolaire stoornis het meest verzuimen, gemiddeld 64,6 dagen. Ook depressieve stoornissen leiden tot relatief veel verzuim, gemiddeld 56,0 dagen per persoon per kalenderjaar. Angststoornissen leiden tot beperkter verzuim, ondanks de hoge ziektelast en de hoge mate van chronisch verloop. Dit kan betekenen dat de gevolgen van angststoornissen vooral in het privéleven spelen. Ditzelfde geldt ook voor mensen met aandachts- en gedragsstoornissen en aan middelen gebonden stoornissen.

Niet alleen de impact verschilt van aandoening tot aandoening, maar ook de groep die het treft. In tabel 5 is de jaarprevalentie uitgesplitst naar geslacht en leeftijd.

Tabel 5 Prevalentie van verschillende psychische aandoeningen naar geslacht en leeftijd voor het jaar 2019

		Geslacht		Leeftijd				
	Totaal	M	V	15-34	35-44	45-54	55-64	65+
1. Aan middelen gebonden stoornissen	129.693	67%	33%	-	-	-	-	-
2. Aandachts- en gedragsstoornissen[27]	127.841	57%	43%	61%	22%	12%	5%	1%
3. Aanpassingsstoornissen	236.132	34%	66%	26%	24%	26%	20%	4%
4. Angststoornissen	365.137	34%	66%	35%	21%	20%	17%	7%
5. Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	32.175	44%	56%	23%	18%	25%	25%	9%
6. Depressieve stoornissen	430.859	36%	64%	23%	18%	25%	25%	9%
7. Eetstoornissen[28]	10.583	5%	95%	-	-	-	-	-
8. Persoonlijkheidsstoornissen	210.266	43%	57%	32%	25%	23%	16%	4%
9. Pervasieve ontwikkelingsstoornissen[29]	95.536	57%	43%	-	-	-	-	-
10. Schizofrenie en psychotische stoornissen[30]	44.116	68%	32%	16%	24%	28%	24%	8%
11. Overige psychische problematiek	119.997	40%	60%	-	-	-	-	-
Totaal[31]	1.919.697	49%	51%	38%	19%	21%	15%	-

Bron: Bevolkingsstatistiek 2019 (CBS), Volksgezondheidenzorg.nl (RIVM), en Zorgregistraties eerste lijn 2019 (Nivel); bewerking door Panteia

Hieruit blijkt dat het type psychische aandoeningen waarmee mannen en vrouwen kampen sterk verschilt. Zo is meer dan twee derde van de mensen met schizofrenie of een psychotische stoornis man, net als bij aan middelen gebonden stoornissen. Ook aandachts- en gedragsstoornissen, en pervasieve ontwikkelingsstoornissen komen relatief vaker voor onder mannen dan vrouwen. Eetstoornissen komen dan weer bijna exclusief voor bij vrouwen. Zo ook kennen aanpassingsstoornissen, angststoornissen en depressieve stoornissen een grotere prevalentie onder vrouwen dan mannen.

Een uitsplitsing naar leeftijd maakt een verdeling in drie groepen mogelijk. Allereerst kan een groep aandoeningen onderscheiden worden die zich vooral uiten in de vroege volwassenheid, zoals aandachts- en gedragsstoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Een tweede groep aandoeningen laat een gelijke prevalentie over alle leeftijdsgroepen zien, zoals in het geval van aanpassingsstoornissen, bipolaire stoornissen, en depressieve stoornissen. Schizofrenie en psychotische stoornissen vormen de derde groep met een relatief groter prevalentie in oudere groepen. Deze laatste bevinding is niet overeenkomstig met het feit dat deze aandoeningen vaak tussen de 16 en 30 tot uiting komt (Trimbos-instituut, 2021) en kan verklaard worden door het feit dat de NEMESIS-steekproef geen representatief beeld geeft van de populatie mensen met schizofrenie en psychotische stoornissen.

2.6 Samenvatting cijermatig beeld

Hierboven hebben we een overzicht gepresenteerd van de beschikbare kwantitatieve informatie over mensen met een psychische aandoening die een beroep doen op re-integratievoorzieningen (LBZ/ZW en WIA). We hebben eerst de omvang, de ontwikkeling en de sociaaleconomische kenmerken van deze doelgroep in kaart gebracht. Daarna hebben we de impact van de verschillende psychische stoornissen op het functioneren vergeleken.

[27] Enkel ADHD
[28] Enkel anorexia-nervosa
[29] Enkel ASS
[30] Enkel schizofrenie
[31] Bron: Bevolkingsstatistiek 2019 (CBS), en NEMESIS-2 (Trimbos-instituut); bewerking door Panteia

De belangrijkste uitkomsten omtrent de kenmerken van de groep mensen met een psychische aandoening die te maken krijgt met verzuim (LBZ/ZW) of arbeidsongeschiktheid (WIA) kunnen als volgt worden samengevat:

- In 2019 hadden ongeveer 1,9 miljoen Nederlanders een psychische aandoening, waarvan iets meer vrouwen dan mannen.

Psychische aandoeningen en verzuim (LBZ/ZW)

- Binnen alle leeftijdsgroepen heeft verzuim vanwege psychisch klachten een vergelijkbaar aandeel in het totale verzuim door alle werknemers, namelijk tussen 6% en 8% van het verzuim.

- Relatief gezien is de omvang van de doelgroep van mensen in de ZW/LBZ in de laatste tien jaar gegroeid. Het percentage van mensen die verzuimen door psychische aandoeningen was 7,4% in 2019. In 2019 waren psychische klachten de voornaamste oorzaak van verzuim.

- De incidentie van verzuim in verband met psychische aandoeningen is relatief hoog in twee sectoren: onderwijs en zorg.

- Werknemers in de ZW/LBZ vanwege psychische aandoeningen hebben een relatief lange hersteltijd in vergelijking met werknemers met fysieke klachten.

- Het verzuim vanwege psychische aandoeningen is in zeer grote mate werkgerelateerd. De mate waarin aandoeningen werkgerelateerd zijn is bovendien in de laatste tien jaar sterk toegenomen.

Psychische aandoeningen en arbeidsongeschiktheid (WIA)

- Het percentage mensen in de WIA vanwege psychische aandoeningen (als deel van de totale WIA-populatie) is in de afgelopen jaren toegenomen.

- Het aandeel mensen dat vanwege psychische klachten de WIA instroomt (ten opzichte van de totale WIA-instroom in dezelfde leeftijdsklasse) neemt af met leeftijd. Dit komt vooral omdat andere oorzaken voor arbeidsongeschiktheid bij oudere werknemers in toenemende mate een rol spelen.

- Binnen de doelgroep WIA-gerechtigden zijn mensen met psychische aandoeningen vaker jonger en en hebben vaker een startkwalificatie dan de groep WIA-gerechtigden zonder psychische aandoening.

- Relatief meer vrouwen dan mannen zijn gedeeltelijk arbeidsongeschikt in verband met een psychische aandoening.

- De kans dat een psychische aandoening leidt tot WIA-instroom neemt toe met de leeftijd.

Ziektelast per aandoening

De invloed van een psychische aandoening op het verzuim is niet voor alle aandoeningen gelijk. We geven hieronder een overzicht van welke aandoeningen het vaakst voorkomen en wat de ziektelast van deze aandoeningen is.

- Depressieve, angst- en aanpassingsstoornissen komen het vaakst voor.
    - Depressieve stoornissen kennen een gematigde ziektelast, een gematigde mate chroniciteit, en komen in alle leeftijdsgroepen voor.
    - Angststoornissen kenmerken zich door een sterke ziektelast, een sterke mate van chronisch beloop, en doen zich vooral bij jongeren voor.
    - Aanpassingsstoornissen, zoals burn-out en overspannenheid, kennen een beperkte ziektelast, en komen binnen alle leeftijdsgroepen voor.

- Ten opzichte van andere stoornissen leiden stemmingsstoornissen, waaronder depressieve en bipolaire stoornissen, gemiddeld tot het langste verzuim, respectievelijk gemiddeld 64,6 en 56,0 dagen per persoon.

3 Belemmeringen bij re-integratie

Er bestaan reële obstakels voor de doelgroep van mensen met psychische problemen om op een duurzame, zinvolle en gezonde wijze te participeren in het arbeidsproces. Het is niet eenvoudig om de precieze oorzaken – en daarmee de belangrijkste belemmeringen, barrières of obstakels – aan te wijzen van dit probleem. Dit komt mede doordat een stevige basiskennis hierover ontbreekt (Boumans et al., 2018). Een literatuuronderzoek is uitgevoerd om zicht te krijgen op de belemmeringen die een rol spelen bij werkhervatting na verzuim door psychische klachten.

Er is gefocust op de barrières voor werkhervatting waar met re-integratieactiviteiten invloed op kan worden uitgeoefend. En dus *niet* op achtergrondkenmerken zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, die uiteraard wel kunnen samenhangen met de kans op werkhervatting. Enkele studies richten zich niet specifiek op werkhervatting bij verzuim door psychische klachten, maar op arbeidsparticipatie van mensen met een psychische aandoening in meer algemene zin. Ook de inzichten uit deze onderzoeken zijn verwerkt in deze rapportage.

In de literatuurstudie is vooral gezocht naar reviews en overzichtsstudies, waarin de bestaande kennis is samengevat. Een volledige lijst van geraadpleegde literatuur over de belemmeringen bij werkhervatting is opgenomen in de bijlage. Na bestudering van deze bronnen bleken enkele publicaties het meest concrete inzicht te bieden in (beïnvloedbare) barrières bij werkhervatting na verzuim door psychische klachten. Deze inzichten vatten we samen in dit hoofdstuk.

We maken een onderscheid naar belemmeringen bij 'common mental disorders' (CMD) en 'ernstige psychiatrische aandoeningen' (EPA). Dit onderscheid is weliswaar een grofmazige indeling, maar is desondanks een gangbare indeling in de geraadpleegde literatuur. Achter het begrip 'psychische aandoening' gaat immers een grote diversiteit schuil. Het verschil tussen CMD en EPA loopt langs twee lijnen: ernst en prevalentie. EPA kenmerken zich door een sterke, terugkerende verstoring van het functioneren. CMD's kenmerken zich door een beperktere verstoring van voorbijgaande aard. Daarbij geldt dat EPA minder vaak voorkomen dan CMD's.

De beschreven belemmeringen in de literatuur hebben vooral betrekking op 'common mental disorders' (CMD) en in mindere mate op ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). In de literatuur zijn belemmeringen voor re-integratie als zodanig beschreven, maar worden ook factoren benoemd die een succesvolle re-integratie bevorderen. De afwezigheid van deze bevorderende factoren kunnen deels worden gezien als belemmeringen. In grote lijnen zijn de volgende typen belemmeringen te onderscheiden:

- Belemmeringen in de werksituatie
- Belemmeringen in de persoon
- Overige belemmeringen

Deze verschillende factoren staan veelal niet op zichzelf, maar beïnvloeden elkaar. Verondersteld kan worden dat de wisselwerking tussen werkgerelateerde, persoonlijke en overige (maatschappelijke) factoren een rol speelt (van Weeghel & Michon, 2018). De impact van een EPA of CMD en daaruitvolgende kwetsbaarheid is daarnaast individu specifiek.

