

Kennissynthese arbeid en ernstige psychische aandoeningen



Eindrapportage kennissynthese arbeid en ernstige psychische aandoeningen

F.G. Schaafsma

H. Michon

Y. Suijkerbuijk

J.H. Verbeek

J.R. Anema

Juni 2015

Mogelijk gemaakt met subsidie van Instituut Gak

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	7
1 Inleiding: achtergrond en opzet.....	11
1.1 Hoofdvraagstellingen onderzoek.....	12
1.2 Methode	12
2 Arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische klachten: epidemiologische kennis	15
2.1 Achtergrond	15
2.2 Prevalentie van ernstige psychische aandoeningen	17
2.3 Psychische aandoeningen en werk binnen OECD landen	17
2.4 Psychische aandoeningen en werk onzekerheid bij OECD landen	21
2.5 Psychische aandoeningen en re-integratie	22
3 De meest effectieve interventie volgens de huidige wetenschappelijke kennis	27
3.1 Netwerk meta-analyse	27
3.2 Resultaten netwerkanalyse.....	29
3.3 Beschouwing bij netwerkanalyse.....	36
3.4 Voorspellers van arbeidsuitkomsten bij mensen ernstige psychische aandoeningen.....	37
4 Behoeftte aan kennis in Nederland	41
Referenties	47
Bijlagen	53
Bijlage 1. Vragenlijsten van OECD (OECD 2012, OECD 2014).....	55
Bijlage 2. Netwerk meta-analyse	57
<i>Referenties van geïncludeerde studies van de (netwerk) meta-analyse</i>	<i>63</i>
Bijlage 3. Verslag Expertgroepen kennisbehoefte	67
Literatuur bij verslag expertgroepen	86
Bijlage Geraadpleegde experts.....	88

Samenvatting

Dit rapport bevat een synthese van kennis aangaande arbeid en mensen met ernstige psychische aandoeningen, mogelijk gemaakt met subsidie van Instituut Gak. Met betrekking tot de drie centrale vragen zijn de volgende hoofdbevindingen gedaan.

1. *Wat is de stand van zaken ten aanzien van arbeidsparticipatie, daarop gericht beleid en interventies voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland ten opzichte van andere landen?*

Arbeidsparticipatie:

- Mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland hebben, net als in andere OECD landen, een groter risico op arbeidsongeschiktheid of een andere vorm van uitkering ten opzichte van mensen met milde psychische aandoeningen of zonder aandoening. Het panel psychisch gezien laat zien dat naar **hooguit 15 tot 20% van degenen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland regulier betaald werk** heeft.
- Daarentegen **daalt het aandeel mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering door psychische aandoeningen**. Dit is waarschijnlijk vooral het gevolg van veranderende wetgeving in Nederland de afgelopen jaren met betrekking tot uitkeringen.
- Mensen met ernstige psychische aandoeningen die werken hebben **relatief vaker een parttime functie, een tijdelijk dienstverband of laaggeschoold werk** in verhouding tot hun opleiding. Desondanks zijn de mensen over het algemeen tevreden over hun werk.

Interventies:

- Gegeven de jonge leeftijd waarop de ziekte kan ontstaan, zouden **interventies gericht op werkhervatting veel eerder** moeten beginnen dan nu gebeurt, en deze zouden zich vooral moeten **richten op het voltooien van de opleiding of stages**.
- **Beleid:** De coördinatie en samenwerking van zorg tussen de ggz en de arbeidsrevalidatie moet sterk verbeteren in alle OECD landen, zo ook in Nederland.

2. *Welke interventie is het meest effectief voor het bevorderen van arbeidsparticipatie bij mensen met ernstige psychische aandoeningen ten opzichte van alle overige interventies?*
- Supported employment is de meest onderzochte re-integratiemethode. Van de 41 geïncludeerde studies zijn er 31 supported employment studies, waarvan 7 studies gericht op supported employment in combinatie met een andere interventie.
 - **Gemiddeld 32% van de deelnemers vindt regulier betaald werk met hulp van de aangeboden interventies.** Daarbij is er een grote variatie hoe lang deelnemers aan het werk blijven: van 0.6 tot 105 weken, met een mediaan van 6.7 weken bij een follow up van langer dan een jaar.
 - Supported employment, en dan met name high fidelity IPS lijkt de meest effectieve interventie voor het verkrijgen van regulier betaald werk bij mensen met ernstige psychische aandoeningen.
 - **Gecombineerd met een extra interventie zoals cognitieve training geeft supported employment nog betere resultaten** (bijna 1,5 x) .
 - Belangrijke **voorspellende factoren voor succesvolle arbeidsrevalidatie** om rekening mee te houden bij mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn het opleidingsniveau, het hebben van een werkverleden, motivatie en zelfvertrouwen, en middelen misbruik.
3. *Welke kennis ontbreekt nog m.b.t. bevorderen van arbeidsparticipatie in Nederland? Welke specifieke kennis is er op dat vlak met betrekking tot de rol van multidisciplinaire samenwerking?*
- Inzake IPS modeltrouw is op Europees niveau onderzoek nodig dat repliceert (of niet) dat modeltrouw samenhangt met betere resultaten. Voor GGZ organisaties zoals RIBW-en is het niet mogelijk de volledige modeltrouw te behalen omdat niet alle behandeling vanuit de eigen organisatie geboden wordt. Dus ook **praktijkgericht onderzoek naar aangepaste modellen voor specifieke uitvoerders** is nodig.
 - Inzake professionalisering is de (potentiële) rol van ervaringsdeskundigheden nog onontgonnen. Mogelijk kunnen zij een rol vervullen om een betere relatie te leggen tussen persoonlijk herstel, medisch herstel en maatschappelijke participatie.

- **Het ontwikkelen van praktische handvatten voor professionals** werkzaam in diverse relevante disciplines, is een van de volgende stappen. De multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen levert hiervoor goede aanzetten, maar deze moet verder worden uitgewerkt.
- Ten aanzien van multidisciplinaire samenwerking worden zeven uitgangspunten verkend, zoals dat de cliënt in het centrum van de aandacht moet staan en zoveel mogelijk de eigen regie moet kunnen voeren. **De job coach vervult idealiter in het re-integratieproces een centrale, en een in professionele zin regisserende rol. De job coach en andere arbeidsprofessionals moeten op hun beurt ook samenwerken met hun centrale cliëntgroepen** (werkgever en werknemer).

1 Inleiding: achtergrond en opzet

Arbeid is belangrijk in het leven van mensen, en eraan meedoen is in zekere zin van levensbelang. Arbeidsparticipatie is zowel een maatschappelijke plicht als een universeel recht. De vraag naar arbeid en het aanbod veranderen continu. Een arbeidscarrière opbouwen lijkt steeds hogere eisen te stellen aan sociale competenties, kwalificaties en zelfredzaamheid. Voor velen is arbeidsparticipatie geen vanzelfsprekendheid. Specifieke groepen zoals mensen met langdurige psychische aandoeningen lijken veelal buiten de boot te vallen. Hun arbeidskansen zijn slecht en tegelijkertijd nemen door bezuinigingen de mogelijkheden af om op een alternatieve manier dagelijkse bezigheden te hebben.

Er zijn ook algemene ontwikkelingen, zoals een recente opleving van de economie en al langer verwachte toename van de arbeidsvraag, die erop duiden dat de arbeidsmarkt meer kansen gaat bieden, ook voor genoemde groep mensen met ernstige psychische aandoeningen. Daarnaast is nieuwe specifieke wet- en regelgeving bedacht om de werkloosheid onder groepen mensen met een grotere afstand tot de arbeidsmarkt te verminderen. Zo is de Participatiewet in januari van dit jaar van kracht gegaan is, welke op termijn 125.000 banen beoogt te creëren voor mensen met arbeidsbeperkingen.

Maar wat weten we eigenlijk van de arbeidsparticipatiedynamiek van mensen met ernstige psychische aandoeningen? Is het voldoende, zoals de overheid lijkt te denken, om de werkgelegenheid te stimuleren en regelingen beschikbaar te stellen voor mensen met een arbeidsbeperking in het algemeen? Hebben mensen met ernstige psychische aandoeningen bepaalde arbeidsondersteuning nodig en zo ja, wat zijn effectieve interventies op dat vlak?

Met deze vragen als raamwerk is een kennissynthese verricht inzake arbeid en mensen met ernstige psychische aandoeningen waarvan dit rapport verslag doet. Op macro niveau beoogt het project inzicht te geven in de stand van zaken van arbeidsparticipatie van patiënten met ernstige psychische aandoeningen in Nederland. Een belangrijke vraag daarbij is hoe de Nederlandse situatie is ten opzichte van die in andere OECD landen. Met behulp van de OECD database worden hiertoe verschillen in zorg & sociale zekerheidsbeleid, en in interventies voor het bevorderen van arbeidsparticipatie bij EPA tussen Nederland en andere landen beschreven

en wordt gezocht naar verklaringen hiervoor. Deze analyse is van belang om op macro niveau belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie van arbeidsparticipatie bevorderende interventies in Nederland in kaart te brengen.

1.1 Hoofdvraagstellingen onderzoek

- 1) Wat is de stand van zaken ten aanzien van arbeidsparticipatie, daarop gericht beleid en interventies voor mensen met EPA in Nederland ten opzichte van andere landen? Hoe zijn verschillen te verklaren en welk beleid is in Nederland gewenst?
- 2) Welke interventie is, onder welke omstandigheden en bij welke doelgroep, het meest effectief voor het bevorderen van arbeidsparticipatie bij mensen met EPA ten opzichte van alle overige interventies?
- 3) Welke zijn mogelijk effectieve interventies in Nederland en welke kennis ontbreekt nog m.b.t. bevorderen van arbeidsparticipatie? Welke specifieke kennis is er op dat vlak met betrekking tot de rol van multidisciplinaire samenwerking?

1.2 Methode

Vraag 1

Voor het beantwoorden vraag 1 is gebruik gemaakt van verscheidene rapporten van de “Organisation for Economic Co-operation and Development” (OECD) die zij de afgelopen jaren hebben gepubliceerd over psychische aandoeningen en werk in de verschillende OECD aangesloten landen. Deze rapporten zijn te downloaden via <http://www.oecd.org/els/emp/mental-health-and-work.htm>. Voor deze onderzoeksvraag is met name gebruik gemaakt van ‘Sick on the Job?: Myths and Realities about Mental Health and Work’ (OECD 2012), en van de Mental Health and Work Country Reports gericht op de Nederlandse situatie: ‘Mental Health and Work: Netherlands’, (OECD 2014)¹. Aanvullend zijn ook de gegevens van het panel ‘Psychisch Gezien’ van het Trimbos Instituut gebruikt worden voor het beantwoorden van deze vraag (www.psychischgezien.nl).

¹ This part of the report is based on:

- OECD (2012), Sick on the Job?: Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>

- OECD (2014), Mental Health and Work: Netherlands, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264223301-en>

The opinions expressed and arguments employed in both these reports do not necessarily reflect the official views of the OECD’s member countries.

Vraag 2

Voor het beantwoorden van vraag 2 is een netwerk meta-analyse uitgevoerd op basis van alle studies die er de afgelopen jaren zijn gepubliceerd met betrekking tot interventies voor het verbeteren van de arbeidsrevalidatie bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Deze netwerk meta-analyse zal worden gepubliceerd bij de Cochrane Occupational Health Group.

Vraag 3

Voor de beantwoording van vraag 3 zal deels gebruik worden gemaakt van de resultaten uit de netwerk meta-analyse die wordt uitgevoerd ter beantwoording van vraag 2. Daarnaast zijn twee expertbijeenkomsten georganiseerd door het Trimbos Instituut waarin de gevonden hiaten in kennis worden getoetst en verder aangevuld door de experts.

2 Arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische klachten: epidemiologische kennis

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de stand van zaken ten aanzien van arbeidsparticipatie, daarop gericht beleid en interventies voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland. Hoe is deze ten opzichte van andere landen? Hoe zijn verschillen te verklaren en welk beleid is in Nederland gewenst?

2.1 Achtergrond

Om deze vraag te kunnen beantwoorden moet helder zijn wat de definitie is van ernstige psychische klachten. Voor dit rapport gaan wij uit van de definitie van ernstige psychiatrische aandoeningen zoals is geformuleerd door Delespaul et al. in 2013:

- er sprake is van een psychiatrische aandoening, die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie);
- en die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie);
- en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van psychiatrische aandoening;
- en niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren);
- en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

Mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen kunnen in symptomatische en functionele remissie komen wanneer zij zes maanden lang geen symptomen hebben en functioneel hersteld zijn (Delespaul 2013).

Bij de verschillende rapporten van OECD over psychische aandoeningen en werk in de aangesloten OECD landen (<http://www.oecd.org/els/emp/mental-health-and-work.htm>) die gebruikt zijn voor dit verslag wordt niet uitgegaan van de strikte definitie van EPA zoals hierboven is geformuleerd. OECD is voor deze analyses uitgegaan van cutoff scores op basis van gevalideerde vragenlijsten over psychische klachten.

Zij doen dit als volgt: In alle OECD landen wordt de prevalentie van psychische klachten middels nationaal uitgezette gevalideerde vragenlijsten bijgehouden. Daarnaast zijn er nationale cijfers over deelname aan de arbeidsmarkt beschikbaar. OECD gebruikt de 5%

slechtste scores op deze vragenlijsten over psychische klachten om de groep mensen betreft met een ernstige psychiatrische aandoeningen te duiden. De daaropvolgende 15% van de slechtste scores wordt gedefinieerd als de groep mensen met een milde psychische aandoening. De overige 80% wordt beschouwd als mensen zonder psychische aandoening. Het rapport vergelijkt de arbeidsmarkt uitkomsten voor deze verdeling per land.

Voor deze analyses is door OECD eerst gezocht naar de meest adequate vragenlijst in elk land (zie bijlage 1). Vervolgens is die vragenlijst gebruikt om de 5% en 20% percentielen van antwoorden te bepalen die ruwweg de prevalentie van psychische aandoeningen in dat land weergeven.

Deze berekeningen van OECD geven een goede schatting van de prevalentie van psychische aandoeningen in een land, en zijn geschikt voor vergelijkingen tussen OECD landen. Daarentegen zijn deze berekeningen niet hetzelfde als het aanhouden van de strikte definitie voor EPA zoals geformuleerd door Delespaul et al. (2013).