In het volgende hoofdstuk gaan we in op de factoren en interventies die bijdragen aan het oplossen van deze belemmeringen.

3.1 Belemmeringen bij *common mental disorders*

3.1.1 Belemmeringen in de werksituatie

Op basis van (overzichts)onderzoeken naar belemmeringen die werknemers ervaren bij re-integratie na psychische klachten (Andersen et al. 2012; Joosen et al. 2017), kunnen samenvattend de volgende belemmeringen in de werksituatie worden onderscheiden vanuit het perspectief van werknemers:

- Te snel moeten starten met werk na verzuim.
- Niet passende werkinhoud: taken niet uitdagend en/of niet passend, hogere werkdruk dan afgesproken, niet passende werktijden.
- Geen structurele aanpassingen in de werkomgeving: er is niets veranderd in de werksituatie, waardoor er geen sprake is van een structurele oplossing van de ervaren knelpunten.
- Onvoldoende en niet-passende begeleiding/supervisie door leidinggevende: gebrek aan duidelijkheid over het re-integratieproces, onvoldoende communicatie, niet benaderbare manager, gebrek aan steun, begrip, en vertrouwen.
- Gebrek aan ervaren steun, compassie en begrip van collega's.

3.1.2 Bevorderende factoren in de werksituatie

Factoren die door personen met psychische aandoeningen zelf als helpend of belangrijk worden ervaren bij succesvolle arbeidsparticipatie, zijn – in termen van werkgerelateerde factoren: een kans krijgen, vertrouwen van de leidinggevende, betrokken collega's en aangepaste taken (Boumans et al. 2018). Stakeholders – GGZ-professionals, arboprofessionals, huisartsen en managers – benoemen de volgende drie aspecten die samenhangen met de werksituatie als kern van een succesvol re-integratieproces (Joosen et al. 2017). Deze zogenoemde bevorderende factoren vloeien logischerwijs voort uit een deel van de hierboven beschreven belemmeringen.

Het type werk waar men naar terugkeert: voldoening gevende en motiverende activiteiten

Adequate werkaanpassingen zijn van essentieel belang bij re-integratie. Werksituaties waarin geen substantiële actie is ondernomen om de terugkerende werknemer te ondersteunen zijn een grote barrière voor re-integratie. Managers benoemen dat re-integratie wordt bevorderd als de werknemer met alternatief werk kan starten in plaats van het eigen werk. Het eigen werk brengt mogelijk verwachtingen en druk met zich mee om te functioneren als voor het verzuim. Alternatief werk kan de mogelijkheid bieden kleine successen te boeken en het zelfvertrouwen te hervinden. Het terugkeren naar activiteiten die voldoening geven en motiverend zijn faciliteren de re-integratie in sterke mate.

In dit licht beschrijven Andersen et al. (2012) dat aanpassingen in het werk die beperkt blijven tot een lager aantal werkuren niet voldoende zijn. Ook verantwoordelijkheden en werkdruk moeten langzaam worden opgebouwd. Werknemers die terugkeren op het werk hebben extra tijd nodig om de nieuw geleerde strategieën te oefenen en te gebruiken. En zij moeten bovendien continu evalueren of de werkcapaciteit wordt overschreden.

Een veilige, verwelkomende en stigma-vrije werkomgeving

Conflicten op het werk, vooroordelen op de werkvloer over psychische problemen en moeizame communicatie met de manager zijn belemmerend voor re-integratie. De werkomgeving is niet altijd gemotiveerd om de zieke werknemer te laten re-integreren, bijvoorbeeld als een vervanger is ingehuurd die goed functioneert. Verder kan de relatie tussen de zieke werknemer en de collega's verslechterd zijn doordat de werknemer in de periode voorafgaand aan het verzuim minder goed functioneerde of moeizaam communiceerde. Collega's hebben beperkte kennis van het herstelproces van psychische

klachten en kunnen activiteiten die werknemers ondernemen in hun privéleven (zoals fietsen of winkelen) zien als het genieten van de verzuimperiode in plaats van het werken aan herstel. Zieke werknemers voelen zich dan ook schuldig richting collega's om dergelijke activiteiten te ondernemen.

Waar het gaat om bevorderde factoren op het gebied van de werkomgeving geven Andersen et al. (2012) aan dat sociale steun een belangrijke rol speelt bij het uitbouwen van een gedeeltelijke terugkeer naar werk tot een volledige terugkeer. Daarbij gaat het om zowel de sociale steun tijdens het verzuim als de sociale steun in het proces van re-integratie. Na de terugkeer op het werk is het van belang dat er begrip is voor de symptomen en de verminderde werkcapaciteit. En dat collega's de aangepaste werkomstandigheden respecteren. De mate van steun op het werk kan afhankelijk zijn van de oorzaak van de psychische problemen. Als voorbeeld wordt genoemd dat er bij het overlijden van een partner meer begrip is dan bij een scheiding.

Gepersonaliseerde ondersteuning bij re-integratie

Er is geen standaard in re-integratie ondersteuning en een gepersonaliseerde aanpak is essentieel. Het is belangrijk dat de manager regelmatig contact onderhoudt met de werknemer. Maar tegelijkertijd kan de manager ook te snel of te frequent contact leggen, zeker als er sprake is van een (opkomend) conflict op het werk. Dit kan re-integratie dan juist weer belemmeren.

3.1.3 Belemmeringen in de persoon

Op basis van (overzicht)onderzoek naar belemmeringen die werknemers ervaren bij re-integratie na psychische klachten (Andersen et al. 2012, Joosen et al. 2017, Noordik 2013), kunnen samenvattend de volgende belemmeringen in de persoon en de privésituatie worden onderscheiden:

- Gebrek aan motivatie voor terugkeer naar het werk. Dit is volgens werknemers een belangrijke barrière. Het gebrek aan motivatie is vaak gerelateerd aan gevoelens van boosheid en het gevoel oneerlijk behandeld te worden. Gevoelens van onzekerheid en angst voor terugkeer op het werk, angst voor negatieve reacties op het werk.
- Gevoelens van schaamte of schuld voor hun psychische problemen.
- (Cognitieve) factoren die het moeilijk maken om met de eisen van het werk om te gaan, zoals uitputting, verminderde concentratie, prikkelbaarheid, vergeetachtigheid, het niet in staat zijn om grenzen te stellen, perfectionisme, het niet herkennen van uitputting, een (te) sterk verantwoordelijkheidsgevoel, gebrek aan zelfinzicht en gebrek aan assertiviteit.
- Bijkomende fysieke klachten.
- Spanningen of stress in privéleven of gebrek aan begrip van naasten.

Stakeholders - GGZ-professionals, arboprofessionals, huisartsen en managers – benoemen dat de motivatie van werknemers om terug te keren naar het werk versus hun emoties, cognities en 'coping' van grote invloed zijn op de re-integratie na psychische klachten (Joosen et al. 2017). In dit licht stellen Andersen et al. (2012) dat het belangrijk is dat een werknemer gemotiveerd en bereid moet zijn om te re-integreren. Als een werknemer niet *wil* re-integreren omdat het werk geen voldoening geeft, of omdat activiteiten thuis meer voldoening geven, is dat een grote barrière.

De belemmeringen die uit het onderzoek van Andersen et al. (2012) naar voren komen, komen overeen met de bevindingen uit de overzichtsstudie van Joosen et al. (2017) zoals hierboven beschreven. Een belangrijke belemmering die werknemers volgens Andersen et al. (2012) namelijk ervaren is dat ze vrezen dat er geen verbetering of aanpassing van de

werkomstandigheden heeft plaatsgevonden bij de terugkeer naar werk. Angst van de werknemer niet om te kunnen gaan met de eisen van het werk of de controle te verliezen hangt samen met een negatieve attitude ten opzichte van werkhervatting. Dit kan de mogelijkheden voor het omgaan met problemen en stress beïnvloeden. De door de werknemer ingeschatte eigen effectiviteit in het omgaan met de eisen van het werk blijkt van belang te zijn bij het re-integratieproces.

Waar in het onderzoek door Joosen et al. (2017) wordt gesproken over de rol van 'emotionele factoren' spreken Andersen et al. (2012) individuele psychologische factoren die personen met CMD ervaren als obstakels voor werkhervatting. Het gaat daarbij om aspecten als uitputting, verminderde concentratie, prikkelbaarheid en vergeetachtigheid. Werknemers kunnen het moeilijk vinden om grenzen te stellen in veeleisende situaties op het werk, door een hoge mate van verantwoordelijkheidsgevoel. Die hoge mate van verantwoordelijkheidsgevoel kan ook leiden tot een te snelle terugkeer naar het werk. Perfectionisme maakt het voor werknemers moeilijk om het werktempo te verlagen en hun eigen verminderde werkcapaciteit te accepteren.

Het ziekteverlof als gevolg van CMD's leidt tot een lage ervaren eigen effectiviteit. Werknemers ervaren onzekerheid over het in staat zijn om te gaan met de eisen op het werk en hebben twijfels over hun eigen mogelijkheden om het gedrag aan te passen. Als leidinggevende en collega's het verzuim en de klachten volledig toeschrijven aan de privé situatie en niet aan de werksituatie, vermindert de motivatie om op het werk terug te keren aanzienlijk omdat de werknemer er geen vertrouwen in heeft dat de werkgever relevante veranderingen op de werkplek doorvoert.

Factoren die door mensen met een psychische aandoening zelf als helpend of belangrijk worden ervaren bij succesvolle arbeidsparticipatie, omvatten – in termen van persoonsgebonden factoren: motivatie, psychische stabiliteit, zelfinzicht en zelfmanagement, toegang tot sociale steun, assertiviteit en humor (Boumans et al. 2018).

3.1.4 Overige belemmeringen

De overige belemmeringen hebben doorgaans te maken met de **zorg**, de **regelgeving** en de **samenwerking** tussen de verschillende partijen.

De factoren hebben vooral betrekking op de maatschappelijke context waarbinnen de re-integratie plaatsvindt. In onderzoek naar belemmeringen die werknemers ervaren bij re-integratie na psychische klachten (Joosen et al. 2017), werden lange wachtlijsten voor psychologische behandeling en diagnose als belemmering onderscheiden. Deze wachtlijsten kunnen het herstelproces belemmeren en daarmee ook de terugkeer naar werk.