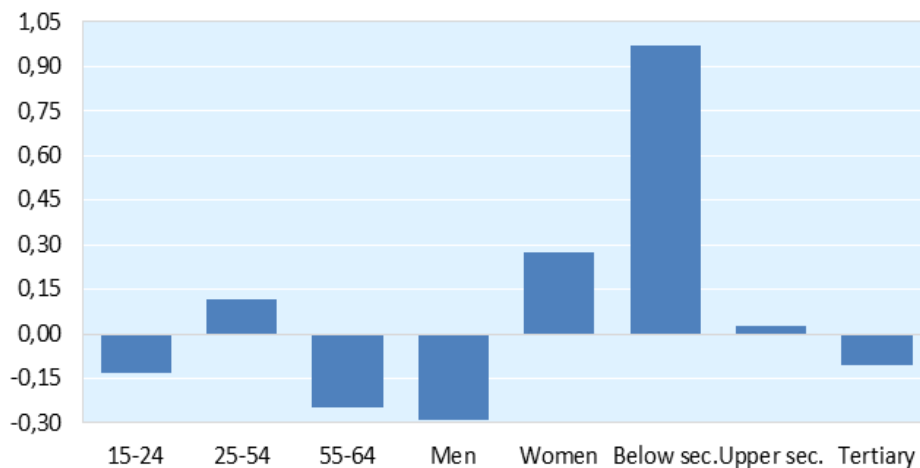
Het panel psychisch gezien (www.psychischgezien.nl) geeft informatie over maatschappelijke participatie en arbeid in het bijzonder op basis van vragenlijsten die worden ingevuld door mensen die zelf aangeven last te hebben van psychische aandoeningen. Nagenoeg iedereen in dit panel voldoet aan de hoofdcriteria voor EPA, namelijk dat men beperkingen heeft op een of meer levensgebieden en dat deze van lange duur zijn. Bij de aanmelding, die vrij is, wordt aangegeven dat de doelgroep mensen betreft die in hun dagelijks leven last hebben van een psychose, bipolaire aandoening, persoonlijkheidsaandoening of aanhoudende depressies. Een substantieel deel van de panelleden is geworven via random aanschrijven van cliënten van afdelingen van GGZ-instellingen die bedoeld zijn voor mensen uit de EPA-doelgroep. Weliswaar is dus bij een ander deel van de panelleden onzeker of sprake is van een objectieve, vastgestelde diagnose, maar op grond van diverse analyses is geconcludeerd dat het panel psychisch gezien representatief is voor de groepen mensen met EPA (Place 2014).

Een combinatie van beide informatiebronnen is goed bruikbaar voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 1.

2.2 Prevalentie van ernstige psychische aandoeningen

Volgens de OECD heeft 20% van de volwassen bevolking een psychische aandoening (combinatie van milde klachten en ernstige klachten) met een life time prevalentie van 40-50% (OECD 2012). Uit de OECD gegevens blijkt dat in de aansloten landen relatief weinig mensen een hele goede psychische gezondheid rapporteren, maar nog minder mensen een hele slechte psychische gezondheid. De relatie tussen psychische aandoeningen en demografische gegevens zijn vergelijkbaar voor de verschillende OECD landen. Overall, zijn er binnen de groep mensen met psychische aandoeningen relatief veel jongeren, meer vrouwen en meer mensen met een lage opleiding. Voor Nederland valt op dat met name het aandeel psychische aandoeningen hoog is bij mensen met een lage opleiding (Zie figuur 1.1).

Figuur 1.1 Prevalentie van psychische aandoeningen op basis leeftijd, geslacht en opleidingsniveau in vergelijking met de overall prevalentie in de werkende bevolking in Nederland eind 2000.



Note: Below secondary education refers to ISCED 0-2, upper secondary to ISCED 3-4 and tertiary to ISCED 5-6 (International Standard Classification of Education). Source: National health Surveys (OECD 2014 <http://www.oecd.org/els/mental-health-and-work-9789264124523-en.htm> (key figures and data; Figure 1.2)

2.3 Psychische aandoeningen en werk binnen OECD landen²

Mensen met een ernstige psychische aandoening hebben binnen de OECD landen 30% minder kans op een baan, en mensen met een milde psychische aandoening hebben 15% minder kans.

² OECD (2012), Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>

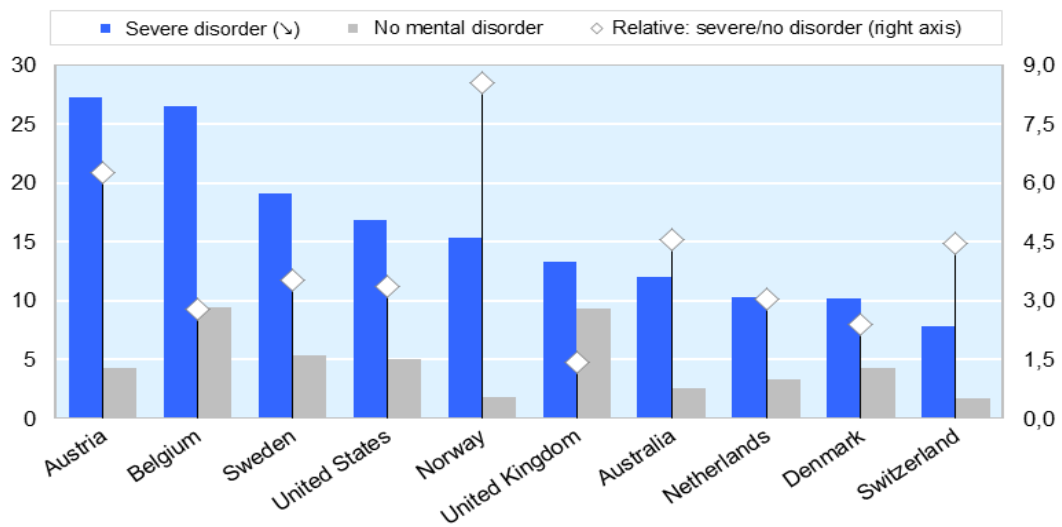
Het gemiddelde inkomen van mensen met een ernstige psychische aandoening is 20% lager dan die van de gemiddelde beroepsbevolking. Het risico op armoede is ook relatief groot, namelijk 25% voor mensen met een ernstige psychische aandoening.

Het aandeel arbeidsongeschiktheid claims door psychische aandoeningen is de afgelopen 20 jaar toegenomen ten opzichte van het aandeel claims door andere aandoeningen in vrijwel alle OECD landen. Vandaag de dag is een op de drie nieuwe arbeidsongeschiktheid claims een gevolg van een psychische aandoening.

Vooraf bij jongeren is er een stijging van het aantal claims, waarbij deze jongeren eenmaal in het systeem van arbeidsongeschiktheid en uitkeringen deze nauwelijks meer verlaten waardoor de gemiddelde duur van uitkeringen is toegenomen. Bij veel mensen is sprake van co-morbide ernstige psychische aandoeningen waardoor de kansen op de arbeidsmarkt nog verder verslechteren (75% kans op een uitkering).

Figuur 1.2 Werkloosheid voor mensen met en zonder een ernstige psychische aandoening

(linker Y-as % werkloos, rechter Y-as-verhouding ernstige aandoening/ geen aandoening), eind 2000³

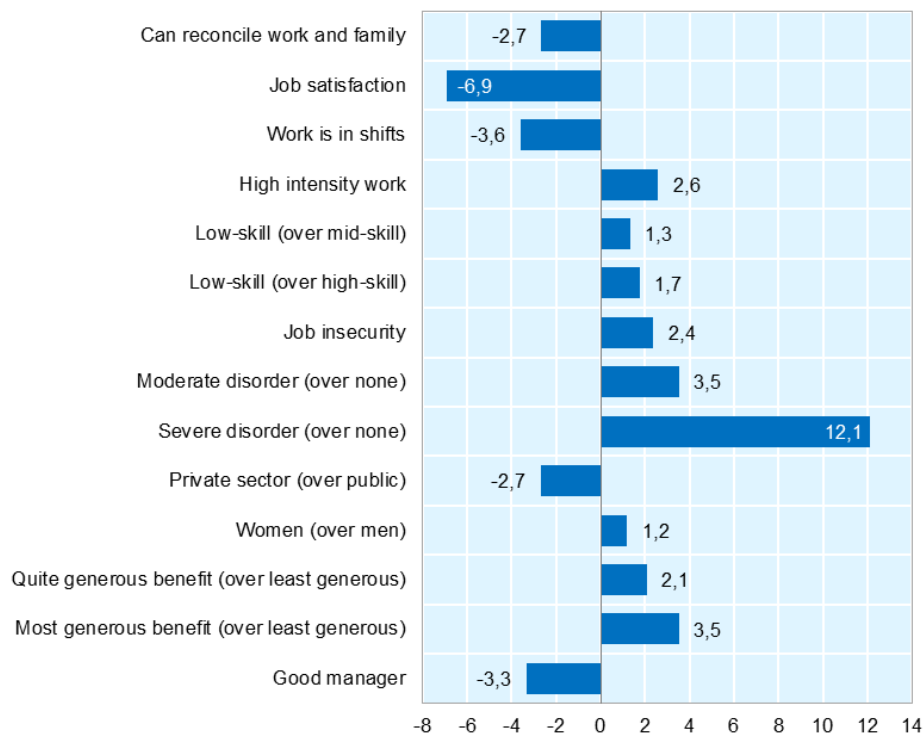


Source: <http://www.oecd.org/els/mental-health-and-work-9789264124523-en.htm> (key figures and data, Figure 2.4, OECD 2012)

³ OECD (2012), Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>

Mensen met ernstige psychische aandoeningen die werken hebben een 10 tot 15 maal groter risico verzuim (zie figuur 1.3). Maar ook mensen met milde psychische aandoeningen hebben een 2 tot 4 maal groter risico (OECD, 2012).

Figuur 1.3. Extra aantal dagen een werkend persoon zal verzuimen in een jaar tijd met verschillende kenmerken (OECD 2012)



Note: Results are based on all countries covered in the EWCS survey; Source: OECD calculations based on European Working Conditions Survey (EWCS) 2010.

<http://www.oecd.org/els/mental-health-and-work-9789264124523-en.htm> (Key figures and data, Figure 2.22, OECD 2012).

Psychische aandoeningen en werk in Nederland

Net als in andere OECD landen is het aandeel van mensen met psychische aandoeningen in Nederland groot in het totale aantal mensen met een uitkering. Uit gegevens van het UWV uit 2012 blijkt dat ongeveer 40% van de degenen die een uitkering ontvangen een psychische aandoening heeft, van wie 6% een ernstige psychische aandoening op basis van de diagnose van de verzekeringsarts. Bij jongeren met een arbeidsongeschiktheidsuitkering heeft gemiddeld 10% een ernstige psychische aandoening (UWV 2012).

Psychische aandoeningen komen niet alleen frequent voor bij mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering maar ook bij mensen met andere type uitkeringen. Volgens de gegevens van de Nederlandse POLS Health Survey over de periode 2007-2009 blijkt dat 43% van de mensen met een bijstandsuitkering een psychische aandoening heeft. Onder de mensen met een werkloosheidsuitkering heeft naar schatting ongeveer één op de drie te kampen heeft met een psychische aandoening (OECD 2014).

Mensen met psychische aandoeningen in Nederland hebben relatief een betere positie op de arbeidsmarkt ten opzichte van de andere OECD landen. In 2007-09 heeft ongeveer 68% van de mensen met een (milde of ernstige) psychische aandoening tussen 15 en 64 jaar werk. Dit is de op twee na hoogste score van de OECD landen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat in Nederland er relatief veel parttime gewerkt kan worden. Desondanks geldt ook voor Nederland dat mensen met een (milde of ernstige) psychische aandoening 14% minder kans hebben op werk ten opzichte van diegenen zonder psychische aandoening (OECD 2014). Het is niet duidelijk hoe Nederland scoort t.o.v. de andere OECD landen wanneer alleen de mensen met ernstige psychische aandoeningen voor dit onderdeel worden geanalyseerd.

Volgens een enquête onder 574 mensen met ernstige psychische aandoeningen die lid zijn van het Panel Psychisch Gezien (www.psychischgezien.nl) blijkt dat 21% van hen betaald werk heeft. Hiervan heeft 14% een reguliere baan en werkt 4% bij een sociale werkvoorziening. De rest werkt als zelfstandige. Gemiddeld werken de deelnemers 20 uur per week. Ook wanneer de CBS definitie van betaald werk wordt aangehouden (een baan van minimaal 12 uur per week) hebben relatief weinig deelnemers betaald werk: 19% versus 66% in de algemene beroepsbevolking . Bijna een tiende (9%) van de leden volgt een opleiding of werk gerelateerde cursus. Zie Tabel 1.

Tabel 1. Aantal leden met opleiding of werk in % (bron: www.panelpsychischgezien.nl)

	2010		2013	
	%	N	%	N
Betaald werk	19	589	21	563
Betaald werk ≥12 uur	16	555	19	520
Vrijwilligerswerk	41	592	46	567
Opleiding/cursus werk gerelateerd	12	601	9	567

Kosten voor verzuim en arbeidsongeschiktheid door psychische aandoeningen

Kosten voor verzuim en arbeidsongeschiktheid in Nederland waren 21.7 miljard EUR in 2009, wat gelijk staat aan 3.8 % van het BBP. In de overige OECD landen was dit gemiddeld 2% van het BBP (OECD 2014). Terwijl in de meeste OECD landen het aandeel arbeidsongeschiktheidsuitkeringen voor mensen met psychische klachten de afgelopen jaren zijn toegenomen, is er in Nederland door wetswijzigingen juist een daling zichtbaar.

De redenen voor deze stijging is nog niet helemaal duidelijk, maar is volgens OECD niet het gevolg van een grotere prevalentie van dit type aandoeningen, maar eerder van een betere herkenning van de aandoening en het beperkende effect deze kan hebben op functioneren. In de meeste OECD landen worden mensen met psychische aandoeningen vaak direct volledig afgekeurd voor hun werk, en worden zij nauwelijks meer herkeurd. Terwijl juist een gedeeltelijke afkeuring, zoals steeds meer in Nederland gebeurt, veel meer kans biedt om deze mensen deels in het arbeidsproces te houden.