Andersen et al. (2012) beschrijven als belemmerende factor dat werknemers te maken krijgen met verschillende systemen, die conflicterende belangen hebben en verschillende perspectieven op re-integratie. Het gaat daarbij om verzekeraars, de geestelijke gezondheidszorg en de arbodienstverlening. De verschillende systemen hebben op verschillende manieren impact op de werknemer en werkhervatting. Zo kan de behandeling vanuit de GGZ teveel gericht zijn op symptomen en ziekte in plaats van op mogelijkheden, of teveel gericht zijn op individuele strategieën in plaats van relevante werkplekaanpassingen. Verzekeraars kunnen bijvoorbeeld een belemmerende rol spelen als financiering van herstel bevorderende activiteiten op zich laat wachten.

3.2 Belemmeringen bij ernstige psychiatrische aandoeningen

In deze paragraaf maken we op basis van beschikbare (overzichts)onderzoeken onderscheid tussen belemmerende factoren in de werksituatie, in de persoon, en overige belemmeringen (van Beek et al. 2014, van Erp 2014, de Kinderen 2015, Boumans et al. 2018, Lange et al. 2019).

3.2.1 Belemmeringen in de werksituatie

Op basis van de verschillende onderzoeken (zie hierboven) komen de volgende werkgerelateerde factoren naar voren die een belemmeringen zijn voor de arbeidsparticipatie van personen met een ernstige psychiatrische aandoening:

- Niet passende werkinhoud
- Onbegrip, stigma en uitsluiting
- Prestatiedruk
- Gebrek aan (passende) ondersteuning
- Onbekendheid en vooroordelen bij werkgevers (speelt met name bij het *aannemen* van personen met een EPA).

Deze factoren werken we hieronder verder uit.

Niet passende werkinhoud

Personen met een psychische stoornis hebben grotere kans op ziekteverzuim, waardoor ze sneller achter gaan lopen met werk en daarmee problemen kunnen ondervinden in het behouden van hun baan. Stress en veranderingen bemoeilijken het behouden van werk. Te veel verantwoordelijkheid moeten nemen, zelfstandig moeten werken, lange dagen moeten maken. In korte tijd moeilijke taken moeten leren/uitvoeren, dragen bij tot stress. Personen met een psychische stoornis hebben grotere kans op ziekteverzuim, waardoor ze sneller achter gaan lopen met werk en daarmee problemen kunnen ondervinden in het behouden van hun baan.

Onbegrip, stigma en uitsluiting

Onbegrip, stigma en uitsluiting kwamen ook als belangrijke belemmeringen voor arbeidsparticipatie naar voren. Het gaat om de bereidheid om mensen een kans te geven een plek te bieden die aansluit bij iemands mogelijkheden en beperkingen en iemand daarin als volwaardig persoon te benaderen. In het contact met werkgevers ervaart men bijvoorbeeld een gebrek aan kennis over wat psychische problemen inhouden en ervaart men een lage bereidheid om rekening te houden met specifieke klachten en omstandigheden. Voor werknemers is het een dilemma in hoeverre ze informatie over hun psychische klachten delen met de werkgever.

Prestatiedruk

Ook prestatiedruk en hoge eisen die worden gesteld vormen voor sommigen een belemmering om betaald werk vol te houden. Het gaat dan bijvoorbeeld om het omgaan met deadlines, het werktempo, de tijdsdruk, het moeten verantwoorden van uren en functioneringsgesprekken.

Gebrek aan (passende) ondersteuning

In het verleden heeft men ervaren dat er geen of nauwelijks ondersteuning werd geboden bij pogingen om terug te keren in betaalde arbeid. Het gaat dan bijvoorbeeld om ondersteuning bij werk zoeken maar ook ondersteuning op de werkplek om de overgang te versoepelen. Daardoor voelt men zich aan het lot overgelaten. Waar het gaat om werk*behoud* ervaren mensen met een EPA veelal onvoldoende steun van de werkgever met betrekking tot:

- Flexibiliteit is werkuren en werkomgeving
- Begeleiding en coaching
- Monitoren van de gezondheid van de werknemer

Onbekendheid en vooroordelen bij werkgevers

Werkgevers zijn minder geneigd om mensen met een psychische stoornis aan te nemen uit angst voor de consequenties (onder andere ziekteverzuim, lagere prestaties, negatieve reacties van collega's, misbruik van aanpassingsmogelijkheden door collega's). Ook zijn werkgevers niet altijd goed op de hoogte van procedures en werkwijzen met re-integratietrajecten voor mensen met een psychische stoornis en de benodigde samenwerking met ketenpartijen. Daarnaast zijn werkgevers onvoldoende op de hoogte van het bestaan van de groep met een psychische stoornis en het potentieel dat zij hebben op de arbeidsmarkt. Tevens vergt het behouden van werknemers met een psychische stoornis extra (management)tijd en geld (o.a. werkplekaanpassingen, meer aandacht en flexibiliteit van werkgever, kosten voor ziekteverzuim). Werkgevers geven aan onvoldoende informatie te krijgen over de beperkingen en benodigdheden (tijdens het aannameproces en tijdens het werk).

3.2.2 Belemmeringen in de persoon

Op basis van eerdergenoemde onderzoeken komen de volgende in de persoon gelegen factoren naar voren die een belemmeringen zijn voor de arbeidsparticipatie van personen met een ernstige psychiatrische aandoening:

- Beperkte belastbaarheid
- Persoonlijke drempels, zelfstigma en gebrek aan lange termijn doelen
- Gebrek aan kwalificaties

Beperkte belastbaarheid

De psychische klachten zelf, de strijd die men dagelijks voert om met deze klachten om te gaan en de bijbehorende lijdensdruk, vormen de voornaamste belemmeringen in pogingen tot duurzaam volhouden van arbeidsparticipatie. Op momenten of in periodes dat het psychisch lijden zwaar is, komen alle andere zaken in de knel, zo ook het werk. De psychische klachten doen een zodanig beroep op de eigen inspanningen tot zelfmanagement dat het wordt ervaren als een 'baan op zich' om zichzelf ondanks psychische kwetsbaarheid staande te houden. Beperkte belastbaarheid, voortkomend uit de psychische klachten, is dan ook een belangrijk thema. Het feit dat de eigen belastbaarheid beperkt is, leidt tot frustratie en verdriet. Men moet de eigen grenzen leren accepteren.

Persoonlijke drempels, zelfstigma en gebrek aan lange termijn doelen

Personen met een psychische stoornis zijn minder goed ontwikkeld op het communicatieve vlak. Zij hebben moeite in het contact met collega's, werkgever en cliënten en dit belemmert ze in het vinden van geschikt werk en/of het succesvol uitvoeren van hun werk.

Werkzoekenden met een psychische stoornis hebben vaak de verwachting dat zij niet geselecteerd zullen worden of dat zij na selectie niet geaccepteerd en gediscrimineerd zullen worden. Geanticipeerd stigma weerhoudt veel personen met een stoornis ervan überhaupt op zoek te gaan naar een baan. Deze negatieve ervaringen en tegenslagen in pogingen om weer te gaan werken, vormen een niet te onderschatten, en steeds groter wordende belemmeringen de transitie naar betaald werk. Ook zelfstigma speelt hierbij: door mislukte re-integratiepogingen gaat men op een gegeven moment aan

zichzelf twijfelen en dan is het verleidelijk om bestaande beeldvorming over psychische ziekten te internaliseren.

Gebrek aan kwalificaties

Bij de transitie naar betaald werk kan een rol spelen dat mensen te laag gekwalificeerd zijn voor het werk dat ze graag zouden willen doen, bijvoorbeeld omdat ze door psychische problemen de studie niet hebben afgemaakt.

3.2.3 Overige belemmeringen

Op basis van de hierboven genoemde onderzoeken komen de volgende overige factoren naar voren die een belemmeringen zijn voor de arbeidsparticipatie van personen met een ernstige psychiatrische aandoening:

- Perverse financiële prikkels
- Flexibele arbeidsmarkt
- Gebrekkige re-integratiepraktijk

Perverse financiële prikkels

Vaak gaan mensen er niet financieel op vooruit als ze de stap naar betaald werk proberen te zetten. De onzekerheid en 'het gedoe' rond de financiën vormt een belemmering.

Flexibele arbeidsmarkt

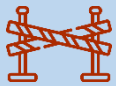
Ook kenmerken van de arbeidsmarkt kunnen een belemmering vormen. Het gaat daarbij om krapte op de arbeidsmarkt, korte contracten, concurrentie, snelle wisselingen van personeel. Deze kenmerken van de huidige arbeidsmarkt hebben ervoor gezorgd dat de vanzelfsprekendheid van een vaste verbinding met een werkgever en een vast inkomen zijn komen te vervallen. De ervaring is dat mensen met psychische problemen in een dergelijke arbeidsmarkt extra worden benadeeld.

Re-integratiepraktijk zoekende naar de juiste aanpak

In Nederland is de re-integratiepraktijk van deze groep lange tijd gekenmerkt door een voorzichtige aanpak, met langdurige, stapsgewijze voorbereidingstrajecten en beschutte werkplekken. De laatste jaren is het accent steeds sterker op (her)intrede in het reguliere arbeidsproces komen te liggen. Daarbij is het besef gegroeid dat het verkrijgen van een reguliere baan niet eenvoudig is, maar dat het behouden van dat werk doorgaans nog veel moeilijker is voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Velen verliezen na verloop van tijd hun baan en op de langere duur ook enig ander dienstverband (Boumans et al. 2018).

3.3 Samenvatting

Hieronder volgt op basis van bestaande onderzoeken een overzicht van de belangrijkste belemmeringen voor re-integratie (en werkbehoud) voor zowel personen met CMD's als personen met EPA.

Belemmeringen bij re-integratie		
	Common Mental Disorders (CMD's)	**Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA)**
Belemmering en in de werksituatie	• Te snel moeten starten • Niet passende werkinhoud: taken niet uitdagend en/of niet passend, hogere werkdruk dan afgesproken, niet passende werktijden • Geen structurele aanpassingen in de werkomgeving • Onvoldoende en niet-passende begeleiding/supervisie: gebrek aan duidelijkheid over re-integratieproces, onvoldoende communicatie, niet benaderbare manager, gebrek aan steun, begrip, en vertrouwen • Gebrek aan ervaren steun, compassie, begrip van collega's	• Niet passende werkinhoud • Onbegrip, stigma en uitsluiting • Prestatiedruk • Gebrek aan (passende) ondersteuning • Onbekendheid en vooroordelen bij werkgevers
Belemmeringen in de persoon	• Gebrek aan motivatie voor terugkeer naar het werk • Gevoelens van onzekerheid en angst voor terugkeer op het werk, angst voor negatieve reacties op het werk • Gevoelens van schaamte of schuld • Moeite om te gaan met eisen van het werk: Niet in staat om grenzen te stellen, (te) sterk, verantwoordelijkheidsgevoel, gebrek aan zelfinzicht, gebrek aan assertiviteit • Bijkomende fysieke klachten • Spanningen of stress in privéleven • Gebrek aan begrip van naasten	• Beperkte belastbaarheid • Persoonlijke drempels, zelfstigma en gebrek aan lange termijn doelen • Gebrek aan kwalificaties
Overige belemmeringen 	• Lange wachtlijsten voor behandeling en diagnose (professionele begeleiding)	• Perverse financiële prikkels • Flexibele arbeidsmarkt • Gebrekkige re-integratiepraktijk

4 Effectieve re-integratie instrumenten en inzichten uit de praktijk

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de bestaande re-integratie instrumenten die bewezen effectief zijn bij de re-integratie van mensen met een psychische aandoening. Met bewezen effectieve interventies bedoelen we dat de interventie een met onderzoek aangetoonde bijdrage aan de oplossing van het geformuleerde probleem levert. Ook beschrijven we enkele inzichten uit de praktijk die van belang kunnen zijn voor re-integratieprofessionals.

Inclusiecriteria

De inventarisatie van effectieve re-integratie-instrumenten heeft plaatsgevonden door het raadplegen van verschillende databanken, wetenschappelijke en grijze overzichtsliteratuur. Er is voor gekozen zoveel mogelijk voort te bouwen op dit eerdere werk, waar mogelijk aangevuld met actuele bronnen. Alle interventies uit deze bronnen zijn beoordeeld op basis van de inclusiecriteria.

Voor inclusie van interventies in het rapport hebben we de volgende criteria gehanteerd:

- De effectiviteit van de interventie is onderzocht voor mensen met psychische klachten.
- De interventie heeft als hoofd- of nevendoel re-integratie naar werk (vanuit een situatie van verzuim, arbeidsongeschiktheid of werkloosheid) of terugvalpreventie na eerder verzuim.
- De methode wordt in Nederland toegepast.

Het onderzoek heeft ten doel een overzicht te bieden van de bestaande (mogelijk) effectieve interventies die met het oog op re-integratie van mensen met psychische klachten ingezet kunnen worden. Daarom zijn in dit rapport interventies opgenomen die in Nederland worden toegepast. Deze interventies zijn (ook) in Nederland onderzocht op effectiviteit. In de academische meta-analyses is wel gekeken naar interventies die in andere landen zijn onderzocht. Veelal waren dit interventies met (een variant van) Cognitieve gedragstherapie, al dan niet gecombineerd met werkgerichte elementen.

4.1 Effectieve re-integratie instrumenten

Voor dit onderzoek nemen we als uitgangspunt voor de selectie van bewezen effectieve interventies dat deze door één van de Nederlandse kennisinstituten[32] zijn beoordeeld als effectief, met een doelstelling (en uitkomstmaten) op het gebied van arbeidsparticipatie. In de databanken van kennisinstituten zijn de volgende effectieve interventies opgenomen, die betrekking hebben op psychische klachten en re-integratie naar werk:

- **Individuele plaatsing en steun (IPS)**: *Sterke aanwijzingen voor effectiviteit* (*Trimbos-instituut*)
- **Individuele Rehabilitatie benadering (IRB)**: *Sterke aanwijzingen voor effectiviteit (Trimbos-instituut, Movisie)*
- **Bewegen werkt**: *Eerste aanwijzingen voor effectiviteit (Kenniscentrum Sport)*

[32] Trimbos-instituut, Movisie, NJi, NCJ, RIVM, Kenniscentrum Sport en Vilans.

Uit andere bronnen (Bouman et al. 2015, Mikkelsen et al. 2018, Nigatu et al. 2016, Joyce et al. 2016, Cullen et al. 2018) zijn aanwijzingen gevonden voor (een zekere mate van) effectiviteit met betrekking tot de terugkeer naar werk van andere methoden:

- **Werkgerichte cognitieve gedragstherapie (W-CGT):** In diverse studies is bewijs gevonden voor de effectiviteit van de inzet van (vormen van) Cognitieve Gedragstherapie, vaak in combinatie met werkgerichte elementen zoals probleemoplossingsvaardigheden en contact met de werkplek.
- **Return@work (blended e-health):** In Nederlands onderzoek is een positief effect gevonden van een blended e-health interventie: een combinatie van een online zelfhulpprogramma in combinatie met begeleiding door de bedrijfsarts.

In onderstaande tabel vatten we de kenmerken van deze interventies samen. Daarna volgen de beschrijvingen van deze bewezen effectieve interventies.

tabel 6 Overzicht bewezen effectieve interventies van interventies voor re-integratie van mensen met een psychische aandoening

	Doelgroep		Methode		
Titel interventie	Type psychische stoornis	Werk/ verzuim-situatie	Uitvoerende organisaties / professional(s)	Kern van de interventie	Individuele/ Werkplek-begeleiding[33]
IPS	EPA	Werkloosheid	GGZ-instelling / trajectbegeleiders	Langdurige begeleiding bij het vinden en behouden van betaald werk.	Beide
IRB	EPA	Werkloosheid	GGZ, wijkteams, arbeidstoeleidings-trajecten	Ondersteuning bij het stellen en behalen van doelen door gesprekken op basis van gespreksmodules.	Individueel
Bewegen werkt	Mensen die fitheid en/of structuur missen	Werkloosheid	Ergo Control	Re-activerings-programma: bewegen, leefstijl en arbeidsrelevante competenties	Individueel
W-CGT	CMD: milde depressie, angst en burn-out	Kortdurend verzuim	Psychotherapeut	Werkaspecten geïntegreerd in Cognitieve Gedragstherapie	Individueel
Return@work (Blended E-Health)	CMD (depressie, somatisatie, angst)	Ziekteverzuim	Online zelfhulpprogramma (i.c.m. begeleiding door bedrijfsarts)	5 modules: psycho-educatie, cognities, probleemoplossing, pijn- en vermoeidheids-management, terugvalpreventie	Individueel

Bron: Panteia

[33] Met werkplekbegeleiding bedoelen we dat er – naast de begeleiding van de werknemer – ook ondersteuning wordt gegeven aan de werkgever, leidinggevende en/of collega's.

Werkzame elementen

Kijkend naar de bewezen effectieve interventies, komen overkoepelend een aantal categorieën van werkzame elementen naar voren. Hierbij is uitgegaan van de inzichten in de werkzame elementen zoals beschreven in de betreffende onderzoeken en/of interventiebeschrijvingen. Belangrijk hierbij te vermelden is dat veel studies de werkzame elementen of bestanddelen niet expliciet beschrijven. Dit maakt dat inzicht in de werkzame elementen soms beperkt is.

Kern van de interventie	Werkzaam element
Maatwerk in de begeleiding	• Goed aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van de werknemer (IPS, IRB) • Flexibiliteit / inspelen op (veranderende) omstandigheden (IPS) • Eerst plaatsen dan trainen (het vaststellen van de benodigde vaardigheden op basis van de praktijkbehoefte (IPS)
Organisatie van de begeleiding	• Integratie van behandeling en arbeidsbegeleiding, waardoor gelijktijdig kan worden gewerkt aan herstel en re-integratie en de werkcontext betrokken kan worden bij de behandeling. (IPS, W-CGT) • Gesprekstechnieken voor begeleiders, die structuur en ondersteuning bieden voor de professional (IRB)
Individuele begeleiding	• Aandacht voor vergroten van autonomie (o.a. empowerment, zelfmanagement) (IPS, IRB) • Geleidelijke terugkeer naar werk (W-CGT)
Werkplekbegeleiding	• Het creëren van begrip voor de situatie van de werknemer op de werkvloer (IPS) • Langer durende begeleiding, waarmee ook uitval uit werk kan worden voorkomen (IPS)

4.2 Effectief instrument: Individuele plaatsing en steun (IPS)

Doel

Het doel van IPS (van Erp, 2014) is mensen met ernstige psychische aandoeningen helpen bij het vinden en behouden van betaald werk dat aansluit bij hun wensen en mogelijkheden.

Aanpak

De aanpak kenmerkt zich door de volgende elementen:

- Betaald, regulier werk is het centrale doel. Er wordt geen gebruik gemaakt van speciaal gecreëerde banen, sociale werkvoorziening en vrijwilligerswerk.
- De trajectbegeleider helpt cliënten zo snel en zo gericht mogelijk bij het zoeken naar betaald werk (start binnen drie maanden).
- De voorkeuren van de deelnemer staan centraal. Trajectbegeleider en deelnemer zoeken samen naar een arbeidsplaats die aansluit op de wensen, mogelijkheden en werkervaring.
- Het inschatten van arbeidsmogelijkheden vindt doorlopend plaats en zoveel mogelijk na plaatsing in de arbeidssituatie, gebaseerd op concrete werkervaringen.
- Trainen in vaardigheden en coaching vinden zoveel mogelijk plaats op grond van de concrete ervaringen en het functioneren in de baan (eerst plaatsen, dan trainen).

- Ondersteuning op de lange termijn. Ook als deelnemers werken, krijgen zij en personen uit hun werkomgeving ondersteuning zolang ze daaraan behoefte hebben. Het contact wordt niet afgebouwd bij een geslaagde plaatsing.
- Integratie van arbeidsbegeleiding in het ggz-aanbod.

Uitvoerders

IPS wordt uitgevoerd door ggz-instellingen. De uitvoering vindt plaats door trajectbegeleiders die deel uitmaken van een ambulant ggz-team, zoals (F)ACT, casemanagement, psychiatrische thuiszorg of een zorgcoördinatieteam. Het UWV verstrekt subsidie aan GGZ-instellingen voor de uitvoering van IPS bij mensen die een arbeidsongeschiktheids- of ziektewetuitkering van UWV hebben (UWV, 2014).

Doelgroep

De doelgroep bestaat uit mensen met ernstige psychische aandoeningen, zoals schizofrenie en andere psychosen, bipolaire stoornissen, ernstige depressies en persoonlijkheidsstoornissen. IPS kan worden ingezet voor mensen die een arbeidsongeschiktheids- of ziektewetuitkering (van UWV) hebben. Maar ook voor de groep cliënten van de sociale dienst (ofwel gemeente) met een zogeheten grote afstand tot de arbeidsmarkt.

Werkzame bestanddelen

- Succesvolle matching van arbeidswens en baan.
- Het gericht zoeken naar betaald werk.
- Langdurige begeleiding.
- Integratie van arbeidsbegeleiding en ggz-hulp.
- Het zorgvuldig in kaart brengen van de mogelijkheden en beperkingen van de werknemer, zodat het werk daarop kan worden afgestemd.
- Het actief werken aan empowerment, autonomie, zelfontplooiing en zelfmanagement van de werknemer.
- Aandacht voor de financiële aspecten van werk.
- Aandacht voor manieren om begrip op de werkvloer te creëren voor de situatie van de werknemer.
- Snel reageren door de professional bij uitval dan wel begeleiding intensiveren om uitval te voorkomen.

Randvoorwaarden effectiviteit

- Modeltrouw werken in de uitvoering.
- Ggz-instellingen moeten voldoende tijd en middelen vrijmaken om het traject goed op te zetten.
- Het betrekken van ggz-teams bij de implementatie.
- Samenwerking van de ggz-instelling met andere partijen zoals UWV, gemeente en zorgverzekeraar.