2.4 Psychische aandoeningen en werk onzekerheid bij OECD landen⁴

In de OECD landen is de werkonzekerheid toegenomen van 14% in 2005 tot 17% in 2010. Het aandeel mensen met een tijdelijk arbeidscontract is toegenomen van 21% in 2005 tot 40% in 2010. Ook de helft van de mensen met een vast contract geeft in 2010 aan dat zij onzeker zijn over de toekomst van hun baan. Mensen met zowel milde als ernstige psychische

⁴ OECD (2012), Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>

aandoeningen hebben over het algemeen minder stabiele en slechter betaalde banen (OECD 2012). Ze hebben net iets vaker een tijdelijk dienstverband. Ook is er een verschil in salarisschaal (gecorrigeerd voor het verschil in gewerkte uren). Mensen met psychische aandoeningen verdienen minder dan het gemiddelde salaris, en zijn over het algemeen minder tevreden met hun werk.

Situatie in Nederland

Net als bij de overige OECD landen hebben mensen in Nederland met psychische aandoeningen vaker tijdelijke contracten en/of onzekerheid over de toekomst van hun werk. Zij rapporteren ook minder erkenning en respect op het werk, en de minderheid van de mensen heeft werk die overeenkomstig het opleidingsniveau is. Mensen met psychische aandoeningen rapporteren vaker werkstress als gevolg van hoge taakeisen en weinig regelmogelijkheden. De mate van ervaren werkstress is vrijwel even hoog voor mensen met milde of ernstige psychische aandoeningen. Overall is de mate van werkstress en werkonzekerheid lager in Nederland dan gemiddeld voor de andere EU landen (OECD 2012, OECD 2014).

Volgens het rapport Panel Psychisch Gezien (www.psychischgezien.nl) geeft ruim de helft van de deelnemers aan meer te willen verdienen. Ruim één op de tien wil ander werk. Bij 18% is behoefte aan uitdagender werk, terwijl 9% liever minder belastende taken wil. Andere wensen zijn flexibele(re) werktijden (7%) en meer/andere ondersteuning (7%). Desondanks is 68% van de deelnemers wel tevreden tot zeer tevreden te zijn met hun baan. Mensen met ernstige psychische aandoeningen werken in verhouding tot hun opleiding wel vaak in laaggeschoolde banen.

2.5 Psychische aandoeningen en re-integratie

In de meeste OECD landen worden beschermde werkplekken aangeboden aan mensen met ernstige psychische aandoeningen om overdag iets van arbeidsmatige bezigheden hebben. Hetzelfde idee zit achter de zogenoemde 'clubhuizen' die brede activerende doelen beogen, maar tegelijkertijd kansen op betaald werk proberen te vergroten. Dit gebeurt onder andere via tijdelijk werken in een reguliere werkomgeving, waarbij de werkgever de garantie krijgt dat het werk ingevuld wordt. Veel van deze voorzieningen (beschermde werkplekken, clubhuizen) zijn nauwelijks wetenschappelijk onderzocht op effectiviteit. De laatste 20 jaar wordt

‘supported employment’ in toenemende mate gezien als de ‘gouden standaard’ voor het stimuleren van terugkeer naar werk of het vinden van werk bij deze doelgroep. Een van de belangrijke factoren voor succes is de samenwerking tussen de behandelaar in de psychiatrische zorg en diegene die verantwoordelijk is voor de re-integratie, waarbij werkherhvatting een onderdeel is geworden van het behandelresultaat. Een aantal beperkingen van deze methode is dat het behoud van de gevonden banen voor veel mensen lastig is en gaan veel mensen niet fulltime aan de slag. In veel OECD landen wordt ‘supported employment’ slechts beperkt toegepast vanwege verscheidene barrières zoals financiële belemmeringen, als ook de ‘beliefs’ van behandelaren die vaak de behoefte van hun patiënten op werkherhvatting onderschatten en de gevaren van werk vaak niet op vinden wegen tegen de voordelen (OECD 2012, Bond 2001a; Burns 2007).

Behandeling van psychische aandoeningen

Eurobarometer data uit 2010 voor 21 OECD landen laat zien dat 50% van de mensen met ernstige psychische aandoeningen wordt behandeld (OECD 2014). Hoe ouder, hoe meer behandeling men krijgt. Mensen met ernstige psychische aandoeningen zonder uitkering hebben minder vaak een behandeling (ongeveer 25%), dan mensen met vergelijkbare aandoeningen en wel een uitkering.

Het voorkomen van uitval van de arbeidsmarkt is hierdoor lastiger bij deze doelgroep. Deze cijfers kunnen deels worden verklaard door onder-diagnose als gevolg van niet herkennen van het probleem als het niet willen vertellen van het probleem. Naast onderbehandeling speelt ook de tijdsduur tussen het ontstaan van de psychische aandoening en de start van de behandeling. Ook dit probleem speelt in meerdere OECD landen. Gemiddeld zit er 10 jaar tussen. Daarnaast speelt mogelijk ook nog dat veel mensen met psychische aandoeningen niet de juiste behandeling krijgen. Volgens OECD cijfers zou dat gaan om 50% van de mensen met milde en ernstige vormen van psychische aandoeningen (OECD 2012).

Situatie in Nederland

Het percentage mensen met behandeling voor ernstige psychische aandoeningen in Nederland is vergelijkbaar met die in andere OECD landen (ongeveer 50%, OECD 2014). Van deze groep mensen krijgt 24% specialistische zorg (OECD 2014). Ook in Nederland speelt mogelijk onder-diagnose van psychische aandoeningen bij huisartsen. Volgens de LINH data diagnosticeren huisartsen gemiddeld 12% van hun patiënten met een psychische aandoening, terwijl volgens

cijfers uit de studie van de Graaf (2010) gemiddeld 18% van de Nederlandse bevolking een psychische aandoening zouden hebben. Aangezien de populatie bij de huisarts een selectie is van de algemene bevolking is het wel waarschijnlijk dat ook in Nederland er sprake is van onderdiagnose. Ook de wachttijden in Nederland zijn een probleem. Het kan zijn dat verwachte stigmatisering mensen ervan weerhoudt op zoek te gaan naar adequate behandeling. Hoewel in Nederland dit probleem kleiner lijkt dan in andere OECD landen, zou met name ten aanzien van werk en psychische problemen dit nog wel een rol kunnen spelen (Place 2014).

Organisatie van zorg

In alle OECD landen zijn werkgevers en organisaties onvoldoende aangesloten als partner van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) systemen. Er is geen structurele samenwerking tussen beide partijen. Terwijl bekend is dat werk een belangrijk element is voor herstel neemt de ggz in de verschillende landen weinig verantwoordelijkheid voor de werkuitkomsten van haar patiënten. Indicatoren voor kwaliteit van zorg in de ggz kijken niet naar enige vorm van werk. OECD adviseert daarom twee belangrijke elementen voor verbetering van het beleid.

Ten eerste, op tijd interveniëren. Juist omdat veel ernstige psychische aandoeningen in de adolescentie beginnen, is het belangrijk om veel eerder mensen proberen te behandelen in plaats van te wachten tot dat zij in een uitkeringssituatie terecht komen.

Ten tweede, een verbetering van de coördinatie en samenwerking van zorg tussen de ggz en de arbeidsrevalidatie. OECD adviseert daarnaast dat werkgevers beter ondersteund zouden moeten worden in het voorkomen van uitval bij mensen met psychische aandoeningen. En diegenen die een uitkering hebben zouden beter geholpen moeten worden in het weer deelnemen aan het arbeidsproces (OECD, 2015).

Organisatie van zorg in Nederland

Ook in Nederland is de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en re-integratie begeleiding apart geregeld als gevolg de gescheiden systemen waarmee dit wordt gefinancierd. Deze scheiding geeft problemen in de samenwerking tussen de zorgverleners. Bedrijfsartsen weten goed hoe werk een wisselwerking kan hebben op de psychische gezondheid, maar zijn niet opgeleid om te behandelen. Zij verwijzen deze patiënten door naar de ggz, waar de psychische problemen apart worden behandeld en er weinig aandacht is voor het gezond kunnen terugkeren naar het werk. Ook het beroepsgeheim maakt het extra lastig voor zorgverleners om 'makkelijk' met

elkaar te overleggen. Bij de ggz in Nederland, is net als in de overige OECD landen, veel te weinig initiatief om te investeren in werkgebonden uitkomsten. Zo zijn er ook in Nederland geen werkgerelateerde indicatoren van goede zorg (Zichtbare Zorg GGZ/VZ, 2013) opgenomen.

Er is in Nederland voorzichtig een start gemaakt met een betere integratie van de ggz en re-integratie begeleiding voor mensen met ernstige psychische aandoeningen via de implementatie van FACT (flexibel assertive communication treatment) teams en IPS (individual placement en support) programma's. In 2012 is ook een convenant getekend door UWV een GGZ Nederland om de samenwerking te versterken in het belang van goede zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

3 De meest effectieve interventie volgens de huidige wetenschappelijke kennis

In dit hoofdstuk komt de beantwoording van vraag 2 aan de orde. Welke interventie, onder welke omstandigheden en bij welke doelgroep is het meest effectief voor het bevorderen van arbeidsparticipatie bij mensen met ernstige psychische aandoeningen ten opzichte van alle overige interventies?

3.1 Netwerk meta-analyse

Achtergrond

In eerste instantie was het plan om een overzicht van reviews te geven omdat er een aantal systematische reviews zijn gepubliceerd over arbeidsre-integratiemethoden en ernstige psychiatrische aandoeningen (o,a, Kinoshita 2013, Crowther 2001, Twamley 2003). De conclusie van deze reviews suggereert dat supported employment (SE) het meest effectief lijkt ten aanzien van verkrijgen van regulier betaald werk, en mogelijk ook in het behouden van het werk. Opmerkelijk is dat in de meest recente systematische review (Kinoshita 2013) de kwaliteit van het wetenschappelijke bewijs als zeer laag wordt beoordeeld vanwege het laag aantal geïncludeerde studies, met een klein aantal deelnemers, en een hoge risk of bias. De reviews richten zich vooral op de evaluatie van de effectiviteit van SE t.o.v. controle situaties zoals pre-vocational training. We hebben ervoor gekozen om in plaats van een overzicht een netwerk meta-analyse te doen met alle RCT's die tot nu toe verschenen zijn over dit onderwerp. Hierdoor is het mogelijk om ook RCT's te includeren die niet eerder in een systematische review zijn opgenomen, dus ook studies die niet gericht zijn op SE. Het voordeel van een netwerk-meta-analyse dat door directe en indirecte vergelijkingen een ranking gemaakt kan worden van de verschillende interventies.

Netwerk meta-analyse

Een netwerkmeta-analyse maakt het mogelijk om meer dan twee interventies met elkaar te vergelijken aan de hand van zowel directe als indirecte vergelijkingen (White 2011). Hierdoor kan een rangorde worden gemaakt van de effectiviteit verschillende interventies, ook als deze niet direct tegen elkaar zijn vergeleken in studies (Chaimani 2011, Salanti 2011). Op deze manier wordt inzichtelijk gemaakt welke interventie mogelijk superieur is t.o.v. andere

methoden. Hierbij zijn twee voorwaarden voor het kunnen doen van dit type analyse. Het is belangrijk dat de studies in de analyse voldoende homogeen zijn voor wat betreft type deelnemers, type interventie en uitkomstmaat. Daarnaast is van belang dat de effecten van de directe en indirecte vergelijkingen tussen interventies niet teveel van elkaar verschillen (Cipriano 2013).

Effectiviteit De primaire uitkomstmaat voor het bepalen van de effectiviteit is het verkrijgen van regulier betaald werk. Daarnaast wordt ook gekeken naar het verkrijgen van andere vormen van arbeid, het baanbehoud, kwaliteit van leven en geestelijke gezondheid.

Zoekstrategie

Voor een zo volledig mogelijke zoekstrategie hebben we gezocht in meerdere databanken: MEDLINE (Pubmed), EMBASE, PsychINFO, CINAHL en Cochrane Library. Hierbij hebben we gebruikgemaakt van een combinatie van zoektermen die passen bij de concepten: 'mental disorder', 'return to work' and 'Randomized Controlled Trial' (zie bijlage 3). Dit leidde uiteindelijk tot zo'n 7500 resultaten. Twee onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar de abstracts gescreend en na overeenstemming te hebben bereikt over de potentieel relevante studies hebben ze van alle overgebleven studies de volledige artikeltekst gelezen en beoordeeld aan de hand van de inclusiecriteria. Indien geen overeenstemming kon worden bereikt werd een derde onderzoeker geconsulteerd. Er zijn uiteindelijk 41 RCT's geïncludeerd op basis van de volgende criteria:

Inclusiecriteria:

- (cluster) randomised controlled trial
- volwassenen tussen de 18 en 70 jaar
- ernstige psychiatrische aandoening, gedefinieerd als: schizofrenie of andere psychotische stoornis, bipolaire stoornis, depressie met psychotische kenmerken of andere psychiatrische aandoening met beperkingen in het sociaal en maatschappelijk functioneren voor de duur van tenminste 2 jaar.
- arbeidsre-integratiemethode
- aanwezigheid van de primaire uitkomstmaat: aantal mensen dat regulier betaald werk vindt.

Exclusiecriteria

- verslaving zonder andere psychiatrische stoornis
- verstandelijke beperking
- dementie of andere ernstige neurocognitieve stoornis

Dataextractie

Om alle relevante data te extraheren uit de gevonden studies werd een data-extractieformulier ontworpen. Hiermee hebben twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar alle data geëxtraheerd uit de gevonden studies. In geval van verschil werd opnieuw kritisch gekeken naar de data in de studies. Bij persisterende meningsverschillen werd een derde onderzoeker geconsulteerd.

Data-analyse

Voor de primaire uitkomstmaat (aantal mensen die regulier betaald werk verkrijgt) en andere dichotome data hebben we gebruik gemaakt van de gepoolde risk ratios (RR). Met behulp van STATA[®] versie 13 is een netwerkmeta-analyse uitgevoerd gericht op de primaire uitkomstmaat. Ook zal de rangorde voor alle interventies worden geschat waardoor duidelijk wordt welk type interventie het meeste effect heeft (voor een uitgebreide beschrijving zie bijlage 2).