4.3 Effectief instrument: Individuele rehabilitatiebenadering (IRB)

Doel

Het doel van de Individuele Rehabilitatiebenadering (Korevaar et al. 2014) is: mensen met beperkingen ondersteunen bij eigen participatiedoelen. Participatiedoelen zijn met name: met succes en naar tevredenheid wonen en werken, dagbesteding en vrije tijd hebben, leren en sociale en familiecontacten hebben. De benadering wordt gebruikt in arbeidsrehabilitatie en in begeleid leren trajecten.

Aanpak

De kern van de IRB is mensen ondersteunen bij het inventariseren en realiseren van hun eigen wensen en doelen op de genoemde maatschappelijke terreinen. Deze benadering is uitgewerkt in handleidingen voor de rehabilitatiewerker en werkbladen voor cliënten.
De techniek van de IRB bestaat uit modules. Onderdelen van de techniek zijn het scheppen van een band, het kiezen van een terrein, het beoordelen bespreken en ontwikkelen van doelvaardigheid, het stellen van een doel, het inventariseren en verkrijgen van onmisbare vaardigheden en hulpbronnen. De methode wordt voor verschillende doelgroepen onder verschillend namen toegepast.

Uitvoerders

De IRB wordt gebruikt door medewerkers van psychiatrische ziekenhuizen, regionale instellingen voor beschermd wonen, arbeidsprojecten, FACT-teams en wijkteams, in poliklinische settings en in toeleidingstrajecten naar onderwijs en werk. Rehabilitatie is geen eigenstandig vak. Rehabilitatiewerkers zijn bijvoorbeeld (sociaal-)psychiatrische verpleegkundigen, woonbegeleiders, medewerkers dagbesteding en arbeidsre-integratiemedewerkers.

Doelgroep

De doelgroep bestaat uit mensen met (ernstige, langdurige) beperkingen, die door hun beperkingen belemmerd worden bij het vervullen van maatschappelijke/sociale rollen. IRB wordt veelvuldig gebruikt in de volwassenenpsychiatrie, de verslavingszorg en in de zorg voor dak- en thuislozen, adolescenten, verstandelijk gehandicapten, mensen met autisme en ouderen.

Werkzame bestanddelen

- Op het individu toegesneden benadering.
- Sluit direct aan bij toekomstwensen van het individu.
- Gaat uit van de capaciteiten van het individu.
- Straalt hoop uit, waardoor motivatie wordt vergroot.
- Is gericht op vergroting van de autonomie van het individu.
- Attitude van gelijkwaardigheid en samen zoeken.
- Hulpverleners worden ondersteund in het hanteren van een gedetailleerd uitgewerkte gesprekstechniek die hen helpt om een band te scheppen, te coachen en dicht bij de wens van de cliënt te blijven.

- Op basis van het doel de benodigde vaardigheden vaststellen en niet omgekeerd (first place, then train)
- In eerste instantie gericht op het aanleren van vaardigheden; daarna pas op het inzetten van hulpbronnen.
- De gesprekstechniek is goed overdraagbaar en leent zich voor werkbegeleiding en feedback.

Randvoorwaarden effectiviteit

- Het is belangrijk dat de rehabilitatiewerkers werkbegeleiding krijgen van een erkende coach/ werkbegeleider, die de 'training werkbegeleiding' met goed gevolg heeft afgerond.
- Training, bij- en nascholing van rehabilitatiewerkers.
- Modelgetrouw werken.

4.4 Effectief instrument: Bewegen werkt

De interventie 'Bewegen werkt' (van Kalken. 2018) was eerder bekend onder de naam: Bewegen als Warming-up voor re-integratie.

Doel

Gedurende het programma verbetert door de gestructureerde, frequente en groepsgewijze aanpak fysieke en mentale fitheid en de gezondheid. Daardoor neemt de kans op een succesvol vervolgtraject richting (meer) participatie (werk en/of sociale en maatschappelijke participatie) toe. Deelnemers stijgen na deelname aan BW op de participatieladder minimaal 1 trede. Dit betekent dat de deelnemer na BWR doorstroomt naar bijvoorbeeld (meer) werkhervatting, vrijwilligerswerk, arbeidsbemiddeling, scholing of sociale activering. Subdoelen: verbeteren van werknemersvaardigheden, fysieke fitheid, sociale vaardigheden, zelfvertrouwen, leefstijl, kennis/regelmogelijkheden rondom leefstijl/gezondheid en verbetering van leefstijl.

Aanpak

BW (Bewegen Werkt) is een re-activeringsprogramma waarin bewegen, leefstijl en arbeidsrelevante competenties centraal staan. De reactivering bestaat uit het letterlijk in beweging brengen van mensen (meestal) met grote afstand tot arbeidsmarkt en/of (sociale of maatschappelijke) participatie.

BW loopt afhankelijk van opdrachtgever 18 weken, 2 dagdelen per week. Deelnemers gaan van voorlichting, intake (vragenlijsten en fysieke testen) naar een individueel plan van aanpak. De BW docent zorgt dat de individuele en groepsopdrachten aansluiten bij de individuele plannen.

Uitvoerders

Bewegen Werkt wordt uitgevoerd door Ergo Control. Docenten zijn in dienst van Ergo Control.

Doelgroep

Mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt of die nagenoeg niet meer participeren. De grootste groep bestaat uit uitkeringsgerechtigden (WW, WIA, WWB, Wajong) en soms nuggers. Vaak laagopgeleide mensen van diverse nationaliteit. BW richt zich op de verminderde (arbeids)participatie bij groepen die de fitheid en/of de benodigde structuur missen om succesvol te participeren.

Werkzame bestanddelen

- Betrokkenheid en verantwoordelijkheid deelnemer maken/vergroten, door:
  - Goede voorlichting
  - Heterogene samenstelling groep
  - Focus op mogelijkheden
  - Aanbod in directe woonomgeving
  - Communicatie in eenvoudig Nederlands
- Samenwerking contactpersoon:
  - Heldere afspraken tussen begeleiders
  - Actieve en betrokken contactpersoon voor deelnemers
  - Warme overdracht van BW naar vervolgactiviteiten
- Minimale intensiteit
  - Minimaal 36 sessies: nodig om gedragsverandering deelnemer te bereiken
- Maatwerk: Aansluiting bij de individuele deelnemer is noodzakelijk om de deelnemers succes te laten ervaren. De BW aanpak is daar sterk op gericht via aansluiting bij: het motivatiestadium per deelnemer, het intensiteitsniveau van de deelnemer, doelen en wensen van de deelnemer en de mogelijkheden van de deelnemer.

Randvoorwaarden effectiviteit

- Nauwe betrokkenheid van de opdrachtgever en continuïteit van de begeleiding bij BW door opdrachtgever is belangrijk voor verhoging van motivatie en vertrouwen. De opdrachtgever dient o.a. betrokken te zijn bij het stellen van doelen en het realiseren van het vervolgtraject.
- Het tijdig bieden van duidelijkheid over het vervolg na BW, door tijdig te starten met het zoeken van een vervolg, de deelnemer hierover te informeren en deelnemers te stimuleren zelf actief een vervolg te zoeken. Beschikbaarheid van passende vervolgtrajecten is een belangrijke randvoorwaarde.
- Het verlagen van drempels om te blijven bewegen. Bijvoorbeeld financiële belemmeringen verminderen door inzicht in of het creëren van goedkope sportopties, of bijvoorbeeld het bieden van een korting. Daarnaast sociale belemmeringen verminderen door tijdens de interventie een passend vervolg te zoeken, als groep een vervolg te doen of de interventie te koppelen aan reguliere activiteiten uit welzijns- en sportaanbod.
- Alerte actie op verzuim: trouwe deelname is belangrijk voor een goed resultaat. Sommige deelnemers hebben een zetje nodig, bijvoorbeeld in de vorm van sancties.

4.5 Effectief instrument: Werkgerichte cognitieve gedragstherapie

Doel

Het doel van werkgerichte cognitieve gedragstherapie (Lagerveld, 2017) is het bespoedigen van werkhervatting na verzuim voor werknemers met veel voorkomende psychische klachten.

Aanpak

De aanpak bij cognitieve gedragstherapie is het opsporen en corrigeren van systematische vertekeningen of fouten in het denken, die leiden tot psychische stoornissen en gestoord gedrag. Anders gezegd: het doel van CGT is situaties weer reëler, functioneler of evenwichtiger te leren beoordelen, waardoor gevoelens en gedrag veranderen in een positieve of minder lastige of minder belastende richting. Er bestaan verschillende varianten van CGT (Foolen & Ince, 2013).

Bij W-CGT worden werkaspecten vroegtijdig en systematisch geïntegreerd in de therapie. Hierbij wordt het werk als context gebruikt om reguliere therapiedoelen vorm te geven. W-CBT ondersteunt een effectief werkhervattingsproces door het borgen en vergroten van succeservaringen tijdens de werkhervatting. De werkelementen die werden geïntegreerd in de therapie bestonden hoofdzakelijk uit: 1) werkgerichte psycho-educatie, 2) een gedetailleerde werkanamnese 3) een gradueel werkhervattingsplan op maat waarin ook aandacht was voor omgaan met terugval of tegenslag, 4) evaluatie van de voortgang m.b.t. werkhervatting, 5) het gebruik van de werkcontext bij andere therapie onderdelen (zoals het uitdagen van werk gerelateerde irrationele cognities).

Uitvoerders

De interventie wordt uitgevoerd door psychotherapeuten.

Doelgroep

Aan het onderzoek van Lagerveld (2017) deden ziekgemelde werknemers mee die kampten met veel voorkomende psychische klachten, zoals milde depressie, angst en burn-out.

De effecten van W-CGT op werkhervatting waren positief onafhankelijk van de ernst van de psychische klachten. Voor mensen met een lage self-efficacy (competentiebeleving t.a.v. werkhervatting) leidde W-CGT echter niet tot snellere volledige werkhervatting.

Werkzame bestanddelen

- W-CGT combineert technieken om psychische klachten te verminderen met technieken om arbeidsparticipatie en werkhervatting te optimaliseren.
- Werkaspecten worden in een vroeg stadium van de behandeling geadresseerd.
- Werk wordt gebruikt als een mechanisme of context om de behandelingsdoelen (zoals activatie, sociaal contact, vergroten zelfvertrouwen) te bereiken.
- Het opstellen van een stapsgewijs re-integratieplan.
- Geleidelijke terugkeer naar werk zou een mechanisme kunnen zijn dat bijdraagt aan volledige re-integratie omdat het mensen in staat stelt om de benodigde coping-

vaardigheden te verwerven om te kunnen omgaan met stressfactoren op het werk en deze vaardigheden te kunnen oefenen op de werkplek.
- Gedeeltelijke werkhervatting zou disfunctionele cognities op de proef kunnen stellen en kunnen leiden tot succeservaringen op het werk.

Randvoorwaarden effectiviteit

Geen andere dan reeds beschreven.

4.6 Effectief instrument: Blended e-health / Return@work

Doel

De e-health module (Volker et al. 2015) is gericht op terugkeer naar werk voor verzuimende werknemers met psychische klachten.

Verzuimende werknemers met psychische klachten blijken dankzij deze webmodule sneller hun werk te hervatten dan werknemers die een standaard verzuimbegeleiding ontvangen. Verder hebben ze na negen maanden minder psychische klachten. De werknemer heeft baat bij de ECO-interventie in de vorm van verbeterde kwaliteit van leven door een eerdere terugkeer naar het werk.

Aanpak

De module bestaat uit (1) een internetcursus Return@Work, gebaseerd cognitieve gedragstherapie en *problem solving treatment* en (2) een beslisondersteuning via e-mail voor de bedrijfsarts; daarnaast heeft de bedrijfsarts de mogelijkheid om een psychiater te consulteren.

De internetcursus bestaat uit vijf onderdelen: psycho-educatie, cognities, probleemoplossing, pijn- en vermoeidheids-management en terugvalpreventie.

Uitvoerders

De e-health module is ontwikkeld door Tranzo. Het promotieonderzoek werd gefinancierd door ZonMw, Achmea Sociale Zekerheid, GGzBreburg en Tranzo. Bedrijfsartsen zijn betrokken bij de uitvoering van de interventie.

Doelgroep

De effectiviteit van de methode is onderzocht voor werknemers met psychische klachten: depressie, psychosomatische symptomen en angst-symptomen.

Werkzame bestanddelen

Niet beschreven.

Randvoorwaarden effectiviteit

Niet beschreven.

4.7 Inzichten uit de praktijk

Een aantal van de interventies kunnen op basis van uitgevoerd onderzoek in binnen en buitenland niet als *bewezen effectief* worden aangemerkt, bijvoorbeeld omdat er nog verder onderzoek nodig is om een uitspraak te doen over de effectiviteit. Ook zijn er enkele interventies voor mensen met psychische aandoeningen die zich richten op sociale activering of terugvalpreventie en daardoor niet direct op terugkeer naar werk. Deze interventies bieden echter wel degelijk relevante inzichten voor re-integratieprofessionals bij het begeleiden van mensen met een psychische aandoening.

In tabel 7 vatten we deze inzichten samen. Daarna volgt een uitgebreidere beschrijving van de inzichten.

Tabel 7 Samenvatting van de inzichten uit de praktijk

	Doelgroep		***Uitvoering***		
Inzicht uit de praktijk	*Voor wie? (type psychische stoornis)*	*Werk/ verzuim-situatie*	*Uitvoerende organisaties / professional(s)*	*Individuele/ Werkplek-begeleiding*	*Gericht op*
Binnen de **Relim-methode** nemen deelnemers stap voor stap en in hun eigen tempo steeds meer de regie over hun leven. **Werk en leren** wordt ingezet **als middel om psychische problematiek te boven te komen en arbeidsfit te worden**. De methode kent een arbeidsrehabilitatie- en een resocialisatietraject.	EPA en CMD: vaak in combinatie met sociale problematiek	Werkloosheid	Relim (sociaal leerwerkbedrijf)	Individueel	Sociale activering
De methode **Werk een Zorg Minder (WEZM)** draait om het **afbouwen van zorg** door het **opbouwen van werk**. De methode brengt belemmeringen op diverse leefgebieden in kaart en stemt **persoonlijk traject** hierop af. Hierdoor sluiten zorg en werk goed op elkaar aan.	CMD in combinatie met andere psychosociale problemen	Langdurige werkloosheid	Trajectbegeleider en één of meerdere werkbegeleiders	Beide	Sociale activering
Begeleid Werken – Individuele Vraaggerichte Benadering (BW-IVB) biedt langdurige begeleiding bij het vinden en behouden van betaald werk. BW-IVB kent vier stappen: assessment, plaatsing, coaching en loopbaanbegeleiding. De wensen en mogelijkheden van de cliënt staan hierbij centraal. Een jobcoach begeleidt het proces.	CMD	Werkloosheid	Jobcoach	Beide	Re-integratie
Klanten ervaren de inzet van **Adviseurs Ervaringsdeskundige Expertise (AIDEE)** – in vergelijking met reguliere re-integratieprofessionals – als laagdrempeliger en gelijkwaardiger. Doordat AIDEE's fungeren als **rolmodel** dragen gesprekken bij aan het **inzicht** voor klanten dat het mogelijk is om te **werken met een psychische kwetsbaarheid.**	Mensen met een psychische kwetsbaarheid	Werkloosheid of ziekteverzuim	UWV WERKbedrijf Rijk van Nijmegen	Individueel	Re-integratie
Om terugval in verzuim te voorkomen biedt de interventie ***Stimulating Healthy Participation and Relapse Prevention at work*** **(SHARP-at-work)** een 5 stappenplan waarin werknemers 1) problemen en kansen op het werk bij terugkeer inventariseren, 2) brainstormen met bedrijfsarts over oplossingen, 3) oplossingen opschrijven, 4) oplossingen bespreken met leidinggevende en een actieplan maken, en 5) actieplan en uitvoering evalueren met een bedrijfsarts. De interventie is bewezen effectief en heeft een **positief effectief op de arbeidsparticipatie doordat het de kans op nieuw verzuim met 60% verkleint.**	CMD: mensen die in het verleden zijn uitgevallen met een CMD	Terugval preventie	Bedrijfsarts	Werkplek-begeleiding	Voorkomen van nieuw verzuim

Werk als middel voor sociale activering

Uit enkele interventies blijkt dat werk ook als middel kan worden ingezet om zijn psychische problematiek te boven te komen en arbeidsfit te worden. Het gaat om de methode Relim (Ploegmakers, 2012) en de methode Werk een Zorg Minder (Brörmann, 2010). Beide methodes zijn niet bewezen effectief.

De methode Relim is ontwikkeld vanuit de praktijk en richt zich op mensen met psychische of psychiatrische problemen die daardoor niet in staat zijn zelfstandig werk te vinden en te behouden. Binnen de Relim-methode nemen deelnemers stap voor stap en in hun eigen tempo steeds meer de regie over hun leven. De methode heeft als doel werknemersvaardigheden en vakvaardigheden zo goed mogelijk te ontwikkelen, gericht op het verwerven en behouden van zo volwaardig mogelijk werk en een bijbehorend inkomen. Werk en leren wordt ingezet als middel om psychische problematiek te boven te komen en arbeidsfit te worden. De methodiek bestaat uit een arbeidsrehabilitatie- en een resocialisatietraject. Relim biedt dagbesteding en inkomen maar ook structuur, contacten en identiteit.

De methode Werk een Zorg Minder (WEZM) richt zich op de activering van langdurig werklozen met CMD's in combinatie met andere psychosociale problemen. De methode draait om het afbouwen van zorg door het opbouwen van werk. De meest relevante inzichten uit de praktijk over de werkzame elementen in de methode zijn:

- Zorg en werk sluiten goed op elkaar aan door het in kaart brengen van belemmeringen op diverse leefgebieden van de klant en het persoonlijke traject daar vervolgens op af te stemmen.
- Het activeren van klanten door het bieden van maatschappelijk nuttig werk op eigen tempo.

Aansluiten op het individu en een individuele aanpak op maat

Net als IPS biedt Begeleid Werken – Individuele Vraaggerichte Benadering (Duijvestijn, 2012) (BW-IVB) langdurige begeleiding bij het vinden en behouden van betaald werk. BW-IVB kent vier stappen: assessment, plaatsing, coaching en loopbaanbegeleiding. Centraal in de methode staat: *wie is de cliënt en wat kan en wil hij.* Werkzaam element in de methode is het centraal stellen van de mogelijkheden van de cliënt en aansluiten op zijn of haar wensen, motieven, intenties, zelfopvattingen, leerstijlen, achtergrond, vaardigheden en kennis met oog voor de sociale context. De regie wordt daarbij zoveel mogelijk bij de cliënt gelegd en de jobcoach begeleidt het proces waarbij de jobcoach ook aandacht heeft voor de balans tussen belangen en motieven van de cliënt, werkgever en opdrachtgever. Ook omvat de methode coaching op de werkplek en training on the job als werkzame elementen.

Het belangrijkste verschil tussen IPS en BW-IVB is de doelgroep, bij BW-IVB is dit mensen met een CMD (naast mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking). Hoewel BW-IVB niet voldoende is onderzocht om uitspraken over de effectiviteit te doen wordt aangenomen dat de sterke vergelijkbaarheid met het bewezen effectieve IPS als indirect bewijs geldt voor de effectiviteit van BW-IVB.

Beter bereiken van de doelgroep door inzet ervaringsdeskundigheid

UWV WERKbedrijf Rijk van Nijmegen heeft ervaring opgedaan met de inzet van ervaringsdeskundige expertise bij de begeleiding van personen met een psychische kwetsbaarheid. Dit gebeurde in de vorm van de inzet van Adviseurs Ervaringsdeskundige Expertise (AIDEE). Aanleiding voor deze inzet van AIDEE's was dat een groot deel van de AG (arbeidsongeschiktheid)-uitkeringsgerechtigden een

psychische kwetsbaarheid heeft. Dit maakt dat participeren in de maatschappij of betaald werk veelal niet (makkelijk) binnen het bereik van deze personen ligt.

De inzet van de AIDEE's is intern geëvalueerd door een kwalitatieve raadpleging van klanten en professionals (van den Boom, 2018). Daaruit bleek dat de inzet van de AIDEE's door beide groepen positief werd gewaardeerd. Klanten gaven aan dat contact met de AIDEE'en – in vergelijking met reguliere re-integratieprofessionals – laagdrempeliger en gelijkwaardiger is. Het gesprek met iemand die in eenzelfde situatie heeft gezeten wordt als prettig ervaren. Volgens klanten is er onder ervaringsdeskundigen vaker sprake van begrip voor en (h)erkenning van de klantsituatie. Daarnaast hebben klanten in de evaluatie aangegeven dat de gesprekken met de AIDEE'en hebben bijgedragen aan het inzicht dat het ook voor hen mogelijk is om te werken met een psychische kwetsbaarheid. De AIDEE'en functioneren voor klanten als een rolmodel.

Terugvalpreventie

De interventie *Stimulating Healthy Participation and Relapse Prevention at work* (SHARP-at-work) (Arends et al. 2014a en 2014b) is gericht op uitvalpreventie van werknemers die in het verleden zijn uitgevallen met CMD's. Bij mensen die al eens uitvielen met een CMD is de terugkeer van klachten en terugval in verzuim veelvoorkomend. Om terugval in verzuim te voorkomen biedt SHARP-at-work een vijfstappenplan waarin werknemers 1) een inventarisatie maken van problemen en kansen op het werk bij terugkeer, 2) brainstormen met de bedrijfsarts over oplossingen, 3) de oplossingen en de hulp die hierbij nodig is opschrijven, 4) de oplossingen bespreken met de leidinggevende en een actieplan maken, en 5) het actieplan evalueren en het uitvoeren van de oplossingen bespreken met de bedrijfsarts. De interventie is bewezen effectief en heeft een positief effectief op de arbeidsparticipatie doordat het de kans op nieuw verzuim met 60% verkleint.