Kwaliteitsbeoordeling

De methodologische kwaliteit van de geïncludeerde studies is beoordeeld met behulp van de Cochrane's tool for assessing the risk of bias (Higgins 2011).

3.2 Resultaten netwerkanalyse

Beschrijving van gevonden studies

We hebben 41 relevante RCT's gevonden. In totaal met 7920 deelnemers, met een gemiddelde van 193 deelnemers per studie, uiteenlopend van 21 deelnemers (Drebing 2005, pilot study) tot een uitschieter met 2238 deelnemers (Drake 2013). De meeste studies hebben een follow up duur van meer dan 12 maanden, uiteenlopend van 3 maanden (Tsang 2001) tot 5 jaar (Hoffmann 2014). Voor de primaire uitkomstmaat hebben we de studies met een follow up van een jaar of minder met elkaar vergeleken, en de studies met een follow up van langer dan één jaar.

Van de 41 studies zijn er 25 uitgevoerd in de Verenigde Staten, 9 in Europa, 3 in Australië en 4 in Azië (China en Japan). In 16 studies betreft het merendeel van de deelnemers mensen van het caucasische ras. Bij de overige studies is het niet beschreven (n=16) of is de meerderheid niet caucasisch (n=10). Opvallend is dat bij 9 Amerikaanse studies de meerderheid etnische minderheden betreft.

Deelnemers

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 36 jaar oud. Er zijn 6 studies waarbij de gemiddelde leeftijd tussen de 20 en 30 jaar ligt, er is hierbij ook één studie waarbij de gemiddelde leeftijd 19 jaar is (Gervy 1994). Bij 10 studies is de gemiddelde leeftijd 40 jaar of ouder is, waarvan één studie specifiek gericht is op ouderen, met een gemiddelde leeftijd van 51 jaar (Twamley 2012).

Het merendeel van de deelnemers is man, gemiddeld 63%. Er zijn 2 studies die meer dan 90% mannen bevatten (Drebing 2005 en 2007), dit valt te verklaren vanuit de setting (veteranen).

Bij verreweg de meeste studies (32) heeft meer dan 50% de diagnose schizofrenie of een andere psychotische stoornis. Er zijn slechts enkele studies (3), waaronder de grote studie van Drake (Drake 2013, N=2238) waarbij een andere diagnose de meerderheid betreft, in dit geval stemmingsstoornissen: bipolaire stoornis of ernstige depressie. Een aantal studies hebben ook mensen geïnccludeerd met middelenmisbruik of verslaving, de meerderheid noemt het echter niet of heeft het als exclusie criterium. Er is één studie en een pilot studie (Drebing 2005, Drebing 2007) waarbij bij alle deelnemers sprake is van middelenmisbruik in combinatie met een andere psychiatrische aandoening (dubbel diagnose), de deelnemers in deze studie hebben voornamelijk een co-morbide depressieve stoornis, aldus wijkt deze studie af van de rest.

In 18 studies wordt er aangegeven dat er bij meer dan de helft van de deelnemers sprake is van een arbeidsverleden. Bij 7 studies gaat het hierbij om werkervaring in de afgelopen 5 jaar. De meeste deelnemers hebben middelbaar onderwijs gevolgd (24 van de 30 studies die het beschrijven), waarbij de studie van Hoffmann 2014 een uitzondering is, daar heeft het merendeel een beroepsopleiding afgerond en heeft zelf een deel (13%) een universitair diploma. Bij slechts een kwart van de studies (n=10) wordt aangegeven of deelnemers een uitkering hebben, het betreft voornamelijk arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (9 van de 10 studies).

Interventies

SE is de meest onderzochte re-integratiemethode. Van de 41 geïncludeerde studies zijn er 31 SE studies, waarvan 7 studies gericht op SE in combinatie met een andere interventie. Dit gaat voornamelijk om toevoeging van cognitieve training (o.a. Mc Gurk 2009) of social skills training (Tsang 2010). Er is één studie met SE en motivational interviewing (Craig 2014). Er zijn ook 3 studies die SE met ACT hebben gecombineerd. Van de 'gewone' SE studies gaat het bij 23 studies om high fidelity IPS (gebaseerd op de score van een van de IPS modelgetrouwheidsschalen, o.a. Bond 1997).

Voor de oudere studies hebben zich primair gericht op beschermde werkplekken zoals een sociale werkplaats (sheltered workshop) of clubhuis (clubhouse). Als controlegroep wordt vaak gebruik gemaakt van standaard psychiatrische zorg dan wel reguliere arbeidsre-integratie, vaak bestaande uit een combinatie van training en werkervaring opdoen in een beschermde werkomgeving. Voor de analyses hebben we getracht onderscheid te maken tussen deze 3 groepen (beschermde werkplek, clubhuis, psychiatrische zorg) omdat het toch verschillende benaderingen zijn.

Bij het beoordelen van de methodologische kwaliteit van de studies valt op dat bij een groot deel van de studies sprake is van een high risk of bias. Dit kan verklaard worden door verschillende factoren. Allereerst is het niet mogelijk om te blinderen bij behandelaar of deelnemer door de aard van de interventie. Ten tweede is er bij veel studies sprake van aanzienlijk aantal mensen die uitvalt tijdens de studie. Dit kan te maken hebben met de lange follow up duur en de populatie. Ook is er bij een deel van de studies sprake van onduidelijkheid over de randomisatie en toewijzingsprocedure. Als laatste is er ook nog vaak sprake van een 'per protocol' analyse in plaats van 'intention to treat', hetgeen mogelijk ook tot vertekende resultaten kan leiden.

Arbeidsuitkomsten

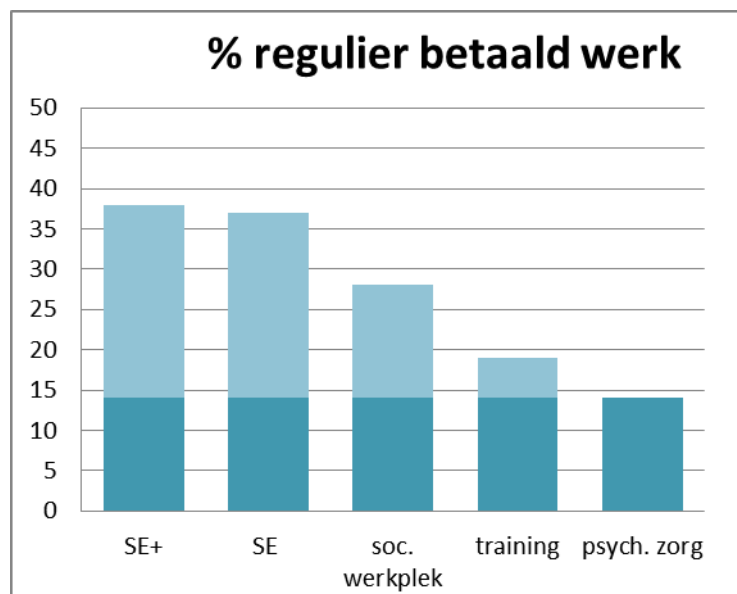
Allereerst een paar globale bevindingen ten aanzien van arbeidsuitkomsten uit de geïncludeerde studies. Hierbij is nog geen rekening gehouden met de bandbreedte van de gevonden effecten in de individuele studies en kwaliteit van het bewijs. In de netwerk analyse wordt daar wel rekening mee gehouden.

Het percentage van het totaal aantal deelnemers die gedurende de geïncludeerde studies regulier betaald werk heeft gevonden is gemiddeld 32%. Voor de studies die een follow up duur van minder dan een jaar hebben geldt dat het percentage ongeveer 24% is, en voor de

studies die meer dan een jaar duren is het percentage 35%. Dat zou kunnen betekenen dat een deel van de mensen pas in het tweede jaar na start van een interventie een baan vindt.

Van de deelnemers die alleen psychiatrische zorg krijgen vindt 24% betaald werk, opvallend hierbij is dat als de grote studie van Drake uit 2013 (met hoofdzakelijk deelnemers met een stemmingsstoornis) niet wordt meegerekend dit percentage 14% is. In figuur 1 is te zien dat door de verschillende interventies meer mensen regulier betaald werk vinden dan wanneer de deelnemers alleen psychiatrische zorg krijgen (dit is exclusief de studie van Drake 2013). SE al dan niet in combinatie met een extra interventie lijkt hierbij het beste resultaat te hebben. Een opvallende bevinding is dat het effect van SE ten aanzien van het verkrijgen van regulier betaald werk gunstiger lijkt als SE in de interventiegroep zit (gemiddeld 40%) dan als SE in de controlegroep zit (27%). SE zit in de controlegroep bij studies naar SE met een extra interventie. Ook hierbij geldt dat het slechts als indicatie kan worden geïnterpreteerd.

Figuur 1. percentage deelnemers die regulier betaald werk vindt⁵



SE+ = supported employment + interventie

SE= supported employment

⁵ 14% van de mensen met psychiatrische zorg vindt een baan (exclusie Drake 2013), het lichtblauwe is het deel wat extra een baan vindt met deze interventies

Als ook andere vormen van werk worden meegenomen, dan valt op dat het effect gunstiger is van alle interventies (8% meer mensen vinden werk), maar vooral voor sociale werkplekken (35% meer mensen vinden werk).

De gemiddelde duur van baanbehoud loopt sterk uiteen: van 0.6 tot 105 weken. Echter de follow up duur van de studies is ook verschillend. Van de studies die baanbehoud hebben gemeten met een korte follow up (9 studies, N=272 deelnemers die een baan hebben gevonden) werkten de deelnemers gemiddeld 9,8 weken (mediaan 6,7 weken). Het gemiddeld aantal dagen totdat iemand regulier betaald werk heeft gevonden varieert van 72 tot 680 dagen (10 studies met lange follow up, N =1531) met een gemiddelde van 287 dagen (mediaan 242 dagen).

Slechts twee studies met korte follow up duur hebben dit gemeten (N = 74), het gemiddeld aantal dagen in deze studies is 128.

Netwerk meta-analyse

Voor de netwerkmeta-analyse zijn er 37 studies geïnccludeerd. Vier studies zijn niet meegenomen in deze analyse vanwege heterogeniteit op basis van doelgroep (Drebing 2005, 2007) of type interventie (Bond 1986, 1995). In de analyses hebben we enerzijds onderscheid gemaakt tussen korte en lange follow up en daarnaast hebben we interventies gecategoriseerd en verder onderverdeeld in subgroepen (Zie Tabel 1). Hieronder geven we de resultaten weer van de 22 studies met een follow up duur van meer dan 12 maanden.

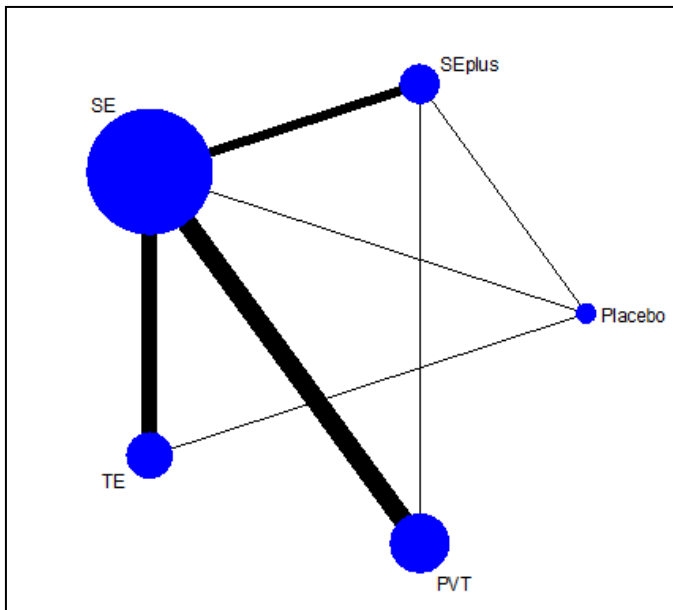
Tabel 1 Indeling van type interventies

Interventie categorie	Interventie subgroep
Supported employment + (SE plus)	SE + job related skills training SE + symptom related skills training SE+ transitional employment SE+ motivational interviewing
Supported employment (SE)	High fidelity IPS SE, not high fidelity IPS
Transitional employment (TE)	Sheltered workshop Clubhouse
Prevocational training (PVT)	Job related skills training Social skills training
Psychiatric care only (Placebo)	ACT

Vergelijkingen

Het grootste gedeelte van de directe vergelijkingen tussen type interventies in de studies betreffen SE. Dit is te zien in figuur 2. De dikte van de verbindingen geven het aantal directe vergelijkingen weer.

Figuur 2. netwerk interventie categorieën



Legenda

SE= Supported employment, SE plus = Supported employment +interventie

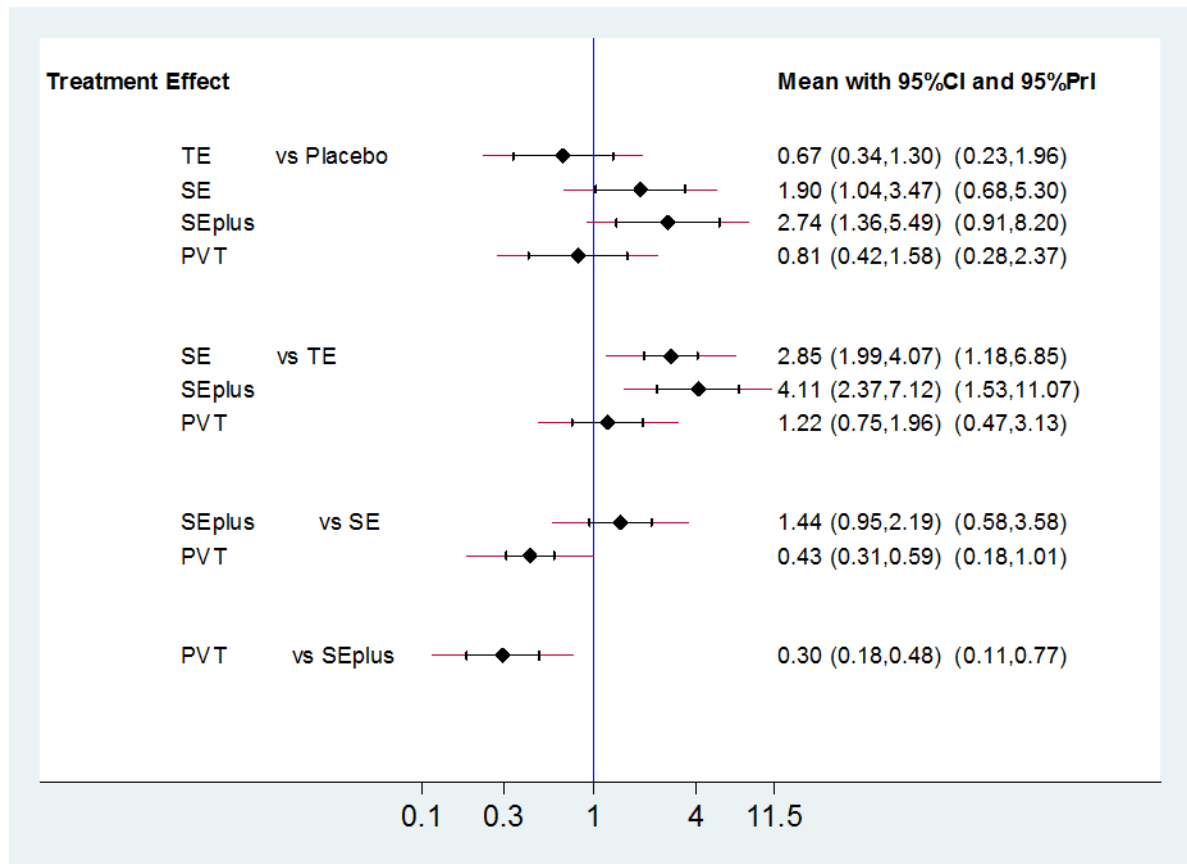
TE=Transitional employment, PVT = Prevocational training

Placebo = Psychiatric care only

Effectiviteit

In figuur 3 zijn alle vergelijkingen samengevoegd te zien met bijbehorende Risk Ratios en 95% betrouwbaarheidsintervallen. Zowel SE als SE + interventie lijken de meest effectieve interventies. SE + interventie lijkt ook effectiever dan SE alleen, echter ligt 1 wel in het 95% betrouwbaarheidsinterval dus dit kan niet met zekerheid aangenomen worden (RR 1.44 95%CI 0.95-2.19, zie Figuur 3). Opvallend is dat de effectiviteit van alleen psychiatrische zorg beter lijkt te zijn dan dat van sociale werkplaatsen en training. In bijlage 2 is de forest plot te zien van de subgroepen. Hierbij valt ook op dat SE + interventie het goed doet ten opzichte van de overige type interventies.

Figuur 3. Forest plot interventie categorieën op een logaritmische schaal



Legenda:

<1 in voordeel van tweede interventie, >1 in voordeel van eerste interventie
 Zwarte lijn: pooled risk ratios met 95% betrouwbaarheidsinterval, Rode lijn: predictie interval
 SE = supported employment, SEplus = supported employment + interventie
 TE = transitional employment = sociale werkplaats
 PVT = prevocational training
 Placebo = alleen psychiatrische zorg

Rangorde

Uit de analyse van de hiërarchie van de interventies komt hetzelfde beeld naar voren. SEplus (SE + interventie) staat boven aan in de rangorde. Daarentegen lijkt transitional employment (TE) relatief het minst gunstig voor het vinden van betaald werk bij de studies met een langere follow up. Bij studies met een kortere follow up zien we een vergelijkbaar beeld. Zie bijlage 2.

Andere uitkomsten

Er zijn 6 studies met een lange follow up die de kwaliteit van leven hebben gemeten met behulp van o.a. de QOLP, WQLI of de MANSa. Over het algemeen is er weinig verschil in kwaliteit van leven van de deelnemers tussen beide groepen na follow up. Ook wordt bij 8

studies de mentale gezondheid gemeten. Ook hierbij lijken er geen relevante verschillen te bestaan tussen interventie en controlegroep. Slechts 4 studies met lange follow up duur hebben het aantal ziekenhuisopnames gemeten. Dit komt in deze studies neer op ongeveer een kwart van de deelnemers zonder verschil in interventie of controle groep.

3.3 Beschouwing bij netwerkanalyse

SE al dan niet gecombineerd met een interventie lijkt volgens deze netwerk analyse de meest effectieve interventie ten opzichte van andere interventies voor het verkrijgen van regulier betaald werk bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. De combinatie van SE met een extra interventie zoals cognitieve training geeft in de hiërarchie van interventies een nog sterker resultaat. Kennelijk zijn elementen uit de pre-vocational training zoals cognitieve training wel waardevol om mensen extra te helpen in het kunnen vinden en behouden van werk. SE en dan met name high fidelity IPS doet het ook erg goed, hier zijn ook de meeste studies naar gedaan (zie figuur 2). Opvallende bevinding hierbij is wel dat als SE als interventie het beter lijkt te doen, dan SE als controle. Hiervoor is geen goede verklaring.

Een andere opvallende bevinding is dat transitional employment zoals clubhuis of beschermde werkplekken geen geschikte methode lijkt om mensen te helpen aan betaald werk. Dit valt goed te verklaren doordat deze interventie nooit zo gericht is geweest op betaald werk, maar eerder op het werken in brede zin.

In deze netwerk analyse hebben de deelnemers in de studies vooral schizofrenie of andere psychotische stoornissen. Opvallend is dat de studie van Drake laat zien dat SE ook zeer gunstige effecten toont voor mensen met meer affectieve stoornissen. Dit biedt mogelijkheden om SE of eventueel SE met een interventie ook aan te bieden aan een bredere doelgroep.

Uit de globale analyse van alle geïncludeerde studies blijkt dat 32% van de deelnemers uiteindelijk betaald werk vinden op enig moment in de follow up. Daarbij is er een grote variatie tussen de deelnemers hoe lang zij daadwerkelijk aan het werk blijven. De vraag daarbij dan is wat de klinische relevantie is van het effect van al deze onderzochte interventies. Enerzijds kan men hiervoor bekijken wat de financiële meerwaarde is van het inzetten van één van de interventies op verlichting van uitkeringen. Anderzijds kan ook men redeneren vanuit het perspectief van het individu; hoeveel waarde hecht hij of zij aan het weer kunnen

deelnemen aan betaald werk, mogelijk maar voor beperkte duur, om het daarna weer te kunnen proberen.

Beperkingen van de analyse

Het categoriseren van interventies was niet altijd eenduidig. In veel studies was de interventie niet helemaal in te delen in één van de subgroepen, of soms was de beschrijving van de interventie niet helemaal duidelijk. Een voorbeeld hierbij is dat in de oudere studies het onderscheid tussen prevocational interventie of transitional employment in een aantal gevallen niet goed te maken was. Dit zou kunnen verklaren dat er sprake is van inconsistentie tussen de directe en indirecte vergelijkingen in de netwerk analyse. Dit is een zwakte van onze netwerk analyse, en zou nader uitgezocht moeten worden. Desondanks is er voor gekozen om toch te proberen alle mogelijk interventies zo goed mogelijk naast elkaar te zetten zodat een zo volledig mogelijk beeld kan worden geschetst welke interventie het sterkste lijkt te zijn bij deze lastige doelgroep. Dat is ook de reden om niet door te gaan met de overview van systematische reviews, omdat deze review zich veelal beperkten tot de evaluatie van SE.

3.4 Voorspellers van arbeidsuitkomsten bij mensen ernstige psychische aandoeningen

Voorspellende factoren van arbeidsuitkomsten bij mensen met ernstige psychische aandoeningen kunnen worden geclusterd in de volgende groepen; socio-demografische factoren, persoonskenmerken, medische factoren, interventie factoren en omgevingsfactoren. Deze paragraaf geeft een overzicht van de veelvuldig in de literatuur beschreven factoren per groep, met uitzondering van de verschillende type interventies omdat deze in de voorgaande paragraaf al uitgebreid aan bod zijn gekomen (Baksheev 2012, Bond 2008, Catty 2008, Crowther 2001, Kinoshita 2013, McGurk 2005).

Socio-demografische factoren

Arbidsuitkomsten voorspellen aan de hand van demografische factoren is moeizaam, aangezien de literatuur hier niet eenduidig over is (Bond 2008). Enerzijds rapporteren studies geen of nauwelijks een effect van persoonskenmerken op beroepsuitkomst (Campbell 2011). Anderzijds zijn er ook studies die wel een relatie aantonen met persoonskenmerken. Zo vindt men dat voor hoger opgeleide mensen met ernstige psychische aandoeningen IPS minder effectief is, dan voor lager opgeleide mensen met ernstige psychische aandoeningen (Campbell 2011). Daarnaast wordt een relatief slechter resultaat gevonden, indien IPS wordt toegepast

onder gescheiden of alleenstaande mensen met ernstige psychische aandoeningen (Campbell 2011).

Een duidelijkere positief voorspellende relatie wordt beschreven voor het hebben van werkverleden onder mensen met ernstige psychische aandoeningen (Catty 2008, Michon et al 2005, Mcfarlane 2000, Rinaldi 2010) t.a.v. het verkrijgen van werk, voor het behouden van regulier werk, en voor de snelheid waarmee dit werk wordt verkregen.

Persoonskenmerken

De literatuur t.a.v. motivatie en zelfvertrouwen is opnieuw niet eenduidig. Enerzijds wordt een duidelijk negatieve relatie gevonden tussen een in een vroeg stadium gebrek aan motivatie en gebrek aan zelfvertrouwen voor het verkrijgen van werk voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (Michon 2005). Echter, de aanwezigheid van beiden (i.e. motivatie en zelfvertrouwen) zou volgens één studie weer geen prognostische waarde hebben (Griffiths 1974). In het verlengde hiervan, is aangetoond dat het in landen met een hoge sociale zekerheid moeilijker is om mensen te werven voor IPS dan in landen met lage sociale zekerheid (Burns 2007). Daarbij beschrijft men in dezelfde studie dat hoge sociale zekerheid werkhervatting belemmert in verhouding tot lage sociale zekerheid (Burns 2007). Mogelijk is dit toe te schrijven aan een gebrek aan motivatie in dergelijke situaties, aangezien uit interviews met mensen met ernstige psychische aandoeningen blijkt dat voor velen van hen financiële motieven bepalend zijn voor het voortzetten van hun baan (Koletsis 2009).

Medische factoren

Met betrekking tot het voorspellen van beroepsuitkomst aan de hand van medische factoren geldt hetzelfde als voor demografische factoren, namelijk dat de literatuur hierover niet eenduidig is (Michon 2005). Enerzijds komt naar voren dat deze factoren weinig voorspellende impact hebben op het verkrijgen en behouden van werk (Rinaldi 2010). Anderzijds zijn er studies waaruit het tegenovergestelde blijkt. Zo beschrijft men dat ziekteremissie bij mensen met ernstige psychische aandoeningen op de korte termijn (i.e. eerste 6 maanden) een positieve prognostische factor is voor het werken van meer uren per week binnen een reguliere baan (Catty 2008). Daarnaast is voor mensen met ernstige psychische aandoeningen de mate van cognitief functioneren een positieve prognostische factor voor het verkrijgen van werk (McGurk 2007). Deze positieve relatie voor cognitief functioneren ziet men ook terug in het effect van supported employment (McGurk 2007). Middelenmisbruik vormt een negatieve voorspeller voor het verkrijgen en behouden van werk (Lehman 2002). Daarbij zijn invaliditeit

en de mate van invaliditeit die samenhangen met ernstige psychische aandoeningen, negatieve prognostische factoren voor het verkrijgen van werk (Griffiths 1974). Dit geldt overigens met name indien er uit deze invaliditeit en mate van invaliditeit een negatief zelfbeeld voortkomt (Griffiths 1974).

Omgevingsfactoren

Tenslotte is er beperkte evidentie over de relatie tussen omgevingsfactoren en beroepsuitkomst. Zo, is er één studie die aangeeft dat de lokale arbeidsmarkt van invloed is op de effectiviteit van IPS, waarbij deze hoger is bij lagere werkloosheid (Burns 2007).

Implicaties voor de praktijk en toekomstig onderzoek

Deze voorspellende factoren hebben belangrijke consequenties. Allereerst betekent de jonge leeftijd waarop de ziekte kan ontstaan, dat interventies gericht op werkherleving vroeg zouden moeten beginnen, en zich dan vooral moeten richten op het voltooien van de opleiding of stages. Daarnaast zou bij mensen met ernstige psychische aandoeningen altijd grondig en interdisciplinair onderzoek van zowel de ziekte als de mogelijkheid om te werken moeten worden verricht. Het belang van sociale capaciteiten in het behoud of vinden van werk betekent dat voor deze mensen training in sociale vaardigheden beschikbaar moet zijn, wellicht voorafgaand aan arbeidsinpassing, maar zeker erna, als een dienstverband of soortgelijks aangegaan is. Ook is het belangrijk dat voor hen coaching beschikbaar is, voor een langere periode. Vanwege de relatie tussen diagnose en symptomen met de kans op succesvolle re-integratie, is het belangrijk dat de begeleiding naar werk is geïntegreerd met de behandeling.

Er zijn verschillende studies, met name gericht op mensen met depressie die aantonen dat adequate behandeling van de depressie zich vertaalt naar betere resultaten ten aanzien van werkherleving (Mintz 1992). Tegelijk blijven deze resultaten op werk gebied vaak wel achter ten opzichte van de klinische verbetering (Frank & Koss, 2005). Verbetering van symptomen betekent ook niet altijd verbetering van de productiviteit. Ook voor het effect van 'supported employment' speelt dit enigszins, waarbij de positieve effecten van studies zich niet altijd vertalen in stabiele werkherleving in de praktijk (Frank & Koss, 2005).

4 Behoeftte aan kennis in Nederland

In dit hoofdstuk komt de beantwoording van vraag 3 aan de orde: Welke kennis ontbreekt nog met betrekking tot het bevorderen van arbeidsparticipatie van mensen uit de doelgroep? Welke specifieke kennis ontbreekt nog over de rol van multidisciplinaire samenwerking? Voor dit doel is de 'grijze literatuur' geraadpleegd en zijn twee expertbijeenkomsten georganiseerd door het Trimbos-instituut. Dit onderdeel leverde samengevat⁶ de volgende stand van zaken in de kennis & kennishiaten op.

M.b.t. Epidemiologie en monitoring: de arbeidssituatie van mensen uit de doelgroep

In hoofdstuk 2 werd duidelijk dat voor mensen met meer ernstige psychische klachten de situatie op de arbeidsmarkt duidelijk ongunstiger is dan voor mensen zonder, en ook ongunstiger is dan voor mensen met meer milde klachten (Place e.a. 2014a).