5 Afsluiting

In dit afsluitende hoofdstuk reflecteren we kort op de inzichten die op basis van dit onderzoek naar re-integratie bij psychische aandoeningen voren zijn gekomen. Daarnaast besteden we aandacht aan de implicaties voor vervolgonderzoek.

Psychische aandoeningen zijn in toenemende mate een belangrijke oorzaak van verzuim en (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid. Het aandeel verzuim onder werknemers vanwege psychische klachten ligt tussen 6% en 8% van het totale verzuim. Hierbij waren in 2019 psychische klachten de voornaamste oorzaak van verzuim. Werknemers in de ZW/LBZ vanwege psychische aandoeningen hebben een relatief lange hersteltijd in vergelijking met werknemers met fysieke klachten. Verzuim vanwege psychische aandoeningen is in zeer grote mate werkgerelateerd is. Opmerkelijk hierbij is dat de mate waarin aandoeningen werkgerelateerd zijn bovendien sterk is toegenomen in de laatste tien jaar. Ook voor de WIA geldt dat het percentage mensen dat vanwege psychische aandoeningen in de WIA zit in de afgelopen jaren is toegenomen.

De toename van het aantal mensen met psychische aandoeningen dat verzuimt of (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt is, is zorgelijk omdat er verschillende belemmeringen bestaan rondom de re-integratie (en werkbehoud) van zowel personen met *common mental disorders* (CMD's) als personen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA's). Dit betreft met name belemmeringen in de werksituatie en in de persoon gelegen belemmeringen. In dit licht is het relevant om in kaart te brengen welke bewezen effectieve interventies bestaan om de re-integratie van mensen met psychische aandoeningen te bevorderen.

Kennis van de effectiviteit van interventies is dus noodzakelijk om re-integratie bij psychische aandoeningen te bevorderen. Hierbij is het in het bijzonder belangrijk om de werkzame bestanddelen of elementen van interventies bloot te leggen en na te gaan: wat werkt voor wie onder welke omstandigheden? Daarnaast kunnen aantal van de interventies op basis van uitgevoerd onderzoek in binnen en buitenland niet als *bewezen effectief* worden aangemerkt, bijvoorbeeld omdat er nog verder onderzoek nodig is om een uitspraak te doen over de effectiviteit. Deze interventies bieden echter wel degelijk relevante inzichten uit de praktijk en aanknopingspunten voor re-integratieprofessionals bij het begeleiden van mensen met een psychische aandoening. Dit onderzoek biedt re-integratieprofessionals dan ook aanknopingspunten om de effectiviteit van de re-integratie van mensen met een psychische aandoening te bevorderen.

Dit onderzoek laat echter ook zien dat het aantal effectief bewezen interventies relatief laag is. Daar komt bij dat er op basis van de uitgevoerde onderzoeken niet altijd zicht is op de werkzame bestanddelen van de interventies. Hierdoor is onvoldoende duidelijk wat maakt dát een interventie effectief is. Om een interventie als 'bewezen effectief' te kunnen aanmerken, dient aan verschillende voorwaarden te worden voldaan om zo het 'zuivere' effect van de interventie te kunnen vaststellen. Het is belangrijk om de effectiviteit binnen re-integratiedienstverlening verder te vergroten op basis van gedegen wetenschappelijk onderzoek. Hierbij is het essentieel ook oog te hebben voor het complexe samenspel van actoren waarbinnen begeleiding en ondersteuning plaatsvindt. Een interventie vindt immers nooit 'geïsoleerd' plaats maar altijd in context waarin naast klant en de re-integratieprofessional ook bijvoorbeeld werkgevers, GGZ-professionals en huisartsen een cruciale rol spelen. Toekomstig onderzoek naar de effectiviteit van interventies om de re-integratie van mensen met een psychische aandoening in kaart te brengen dienen daarom zowel aandacht te besteden aan de werkzame bestanddelen van de interventie alsmede aan het samenspel van relevante betrokkenen.

Bijlage 1 Geraadpleegde bronnen

Geraadpleegde literatuur

Deze bijlage geeft een opsomming van de geraadpleegde literatuur. Een deel van deze literatuur is, na een eerste selectie op basis van de titel, beoordeeld als minder relevant omdat de betreffende artikelen geen inzicht geven in de (potentieel) beïnvloedbare belemmeringen bij re-integratie. Een ander deel van deze literatuur is weliswaar geraadpleegd maar minder relevant bevonden omdat de beschreven interventies niet effectief bleken te zijn.

- Andersen, M.F., K.M. Nielsen & S. Brinkmann. 2012. "Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders." *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health,* 38(2): 93–104.
- Arends, I., J.J.L. van der Klink, W. van Rhenen, M.R. de Boer & U. Bültmann. 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(1): 21–29.
- Arends, I., U. Bultmann, K. Nielsen, W. van Rhenen, M.R. de Boer & J.J.L. van der Klink. 2014b. "Process evaluation of a problem solving in-tervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders." *Social Science and Medicine* 100: 123-132.
- Beek, L., S. van Geel, W. Oortwijn, A. Pickles & M. Versteegh. 2014. *Zo gek nog niet, aan het werk met een psychische stoornis. Vooronderzoek: literatuurstudie.* Rotterdam: Ecorys.
- Boom, M. van den. 2018. *Samen voor de klant. Evaluatie inzet ervaringsdeskundige expertise*. Nijmegen: UWV WERKbedrijf Rijk van Nijmegen.
- Bouman, S., S. van Ede, P. de Jong, K. Nieuwenhuijsen & S. van der Veen. 2015. *Werken met psychische klachten op zoek naar 'good practices.'* Den Haag: APE.
- Boumans, J. H. Michon, L. Hulsbosch, A. Knispel & A. de Lang. 2018. *Achterblijvende arbeidsparticipatie onder mensen met psychische problemen. Perspectieven van panelleden en re-integratieprofessionals. Deelonderzoek 5 - Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2018*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Brörmann, N. 2010. *Methodebeschrijving Werk: een zorg minder!* Utrecht: Movisie.
- Buur G., L. Hogeboom & N. van Loy. 2018. *Route naar herstel bij werknemers met psychische klachten. De werknemer als belangrijkste navigator*. Amsterdam: DSP Groep.
- Corbière M., M. Mazaniello-Chézol, M.F. Bastien, E. Wathieu, R. Bouchard, A. Panaccio, S. Guay & T. Lecomte. 2020. "Stakeholders' Role and Actions in the Return-to-Work Process of Workers on Sick-Leave Due to Common Mental Disorders: A scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation* 30(3): 381–419.
- Cullen, K.L., E. Irvin, A. Collie, F. Clay, U. Gensby, P.A. Jennings, S. Hogg-Johnson, V. Kristman, M. Laberge, D. McKenzie, S. Newnam, A. Palagyi, R. Ruseckaite, D.M. Sheppard, S. Shourie, I. Steenstra, D. van Eerd & B.C. Amick. 2018. "Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners." *Journal of Occupational Rehabilitation* 28: 1–15.
- Cornelius, B., F.I. Abma, T. Hoekstra & S. Brouwer. 2018. "The assessment by insurance physicians of functional limitations related to mental disorders among disability benefit claimants." *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 26(7): 329–333.
- Danielsson, L., M. Elf, G. Hensing. 2017. "Strategies to keep working among workers with common mental disorders – a grounded theory study." *Disability and Rehabilitation* 41(7):1-10.
- Duijvestijn, P. 2012. *Methodebeschrijving Begeleid Werken - een individuele, vraaggerichte benadering*. Utrecht: Movisie

- Echtelt, P. van. 2020. *Werk, zaligmakend of ziekmakend? De relatie tussen arbeid en gezondheid.* Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- Eekert, P. van. 2017. *Samen werken aan werk. Psychische aandoeningen en werk: wat we weten, wat we kunnen doen*. Utrecht: ARCO SZ.
- Ekbladh E. & J. Sandqvist. 2015. "Psychosocial Factors' Influence on Work Ability of People Experiencing Sick Leave Resulting From Common Mental Disorders." *Occupational Therapy in Mental Health*, 31(3): 283-297.
- Engelen M., H. Faun, L. de Ruig & N. Stroeker. 2016. *Nudging van werkgevers om 'collega's met karakter' aan te nemen*. Zoetermeer: Panteia.
- Erp, N. van. 2014. *Individuele plaatsing en steun (IPS). Werkblad beschrijving interventie*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Flach P.A., J.W. Groothoff, B. Krol & U. Bültmann. 2011."Factors associated with first return to work and sick leave durations in workers with common mental disorders." *European Journal of Public Health* 22(3): 440–445.
- Foolen, N. & D. Ince. 2013. *Cognitieve gedragstherapie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Gragnano, A., A. Negrini, M. Miglioretti & M. Corbière. 2018. "Common Psychosocial Factors Predicting Return to Work After Common Mental Disorders, Cardiovascular Diseases, and Cancers: A Review of Reviews Supporting a Cross-Disease Approach." *Journal of Occupational Rehabilitation* 28(2): 215-231.
- Henderson, M., S.B. Harvey, S. Øverland, A. Mykletun & M. Hotopf. 2011. Work and common psychiatric disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine* 104(5): 198–207.
- Holwerda, A., A. Fokkens, C. Engbers & S. Brouwer. 2015. "Samenwerking tussen GGZ en UWV gericht op re-integratie van mensen met een matige tot ernstige psychische stoornis." *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 23: 350–355.
- Houtman, I., K van der Ploeg, E. de Vroome, M Ramaekers, K. Kraa, L. Fernandez Beiro, A. Pleijers, A. Venema, L. van Dam, P. Eysink, H. van der Molen, S. Visser, R. Steenbeek, M. Douwes & W. Hooftman. 2019. *Arbobalans 2018. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*. Leiden: TNO.
- Joosen, M.W.C., I. Arends, M. Lugtenberg, J.A.W.M. Timmermans, B.C.T.M. Bruijs-Schaapveld, B. Terluin, J. van Weeghel, J.J.L. van der Klink & E.P.M. Brouwers. 2017. *Barriers to and facilitators of return to work after sick leave in workers with common mental disorders: Perspectives of workers, mental health professionals, occupational health professionals, general physicians and managers*. Wigston Leicestershire: IOSH.
- Joyce, S., M. Modini, H. Christensen, A. Mykletun, R. Bryant, P.B. Mitchell & S.B. Harvey. 2016. "Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological Medicine* 46: 683–697.
- Kalken M. van. 2018. Bewegen werkt! Werkblad beschrijving interventie. Enschede: Beweging werkt holding.
- Kinderen, M. de. 2015. *Kansen op Werk. Werkblad beschrijving interventie*. Utrecht: Trimbos-Instituut
- Korevaar L., J. Droës & T. van Wel. 2014. *Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB). Ondersteuning van mensen met beperkingen bij hun maatschappelijke participatie. Werkblad beschrijving interventie.* Utrecht: Movisie.
- Lagerveld S.E. 2017. *Mastery matters: The impact of self-efficacy and work-focused therapy on return to work among employees with common mental disorders*. PhD diss., Universiteit Utrecht.
- Lagerveld, S.E., U. Bültmann, R.L. Franche, F. van Dijk, M.C. Zijlstra-Vlasveld, C. van der Feltz-Cornelis, D. Bruinvels, J.J.J.M. Huijs, R.W.B Blonk, J.J.L. van der Klink & K. Nieuwenhuijsen. 2010. "Factors Associated with Work Participation and Work Functioning in Depressed Workers: A Systematic Review." *Journal of Occupational Rehabilitation* 20(3):275–292.
- Lange A. de, H. Michon, N. van Erp & H. Kroon. 2020. *Duurzame banen voor jongvolwassenen met psychische kwetsbaarheden: inzicht in effectieve jobcoaching*. Utrecht: Trimbos-Instituut.