Het ontbreekt in Nederland aan een goede onderzoeks- en monitoringstructuur die in staat stelt om de werksituatie en arbeidskansen van mensen met, en mensen zonder psychische aandoeningen te vergelijken en daarbinnen onderscheid te maken tussen ernstige en mildere psychische aandoeningen. Daartoe kan aangesloten worden bij het Panel Psychisch Gezien, dat de leefsituatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen monitort, en arbeidsparticipatie in het bijzonder.

M.b.t. contextfactoren als sociaaleconomische situatie, beleid en wet- en regelgeving

Gunstige economische omstandigheden en de aard en organisatie van de arbeidsmarkt hangen samen met meer arbeidsparticipatie van mensen uit de doelgroep (al dan niet ondersteund vanuit interventies gericht op arbeidsbegeleiding; Burns e.a. 2007). Alleen met passende en faciliterende wet- en regelgeving zijn effectieve interventies implementeerbaar op grote schaal. In Nederland is niet of nauwelijks onderzoek gedaan naar de beïnvloedende rol van genoemde contextfactoren. Toekomstig onderzoek naar dergelijke aspecten lijkt extra nuttig indien dat uitgevoerd wordt op Europees niveau.

M.b.t. stigma en stigmabestrijding

Stigmatisering en (negatieve) beeldvorming zijn belangrijke belemmerende factoren voor een goede arbeidsparticipatie van mensen uit de doelgroep (zie o.a. Van Beek e.a. 2014). Werkgevers denken onterecht negatief over hun arbeidsmogelijkheden, en mensen uit de

⁶ Zie bijlage [3] voor een volledige versie van het verslag, rondgestuurd naar de experts na afloop van de bijeenkomsten, waarna bijgesteld op grond van hun commentaar.

doelgroep worden met discriminatie geconfronteerd en/ of anticiperen daarop. In de afgelopen jaren zijn diverse campagnes gevoerd en antistigma initiatieven opgezet, zoals: de publiekscampagne “Collega's met Karakter”, het project “Samen sterk tegen stigma” (waarbinnen “Open voor werk”) en het initiatief “Mensen met Mogelijkheden”.

Er zijn nog geen op effectiviteit onderzochte anti-stigmastrategieën en –campagnes richting werk. Er is verder geen onderzoek naar effectieve aanpakken om stigmatisering bij relevante professionals (Arbeidsre-integratie, arbozorg, gemeentelijke zorg en ondersteuning, behandeling) te verminderen.

M.b.t. Effectieve interventies

In de afgelopen jaren leverde de Scion-studie nieuw en sterk bewijs voor de effectiviteit van de aanpak Individuele Plaatsing & Steun (IPS) in Nederland (Van Busschbach 2012, Michon 2014). IPS bleek ook in Nederland effectiever in het realiseren van regulier werk dan de meer traditionele, stapsgewijze aanpak van arbeidsbegeleiding. Na dertig maanden bleek dat significant meer mensen in de IPS groep regulier betaald werk hadden gevonden dan mensen in de vergelijkingsgroep: 44% tegen 25%. Men werkte in gevarieerde banen, en degenen die werk vonden (al dan niet via IPS), maakten significante positieve veranderingen door in ervaren kwaliteit van leven, psychische gezondheid en zelfvertrouwen.

Rond dit thema loopt ook nieuw onderzoek, zoals naar efficiënte implementatie en kosten-effectiviteit van IPS; onderzoek naar (kosten-) effectiviteit van bredere rehabilitatiebenaderingen (Individuele Rehabilitatie Benadering, Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen) waarbij werk een secundaire uitkomstmaat is, en kleinschalig evaluatieonderzoek naar de aanvullende waarde van Wellness Recovery Action Planning, een herstelgerichte training gegeven door ervaringsdeskundigen. Ook loopt een monitor - onderzoek naar arbeidsrehabilitatie van mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt, waarin o.a. IPS betrokken wordt.

Meer onderzoek op dit vlak is onder andere nodig naar:

- Behoud van werk en het ontwikkelen van duurzame inzetbaarheid (met daarin een centrale regierol voor de cliënt-werknemer zelf);
- De effectiviteit van met IPS concurrerende aanpakken, of naar aanpakken waarin juist aanvullend op IPS gewerkt wordt, bijvoorbeeld voor mensen die niet direct gemotiveerd zijn om betaald werk te vinden;

- De ontwikkeling van effectieve aanpakken voor degenen die langdurig werkloos blijven, ondanks eventuele IPS-begeleiding;
- Kosteneffectiviteit, en doelmatigheid van aanpakken waaronder IPS;
- Grootschalige implementatie van goede en effectieve praktijken en de wijze waarop aansprekende praktijken zichtbaar gemaakt kunnen worden voor grote groepen actoren.

M.b.t. Effectieve arbeidsrehabilitatie voor specifieke doelgroepen

Er is meer kennis nodig op het terrein van specifieke doelgroepen. Er loopt nu onderzoek naar effectiviteit van IPS bij jongeren met psychosen en de mogelijke meerwaarde van cognitieve mediatie en beslisthulp daarbij. De experts noemden verder onder andere de volgende groepen die de moeite van verdiepende studie waard zijn: jongeren (zie ook de relatie met onderwijs); mensen met ernstige verslavingsproblematiek, mensen met persoonlijkheid problematiek en mensen met bipolaire stoornissen. Kennis is ook nodig inzake effectieve interventies voor mensen die bredere arbeidswensen hebben dan regulier betaald werk vinden. Ook de aanvullende waarde van andere interventies gericht op het functioneren van mensen uit de doelgroep is nog grotendeels onontgonnen gebied. Gezien de literatuur zijn met name interventies nodig die ingrijpen op sociaal-communicatieve vaardigheden en cognitieve vaardigheden.

M.b.t. het werkgeverperspectief

Het werkgeverperspectief werd nadrukkelijk in de expertbijeenkomsten genoemd als een ondergeschoven aandachtsgebied, terwijl de werkgever en de werknemer, en het zoeken naar een match tussen deze beide actoren, centraal zouden moeten staan. Er ontbreekt kennis inzake o.a.

- Nut en noodzaak van aanpassingen in de arbeidsomgeving;
- Het betrekken van de werkgever bij het hele proces (inclusief de voorbereiding op de plaatsing);
- 'Mentoring' bij de werkgever door bijvoorbeeld de leidinggevende;
- De wenselijke arbeidsbegeleiding op kritieke momenten, zoals: gedurende de eerste weken na plaatsing; bij personele wisselingen zoals een nieuwe chef; en reorganisatie.

M.b.t. een omvattend scala aan uitkomsten, waaronder opleiding

De experts wezen op het belang van interventies die de arbeidskansen op indirecte wijze verhogen door mensen te helpen zich te kwalificeren en zich sterker te maken (voor de

arbeidsmarkt). Te denken valt daarbij aan een opleiding gaan volgen; herstel en psychische gezondheid. Ook dit is een nog tamelijk onontgonnen terrein. Zo is nauwelijks bekend hoe en in welke mate persoonlijke herstelprocessen tot meer maatschappelijke participatie leiden. Andersom is de vraag of arbeidsparticipatie het persoonlijke herstelproces in de hand werkt.

M.b.t. implementatie

Ook wat implementatie betreft is vooral kennis opgebouwd met betrekking tot het IPS-model. Een hogere modeltrouw gaat gepaard met betere uitkomsten in termen van proporties deelnemers die regulier betaald werk vinden (o.a. Henri e.a. 2014). Ook is een instrument ontwikkeld waarmee modeltrouw en resultaten gemonitord kunnen worden (Hulsbosch e.a. 2012). De multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen biedt een overzicht van kennis en overwegingen met betrekking tot de praktijk (Van Weeghel e.a. 2013). En er is een instrument voor de assessment van kennis en attitude bij professionals die IPS toepassen (BAKES; Corbière 2014).

Kennishiaten op dit terrein zijn:

- Inzake IPS modeltrouw is Europees replicatieonderzoek nodig naar de vraag of modeltrouw samenhangt met betere resultaten.
- Inzake professionalisering werd genoemd dat de (potentiële) rol van ervaringsdeskundigheden nog onontgonnen is. In de herstelbeweging worden goede ervaringen opgedaan met de inzet van ervaringsdeskundige begeleiders.
- Het ontwikkelen van praktische handvatten, voortbordurend op de multidisciplinaire richtlijn, is een van de volgende stappen. Implementatieonderzoek kan daarbij leren wat werkt en kan helpen de ontwikkelde handvatten zichtbaar te maken.
- De opleiding voor professionals die IPS en andere arbeidsrehabilitatie uitvoeren dient verder ontwikkeld te worden. Bestaande opleidingen zijn nog niet goed onderzocht en geëvalueerd.

M.b.t. samenwerking tussen disciplines

Goede multi- en interdisciplinaire samenwerking tussen de betrokken beroepsgroepen is cruciaal voor effectieve arbeidsrehabilitatie. Dat werd in de multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen al geconstateerd, en is bevestigd in de eerste expertbijeenkomst. In de tweede expertbijeenkomst is uitgebreid bij dit thema stilgestaan. Bevestigd werd daarin dat, hoewel alle *practice based evidence* in de richting van meerwaarde

van samenwerking wijst, er nog weinig wetenschappelijk bewijs verzameld is. Er is grote kennisbehoefte aan de ontwikkeling van efficiënte samenwerkingsvormen die op (kosten-)effectiviteit getoetst worden. Meer in het bijzonder kwamen zeven thema's naar voren.

1. Het werd van belang geacht dat professionals de cliënt in het centrum plaatsen en dat hun samenwerking er primair op gericht zou moeten zijn om de cliënt in staat te stellen (zoveel mogelijk) eigen regie te voeren. In dat verband ligt ook voor de hand om aan te sluiten bij diens directe leefomgeving en wat eventueel een sociaal wijkteam doet.
2. De job coach vervult idealiter in het re-integratieproces een centrale, en een in professionele zin regisserende rol. De job coach en andere arbeidsprofessionals moeten op hun beurt ook samenwerken met hun centrale cliëntgroepen (werkgever en werknemer). Daarbij is van belang dat een bondgenootschap opgebouwd wordt tussen professional en cliënt.
3. Coördinatie en afstemming zijn nodig op diverse niveaus: in het primaire proces, bijvoorbeeld m.b.t. de vraag wie welke begeleiding op zich neemt (microniveau); op 'mesoniveau', oftewel op het niveau van organisaties en afdelingen; en op het niveau van beleid, en wet- en regelgeving (macroniveau: lokaal, regionaal en landelijk).
4. Verschillende professionals (van verschillende beroepsachtergronden) moeten elkaar opzoeken en elkaars taal begrijpen; de weg weten (wie kan ik waarvoor inschakelen); de echte dialoog opzoeken, open staan voor het perspectief dat de ander op de zaak heeft; effectief en efficiënt kunnen communiceren. Zij moeten daarbij ook over goede informatie kunnen beschikken.
5. Efficiënte samenwerking vereist ook dat alle betrokken actoren deskundig zijn inzake mogelijkheden op het gebied van arbeid voor mensen uit de doelgroep, voor zover relevant binnen hun eigen domein. Kennis met betrekking tot de functionele mogelijkheden en herstelmogelijkheden van mensen met ernstige psychische aandoeningen bijvoorbeeld, moet wel aanwezig zijn. Hiervoor is de ontwikkeling van opleidingsaanbod (al dan niet binnen bestaande opleidingen) nodig.
6. Er is gerichte samenwerkingsexpertise nodig, afhankelijk van de specifieke groepen actoren waarom de samenwerking draait. Samenwerking met GGZ-behandelaars vergt heel andere vaardigheden en aandachtspunten dan samenwerking met werkgevers. Het organiseren van '*natural support*', oftewel informele steun door collega of leidinggevende, is mogelijk cruciaal voor duurzame resultaten.

7. Samenwerking tussen diverse disciplines kan verbeteren door projecten zoals gezamenlijke verbeteracties. Echter: al snel blijven die successen beperkt tot de korte termijn. Alleen duurzame samenwerkingsafspraken en uitvoering daarvan in langdurige projecten kunnen blijvende verbetering tot stand brengen.

Referenties

Ammeraal M (red.) (2014) *Toolkit 4you*; samenwerking GGZ – UWV; Cliënten GGZ-problematiek en Wajong: Actenz, GGZ inGeest en UWV (herziene uitgave in het kader van het landelijk convenant GGZ – UWV.)

Baksheev, G. N., Allott, K., Jackson, H. J., McGorry, P. D. and Killackey E. Predictors of Vocational Recovery Among Young People With First-Episode Psychosis: Findings From a Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2012, Vol. 35, No. 6, 421–427.

Beek Lv, Geel Sv, Oortwijn W Pickles A & M Versteegh (2014) *Zo gek nog niet; aan het werk met een psychische stoornis*; Vooronderzoek: literatuurstudie. Rotterdam: Ecorys.

Boertien D, Erp Nv & H Michon (2015). *Werken met WRAP*; Duurzamer aan het werk? Utrecht: Trimbos-instituut & Kenniscentrum Phrenos.

Bond GR, Becker DR, Drake RE, Vgoler KM. A fidelity scale for the individual placement and support model of supported employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 1997;40:265-284.

Bond, G. R., & Drake, R. E. (2008). Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 362–369.

Bouman S, Ede S Jong F, Nieuwenhuijsen K, Veen vd S. (2015) *Werken met psychische klachten – op zoek naar ‘good practices’* ; Een onderzoek in opdracht van de Stuurgroep bevordering arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen. Den Haag: APE

Burns, T, Catty, J, Becker, T, Drake RE, Fioritti A, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370: 1146–52.

Busschbach JTv, Michon H, Vugt Mv & Stant AD (2011) *Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland*; Eindverslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie; Deel 2: Bevindingen na 30 maanden follow-up. Utrecht: Trimbos-instituut; Groningen: RGOc / UMCG.

Campbell K, Bond GR, and Drake RE. ‘Who Benefits From Supported Employment: A Meta-analytic Study.’ *Schizophrenia Bulletin* vol. 37 no. 2 pp. 370–380, 2011.

Catty J, Lissouba P, White S, Becker T, Drake RE, Fioritti A, et al. EQOLISE Group. Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2008;192(3):224–31.

Chaimani A, Higgins JPT, Mavridis D, Spyridonos P, Salanti G. Graphical tools for Network Meta-analysis in STATA. *PLOS one* 2013;8(1)1-11.

- Cipriani A, Higgins JPT, Geddes JR, Salanti G. Conceptual and Technical Challenges in Network Meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2013;159:130-137.
- Corbière M, Brouwers E, Lanctôt N, & van Weeghel J (2014) Employment Specialist Competencies for Supported Employment Programs. *J Occup Rehabil.* 24(3):484-97.
- Cornelius B & Brouwer S (2013) *Deskresearch naar effectieve interventies gericht op arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen*. Groningen, Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG - UMCG).
- Crowther R, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Review). Reprint published in *The Cochrane Library* 2001, Issue 2, p. 1 – 44.
- Delespaul Ph, consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2013;55(6):427-438.
- Drake RE, Becker DR, Bond GR, Mueser KT (2003). A process analysis of integrated and non-integrated approaches to supported employment. *Journal of Vocational Rehabilitation* 18 (1) 51-8.
- Giesen F, Erp N van, Weeghel J van, Michon H, Kroon H. De implementatie van Individual Placement and Support in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 49 (2007) 9, 611-621.
- Griffiths RD. 'Rehabilitation of chronic psychotic patients.' *Psychological Medicine* 1974;4:316–25.
- Gustavsson, A., M. Svensson, F. Jacobi et al. (2011), Cost of Disorders of the Brain in Europe 2010, *European Neuropsychopharmacology*, Vol. 21, pp. 718-779.
- Haas Td, Hidde Jvd, Linders A & H Loos (2014). *All@work; de aanpak voor participeren naar vermogen*.
- Hagen B, Overmars-Marx T & Soest Kv (2010) *Arbeidsparticipatie van Wajong'ers op de werkplek; De bijdrage van collegiale steun op de werkplek aan Wajong'ers*. Utrecht: Vilans.
- Henderson C e.a. 2013. Decision aid on disclosure of mental health status to an employer: feasibility and outcomes of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 203 (5) 350-357.
- Henry AD, Hashemi L& Zhang J. (2014). Evaluation of a statewide implementation of supported employment in Massachusetts. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 37(4), 284-8.
- Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2008. Available from www.cochrane-handbook.org.
- Hulsbosch L, Michon H & Weeghel Jv (2012) *De IPS monitor; Ontwikkeling van een monitor als onderdeel van implementatie van Individuele Plaatsing & Steun in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, et al. Supported employment for adults with severe mental illness (Review). Reprint published in The Cochrane Library 2013, Issue 9, p. 1 – 102.

Koletsis M, Niersman A, van Busschbach JT, Catty J, et al. Working with mental health problems: clients' experiences of IPS, vocational rehabilitation and employment. *Soc Psychiat Epidemiol* (2009) 44:961–970.

Lehman, AF, Goldberg R, Dixon LB, McNary S, et al. Improving Employment Outcomes For Persons With Severe Mental Illness. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:165-172.

McFarlane WR, Dushay RA, Deakins SM, Stasny P, et al. Employment outcomes in family-aided assertive community treatment. *Journal of Orthopsychiatry* 2000;70(2):203–14.

McGurk SR, Mueser KT, and Pascaris A. Cognitive Training and Supported Employment for Persons With Severe Mental Illness: One-Year Results From a Randomized Controlled Trial. *Schizophrenia Bulletin* vol. 31 no. 4 pp. 898–909, 2005.

McGurk, SR, Mueser KT, Feldman K, Wolfe R, Pascaris A. Cognitive Training for Supported Employment: 2-3 Year Outcomes of a Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 2007; 164:437–441.

Michon H (2012) *Op zoek naar nieuwe krachten; Ondersteuning bij arbeidsparticipatie*. Eindhoven: Fontys Hogeschool HRM en Psychologie.

Michon H (2013). *Werk in de winkel; Kernelementen van effectieve ondersteuning aan mensen met arbeidsbeperkingen naar regulier werk*. Den Haag: SBCM.

Michon H, Busschbach Jv, Vugt Mv, Stant AD & Weeghel Jv (2013) De effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun. In: Busschbach Jv, Rooijen Sv & Weeghel Jv (red.) *Psychiatrische rehabilitatie; Jaarboek 2013-2014*, H. 14, 175-186.

Michon H, Busschbach JT van, Stant AD, Vugt MD, Weeghel Jv & Kroon H (2014). Effectiveness of Individual Placement and Support for People with Severe Mental Illness in the Netherlands: a 30 months Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 37 (2) 129-136.

Michon H & Weeghel Jv (2010) *Rehabilitatieonderzoek in Nederland; overzicht van onderzoek en synthese van recente bevindingen*. *Tijdschrift voor psychiatrie* 52, 10, 683-694

Michon H, Weeghel Jv Kroon H, & Schene AH (2005) Person-related predictors of employment outcomes after participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes; a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40 (5), 408-416.

Nauta, N., Wege, L. van de, Faas, J., & Weel, A. (2009). De bedrijfs- of verzekeringsarts als samenwerkingspartner. Een pleidooi voor verbetering van de samenwerking in het belang van cliënten met een psychiatrische aandoening. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 2, 34-41.

OECD (2012), *Sick on the Job?: Myths and Realities about Mental Health and Work*, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>

OECD (2014), *Mental Health and Work: Netherlands*, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264223301-en>

OECD (2015), *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264228283-en>

Oele W (2015) De invloed van stigma en werk voor mensen met een (ernstige) psychische beperking. Notitie op basis van gegevens Panel Psychisch Gezien.

Place C & Michon H (2015) Gefocust op werk en toch een brede blik; Een kwalitatieve evaluatie van een arbeidsrehabilitatieprogramma voor werknemers met autisme. *Tijdschrift voor Participatie en Herstel* 24 (2) 35-42.

Place C, Hulsbosch L, & H Michon (2014). Factsheet panel Psychisch Gezien. Werk, eenzaamheid en stigma. Utrecht: Trimbos-instituut.

Place C, Michon H, Hulsbosch L, & H Kroon (2014). Panel Psychisch Gezien: mensen met aanhoudende psychische aandoeningen in beeld. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 69 (6), p. 35-42.

Projectgroep plan van aanpak (2014). *Over de brug*; Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.

Rinaldi M, Miller L, Perkins R. Implementing the individual placement and support (IPS) approach for people with mental health conditions in England. *International Review of Psychiatry*, April 2010; 22(2): 163–172.

Salanti G, Ades AE, Ionnidis JP. Graphical methods and numerical summaries for presenting results from multiple-treatment meta-analysis: an overview and tutorial. *Journal of Clinical Epidemiology* 2011;64(2):163-171

Schuring M, Reeuwijk K, Reijenga FA & A. Burdorf (2015) Monitor Voorbeeldprojecten voor arbeidstoeleiding van mensen met grote afstand tot de arbeidsmarkt en gezondheidsproblemen; eindrapportage Fase 1. Rotterdam: Erasmus Universitair Medisch Centrum

Swildens W, Busschbach JTv, Michon H, Kroon H, Koeter M, Wiersma D & Os Jv (2011) Effectively Working on Rehabilitation Goals: 24-month outcome of a Randomized Controlled Trial of the Boston Psychiatric Rehabilitation approach. *Canadian Journal of Psychiatry* 56 (12) 751-60.

Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2003;191(8):515-23.

UWV Kennisverslag 2014 (1), pag 42 en uit Feiten_en_cijfers_over_de_Wajong_2013.

Weeghel Jv (2005) Maatschappelijke acceptatie van mensen met psychische beperkingen. MGv 60, 378-394

Weeghel, J. van, D. Bruinvels, D. van Duin, et al. (2013). Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij.

White IR. Multivariate random-effects meta-regression: updates to mvmeta. The Stata Journal 2011;11(2):255-70.

White IR, Barrett JK, Jackson D, Higgins JPT. Consistency and inconsistency in network meta-analysis: model estimation using multivariate meta-regression. Research Synthesis Methods 2012;3:111-125.

Bijlagen

Bijlage 1. Vragenlijsten van OECD (OECD 2012, OECD 2014)

1. Australian National Health Survey (2001 and 2007/08) en Australian Survey of Mental Health and Wellbeing (1997): psychische aandoening is gebaseerd op de K-10 Kessler Psychological Distress Scale.
2. Austrian Health Interview Survey (2006/07): psychische aandoening is gebaseerd op de items van de SF-36 ge vragenlijst.
3. Belgian Health Interview Survey (1997, 2001 and 2008): psychische aandoening is gebaseerd op de items van de GHQ-12 General Health Questionnaire.
4. Danish National Health Interview Survey (1994, 2000 and 2005): psychische aandoening is gebaseerd op de SF-12 schaal (verkorte SF-36 vragenlijst).
5. Dutch POLS Health Survey (2001-03 and 2007-09): psychische aandoening is gebaseerd op de MHI-5 Mental Health Inventory.
6. Norwegian Level of Living and Health Surveys (1998, 2002 and 2008): psychische aandoening is gebaseerd op de HSCL-25 Hopkins Symptom Checklist.
7. Swedish Survey on Living Conditions (1994/95, 1999/2000 and 2004/05). Deze vragenlijst heeft geen vragen m.b.t. psychische klachten. De deelnemers zijn gevraagd of zij last hadden van zenuwachtigheid, angstgevoelens of andere onprettige gevoelens.
8. Swiss Health Survey (2002 and 2007): psychische aandoening is gebaseerd op tien depressieve gerelateerde items.
9. Health Survey of England (1995, 2001 and 2006): psychische aandoening is gebaseerd op de GHQ-12 General Health Questionnaire.
10. US National Health Interview Survey (1997, 2002 and 2008): psychische aandoening is gebaseerd op de verkorte K-6 Kessler Psychological Distress Scale.
11. Eurobarometer (2005 and 2010): Deze vragenlijst betreft alle Europese landen ook binnen de OECD.
12. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE, waves 1-3): psychische aandoening is gebaseerd op de EURO-D depressie schaal. De vragenlijst is uitgezet in 14 Europese landen waaronder Oostenrijk, België, Denemarken, Nederland, Zweden en Zwitserland.
13. European Working Conditions Survey (EWCS, 2010): Deze vragenlijst betreft alle Europese landen ook binnen de OECD.

Bijlage 2. Netwerk meta-analyse

Data-analyse

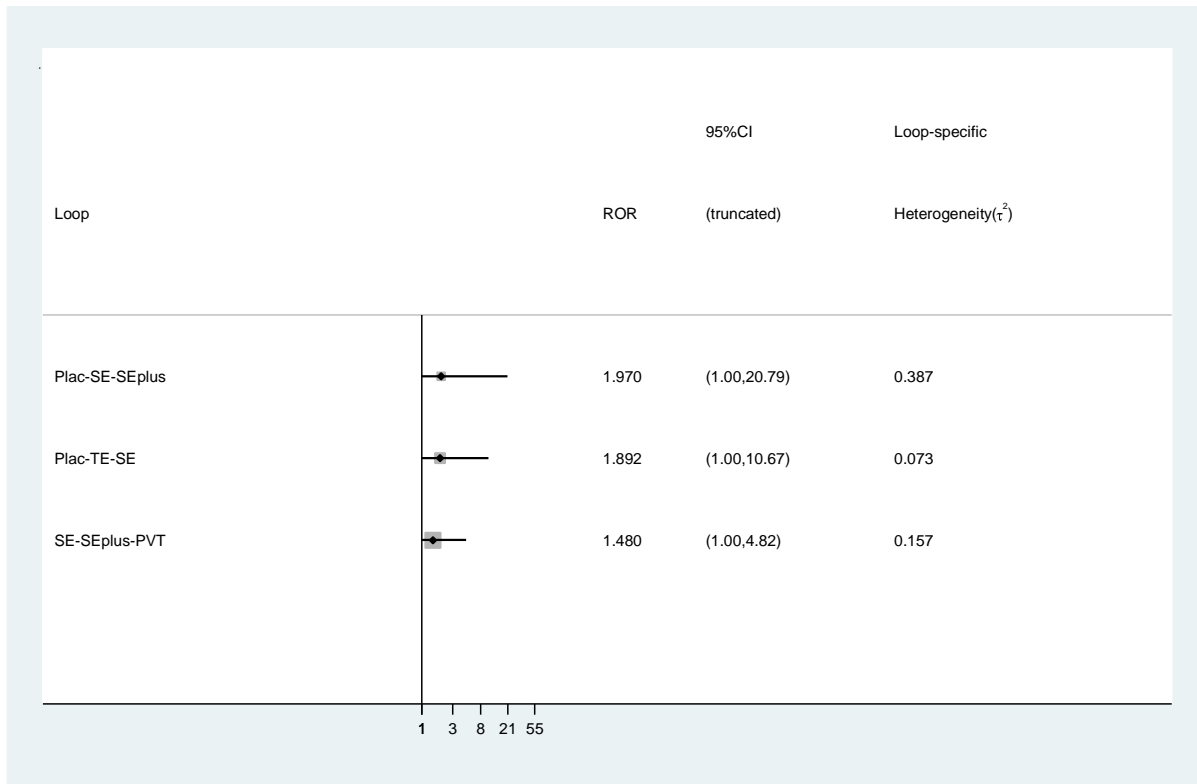
Voor de primaire uitkomstmaat (aantal mensen die regulier betaald werk verkrijgt) en andere dichtome data hebben we gebruik gemaakt van de gepoolde risk ratios (RR) en number needed to treat (NNT). Voor continue data, zoals het aantal weken in regulier betaald werk, wordt gebruik gemaakt van de mean difference (MD). Met behulp van STATA[®] versie 13 is een netwerkmeta-analyse uitgevoerd gericht op de primaire uitkomstmaat. Resultaten van de netwerkmeta-analyse worden gepresenteerd als MD of SMD (mean difference of standardized mean difference). Ook zal de rangorde voor alle interventies worden geschat waardoor een hiërarchie ontstaat. Met SUCRA (surface under the cumulative ranking curve) grafieken kan dit inzichtelijk worden gemaakt (Salanti 2011). Om de aanwezigheid van heterogeniteit te testen in elke vergelijking is de I^2 waarde bepaald. Een I^2 waarde tussen de 25 en 49% betekent weinig heterogeniteit, 50-75% matige heterogeniteit en >75% veel heterogeniteit.