- Lange, A. de, H. Michon, A. Knispel, L. Hulsbosch & H. Kroon. 2019. *Maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Factsheet panel Psychisch Gezien.* Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Lemieux, P., M.J. Durand & Q. N. Hong. 2011. "Supervisors' Perception of the Factors Influencing the Return to Work of Workers with Common Mental Disorders." *Journal of Occupational Rehabilitation* 21(3): 293–303.
- Michon, H. F. Schaafsma & H. Anema. 2015. *Arbeid en psychische aandoeningen. Bericht van een kennissynthese*. Utrecht/Amsterdam: Trimbos-Instituut/VUmc.
- Mikkelsen, M.B. en M. Rosholm. 2018. "Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders." *Occupational and Environmental Medicine* 75: 675-686.
- Neves R da F., M. de O Nunes & L. Magalghaes. 2015. "Interactions among stakeholders involved in return to work after sick leave due to mental disorders: a meta-ethnography." *Cadernos Saúde Pública,* 31(11): 2275-2290
- Nicholson, P.J. 2018. "Common mental disorders and work." *British Medical Bulletin* 126: 113–121.
- Nielsen, M.B.D., I.E.H. Madsen, U. Bültmann, U. Christensen, F. Diderichsen & R. Rugulies. 2011. "Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: findings from a longitudinal study." *European Journal of Public Health*, 21(6): 806–811.
- Nielsen, M.B.D., U. Bultmann, M. Amby, U. Christensen, F. Diderichsen & R. Rugulies. 2010. "Return to work among employees with common mental disorders: Study design and baseline findings from a mixed-method follow-up study." *Scandinavian Journal of Public Health* 38(8): 864-872
- Nielsen K., J. Yarker, F. Munir & U. Bültmann. 2018. "IGLOO: An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders." *Work & Stress* 32 (4): 400-417
- Nieuwenhuijsen K., J.H.A.M. Verbeek, A.G.E.M. de Boer, R.W.B. Blonk, F.J.H. van Dijk. 2004. "Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems." *Occupational and Environmental Medicine* 61(10):817–823.
- Nieuwenhuijsen, K., E. Noordik, F.J.H. van Dijk & J.J. van der Klink. 2013. "Return to Work Perceptions and Actual Return to Work in Workers with Common Mental Disorders." *Journal of Occupational Rehabilitation* 23(2): 290-299.
- Nigatu, Y.T., Y. Liu, M. Uppal, S. McKinney, S. Rao, K. Gillis, J. Wang. 2016. "Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials." *Psychological Medicine* 46: 3263–3274.
- Noordik, F.W. 2013. Understanding and enhancing return to work after sick leave for workers with common mental disorders. PhD diss., Universiteit van Amsterdam.
- Nordahl H. & A. Wells. 2019. "Predictors of Work Ability in Individuals With a Common Mental Disorder: Is There an Effect of Metacognitive Beliefs Among Poor Physical Health and Emotional Distress?" *Behaviour Change* 36(4): 252 – 262.
- OECD. 2011. *Sick on the job? Myths and realities about mental health at work*. Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing.
- OECD. 2014. *Mental Health and Work: Netherlands.* Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing.
- Ploegmakers, M. (2012). *Methodebeschrijving Relim methodiek*. Utrecht: Movisie.
- Scharf J., P. Angerer, G. Müting & A. Loerbroks. 2020. "Return to Work after Common Mental Disorders: A Qualitative Study Exploring the Expectations of the Involved Stakeholders." *International Journal Environmental Research and Public Health* 17(18): 6635.
- Soentken M., R. Steenbeek, R. Mooij & S. Hommerson. 2014. *Geïntegreerde zorg en re-integratie voor werkenden en uitkeringsgerechtigden met psychische klachten: verkenning naar knelpunten en oplossingen*. Amsterdam/Leiden: Vrije Universiteit/TNO.
- Vries, H. de, A. Fishta, B. Weikert, A.Rodriguez Sanchez & U. Wegewitz. 2018. "Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common

Mental Disorders: A Scoping Review." *Journal of Occupational Rehabilitation* 28(3): 393-417.
- Vries, G. de. 2016. *Building blocks for return to work after sick leave due to depression*. PhD diss., Universiteit van Amsterdam.
- Volker, D., M.C. Zijlstra-Vlasveld, J.R. Anema, A.T.F. Beekman, E.P.M. Brouwers, W.H.M. Emons, A.G.C. van Lomwel & C.M. van der Feltz-Cornelis. 2015. "Effectiveness of a Blended Web-Based Intervention on Return to Work for Sick-Listed Employees With Common Mental Disorders: Results of a Cluster Randomized Controlled Trial." *Journal of Medical Internet Research* 17(5): e116.
- Weich, S. & G. Lewis. 1998. "Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study." *British Medical Journal* 317(7151): 115–119.
- Weeghel, J. van & H. Michon. 2018. *IPS werkt! Handboek werken en leren met Individuele plaatsing en steun*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Geraadpleegde websites

- Algemene Vereniging Schoolleiders. 2019. "Stijging psychische klachten in onderwijs" ." Laatst geraadpleegd op 26 maart 2021. https://avs.nl/actueel/nieuws/stijging-psychische-klachten-in-onderwijs/
- CBS. "Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2019." Laatst geraadpleegd op 26 maart 2021. https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2020/16/nationale-enquete-arbeidsomstandigheden-2019.
- CZ. "Ziekteverzuim." Laatst geraadpleegd op 26 maart 2021. https://www.cz.nl/zakelijk/verzuim-verminderen/verzuim
- GGZ-totaal. 2021.: "Wie psychische problemen heeft (gehad), maakt bij veel werkgevers weinig kans." Laatst geraadpleegd op 26 maart 2021. https://www.ggztotaal.nl/nw-29166-7-3843881/nieuws/wie_psychische_problemen_heeft_gehad_maakt_bij_veel_werkgevers_weinig_kans.html
- Trimbos-Instituut. "Ouderen met schizofrenie verliezen het contact met de werkelijkheid." Laatst geraadpleegd op 26 maart 2021. https://www.trimbos.nl/kennis/ouderenpsychiatrie-nkop/schizofrenie-ouderen
- UWV. 2014. "Re-integratiedienstverlening." Laatst geraadpleegd op 26 maart 2021. https://www.uwv.nl/zakelijk/leveranciers/re-integratiedienstverlening/ik-wil-dienstverlening-voor-re-integratie-aanbieden/detail/onderzoeksubsidieregeling-individuele-plaatsing-en-steun-ips

Geraadpleegde kwantitatieve bronnen (hoofdstuk 2)

- CBS. 2019. Bevolkingsstatistiek 2019.
- CBS. Enquête beroepsbevolking
- CBS. Statistiek Werkgelegenheid en Lonen.
- Eysink, H. van der Molen, S. Visser, R. Steenbeek, M. Douwes & W. Hooftman. 2019. *Arbobalans 2018. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*. Leiden: TNO.
- Graaf, R. de, M. ten Have, C. van Gool & S. van Dorsselaer. 2012. "Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2." *Tijdschrift voor Psychiatrie* 54(1) :27 – 38
- Graaf, R. de, M. Tuithof, S. van Dorsselaer & M. ten Have. 2011. Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Inspectie SZW. 2019. Klantenquête WIA/WGA. Welke hulp ervaren mensen in de WGA en hoe waarderen ze deze ondersteuning?
- Nivel. 2019. Zorgregistraties eerste lijn 2019.
- RIVM. Volksgezondheidenzorg.nl
- RIVM. 2018. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht. Utrecht: RIVM.
- UWV. 2019. Kwantitatieve Informatie 2019. Amsterdam: UWV.
- TNO en CBS. Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2019.

Bijlage 2

Toelichting op erkenningsniveaus interventies door kennisinstituten

Een consortium van kennisinstituten heeft gezamenlijke uitgangspunten geformuleerd voor een erkenningstraject voor interventies. Het NJi, NCJ, RIVM, Kenniscentrum Sport, Movisie, Vilans en het Trimbos-instituut hebben hiervoor een samenwerkingsconvenant afgesloten.[34]

[34] Erkenning van interventies. Criteria voor gezamenlijke kwaliteitsbeoordeling 2019-2022. (2018)

Deze kennisinstituten onderscheiden een aantal erkenningsniveaus:

- Goed beschreven: beoordeling door praktijkpanels van basiscriteria (doelen, doelgroep, aanpak en randvoorwaarden).
- Goed onderbouwd: Beoordeling door erkenningscommissie van basiscriteria en (theoretische) onderbouwing.
- Effectief: Beoordeling door erkenningscommissie van effecten op basis van bewijskracht onderzoeken. "Met 'effectief' bedoelen we dat de interventie een met onderzoek aangetoonde bijdrage aan de oplossing van het geformuleerde probleem levert." Bij de beoordeling van de effectiviteit van een interventie beoordeelt de commissie: of de meest relevante uitkomstmaten in de studie zijn meegenomen; hoe groot de gevonden effecten zijn; en het design en de kwaliteit van het onderzoek.

  Er zijn drie verschillende niveaus van effectiviteit:
  - Eerste aanwijzingen voor effectiviteit: de studies die voor dit niveau zijn uitgevoerd geven de eerste aanwijzingen voor een effect van de interventie (indicatieve bewijskracht).
  - Goede aanwijzingen voor effectiviteit: In dit geval wijst onderzoek uit dat bij de uitvoering van de interventie het doel in voldoende mate wordt bereikt, terwijl dat doel niet (of significant minder) wordt bereikt zonder interventie of met de gebruikelijke situatie of handelswijze.
  - Sterke aanwijzingen voor effectiviteit: Op dit niveau is er voldoende onderzoek van voldoende kwaliteit om aan te mogen nemen dat de interventie bij de doelgroep effectief is en beter werkt dan de gebruikelijke situatie of handelswijze én dat dit toe te schrijven is aan de interventie (sterke bewijskracht).