Belangrijk hierbij is dat de homogeniteit ('transitivity') en consistentie ('consistency') gewaarborgd zijn. Homogeniteit betekent dat de effect modifiers (bijv. baseline deelnemers eigenschappen) gelijk verdeeld zijn tussen de studies. Er wordt gesproken van inconsistentie als er verschil is tussen de resultaten van de directe en indirecte vergelijkingen (Cipriano 2013).

De mate van transitivity is bepaald door het vergelijken van de verdeling van potentiële effect modifiers tussen de verschillende vergelijkingen. Om de aanwezigheid van inconsistentie te bepalen wordt de inconsistentie factor (IF) bepaald, dit is het logaritme van de ratio van twee odds ratios (ROR), van de directe en indirecte evidence. Een ROR waarde dichtbij 1 betekent dat de directe en indirecte vergelijkingen overeenkomen. Een ROR >1 betekent overschatting en ROR <1 onderschatting van het effect. Hierbij dient ook de breedte van het 95% betrouwbaarheidsinterval in acht genomen te worden (Chaimani 2013).

In figuur 1 is te zien dat de RoR boven de 1 ligt met een breed 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit kan betekenen dat er mogelijk sprake is van inconsistentie tussen de directe en indirecte vergelijkingen. De heterogeniteit van het netwerk is berekend met de chi-kwadraat test. De I^2 waarde is 37,95% wat betekent dat de studies voldoende homogeen zijn.

Figuur 1. inconsistentie van het netwerk



Loop 1: psychiatrische zorg – SE – SE+

Loop 2: psychiatrische zorg – sociale werkplek – SE

Loop 3: SE – SE+ - training

Kwaliteitsbeoordeling

De methodologische kwaliteit van de geïncludeerde studies is beoordeeld met behulp van de Cochrane’s tool for assessing the risk of bias (Higgins 2011). Hierbij zijn de volgende domeinen beoordeeld als high, low or unclear risk of bias: sequence generation, allocation concealment, blinding of participants and personnel, blinding of outcome assessment, incomplete outcome data, selective outcome reporting en andere potentiële bronnen van bias.

Zoekstrategie in Medline

#1 (severe) mental disorders

"Mental Disorders"[Mesh] OR "mental illness"[tw] OR schizophrenia[tw] OR "Psychotic Disorders"[Mesh] OR psychosis[tw] OR "psychotic disorder"[tw] OR "bipolar disorder"[tw] OR "major depressive disorder"[tw] OR "personality disorder"[tw] OR "anxiety disorder"[tw] OR "post-traumatic stress disorder"[tw] OR "PTSD"[tw] OR "autistic disorder"[tw] OR autism[tw]

#2 RTW, work (dis)ability, sick leave and presenteeism, vocational rehabilitation

"Return toWork"[Mesh] OR "return to work"[tw] OR return-to-work[tw] OR "work participation"[tw] OR "work performance"[tw] OR "performance at work"[tw] OR work function*[tw] OR "employment status"[tw] OR "work status"[tw] OR "work ability"[tw] OR workability[tw] OR "work capacity"[tw] OR "work activity"[tw] OR "work disability"[tw] OR "work rehabilitation"[tw] OR "work status"[tw] OR "work retention"[tw] OR employability[tw] OR employable[tw] OR employee*[tw] OR employment[MeSH Terms] OR employment OR unemployment[MeSH Terms] OR unemployment[tw] OR unemployed[tw] OR retirement[tw] OR (early[tw]) AND (retirement[Mesh]) OR "early retirement"[tw] OR "presenteeism"[tw] OR "Absenteeism"[Mesh] OR "absenteeism"[tw] OR "disability absence"[tw] OR "sickness absence"[tw] OR sick leave[MeSH Terms] OR sick leave[tw] OR "work absenteeism"[tw] OR "work absence"[tw] OR "work day loss"[tw] OR "work time loss"[tw] OR "work productivity"[tw] OR "occupational health"[tw] OR "occupational health"[Mesh] OR occupational health services[MeSH Terms] OR "Disability evaluation"[Mesh] OR "disability evaluation"[tw] OR "disability management"[tw] OR "disability prevention"[tw] OR "work capacity evaluation"[Mesh] OR "work capacity evaluation"[tw] OR "work disability"[tiab] OR "work incapacity"[tiab] OR "work incapability"[tiab] OR "work inhibition"[tw] OR "working incapacity"[tw] OR ("disabled persons"[Mesh] AND work[MeSH Terms] OR occupations[MeSH Terms] OR occupation* OR vocational*) OR "sick leave"[Mesh] OR "medical leave"[tw] OR "sick leave"[tw] OR ("disability"[tw]) AND ("pension"[Mesh]) OR "disability pension"[tw] OR "Rehabilitation, Vocational"[Mesh] OR "vocational rehabilitation"[tw] OR "cognitive training"[tw] OR "clubhouse model"[tw] OR "ShelteredWorkshops"[Mesh] OR "social skills training"[tw] OR "Employment, Supported"[Mesh] OR "supported employment"[tw] OR "individual placement or support"[tw] OR "individual placement"[tw] OR "individual support"[tw]

#3 RCTs

"Randomized controlled trial"[pt] OR "controlled clinical trial"[pt] OR "Randomized"[tiab] OR "Placebo"[tiab] OR "Randomly"[tiab] OR "trial"[tiab] OR "groups"[tiab]

#4

#1 AND #2 AND #3

#5

#4 animals [mh] NOT humans [mh]

#6

#4 NOT #5

Ranking van studies

Uit de analyse van de hiërarchie van de interventies komt hetzelfde beeld naar voren. SE + interventie (SEplus) staat boven aan in de rangorde. Daarentegen lijkt transitional employment

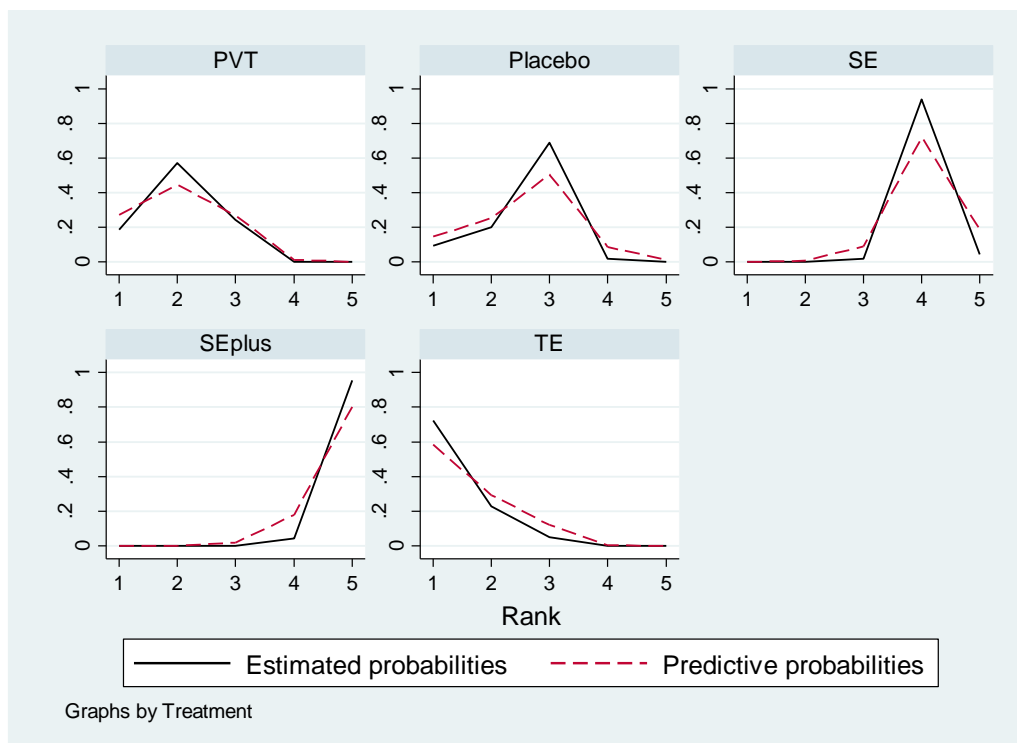
(TE) relatief het minst gunstig voor het vinden van betaald werk bij de studie met een langere follow up. Zie figuur 2 en 3.

Vergelijkbare resultaten zijn gevonden voor de studies met korte follow up, alleen lijkt daar bij de subgroep analyse de placebo (gebruikelijke psychiatrische zorg) relatief meer achteraan te staan dan transitional employment zoals sheltered workshops door de inclusie van een paar oudere studies (ouder dan 1980) sheltered workshops als interventie vergelijken met gebruikelijke psychiatrische zorg in de controle groep.

Figuur 2. SUCRA (Long term follow up)

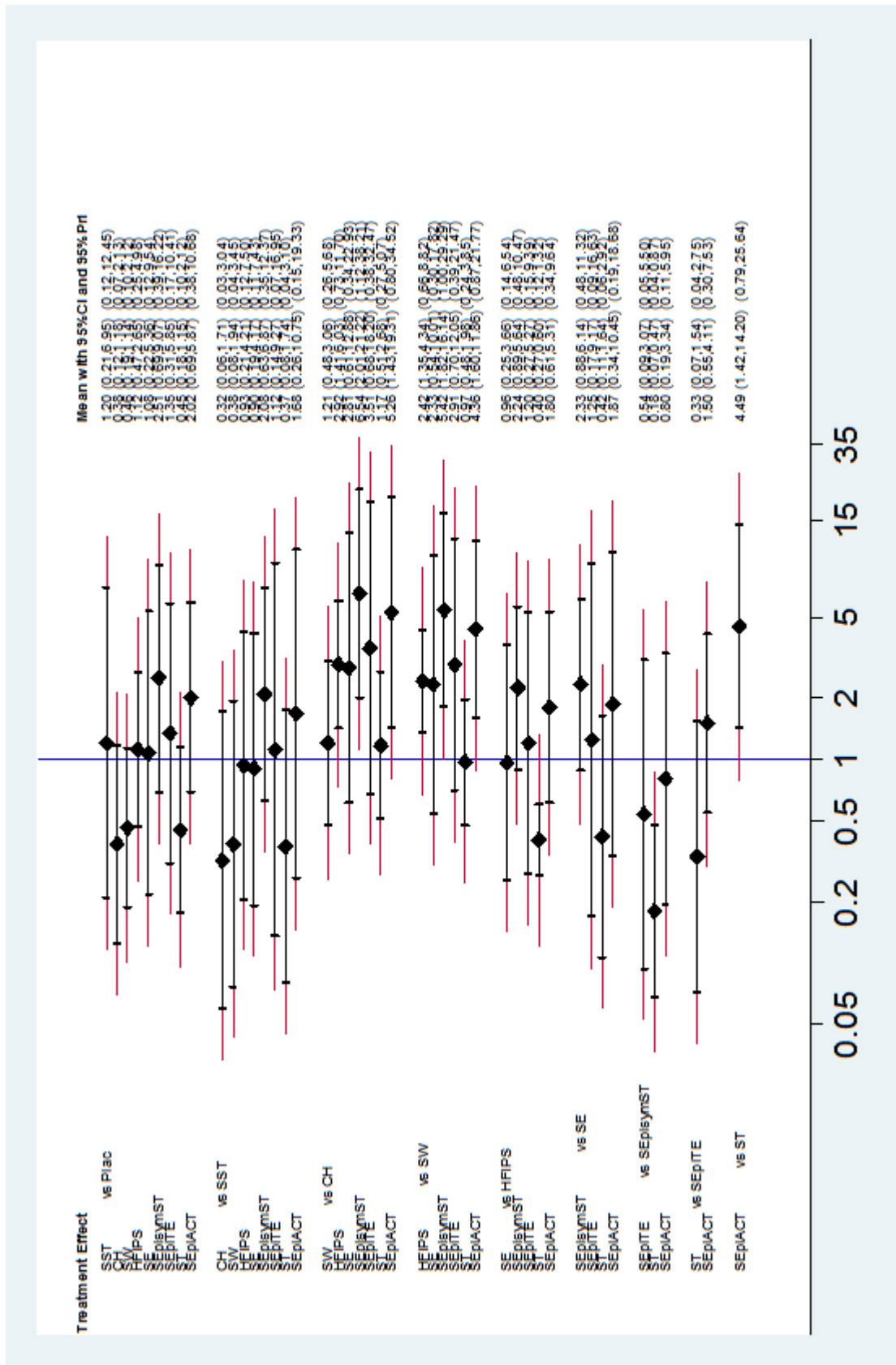
Treatment	SUCRA	PrBest	MeanRank
Plac	59.1	9.3	2.6
TE	91.8	72.2	1.3
SE	24.4	0.0	4.0
SEplus	1.1	0.0	5.0
PVT	73.6	18.5	2.1

Figuur 3. Cumulative ranking probability plots



Op de horizontale as staat de potentiële rangorde van elke interventie (van slecht naar best). Op de verticale as is de ‘cumulative probability’ per rangorde weergegeven voor elke interventie.

Figuur 4. Forest plot interventie subgroepen long term follow up



Legenda bij Forest plot

<1 in voordeel van tweede interventie, >1 in voordeel van eerste interventie

Zwarte lijn: pooled risk ratios met 95% betrouwbaarheidsinterval, Rode lijn: predictie interval

SST = social skills training

CH = Clubhouse

SW = sheltered workshop

HFIPS = high fidelity Individual Placement and Support

SE = supported employment

SEplssymST = supported employment plus symptom related skills training

SEplTE = supported employment plus transitional employment

ST = job related skills training

SEplACT = supported employment plus assertive community treatment

Plac = placebo: psychiatric care only

Referenties van geïncludeerde studies van de (netwerk) meta-analyse

1. Beard JH, Pitt MA, Fisher SH, Goertzel V. 'Evaluating the effectiveness of a psychiatric rehabilitation program.' *American Journal of Orthopsychiatry* 1963;33:701–12.
2. Becker RE. 'An evaluation of a rehabilitation program for chronically hospitalised psychiatric patients.' *Social Psychiatry* 1967;2:32–8.
3. Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C, Sandlund M, Rinaldi M. 'Individual Placement and Support in Sweden — A randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry* 2015;69:57 – 66.
4. Blankertz L, Robinson S. 'Adding a vocational focus to mental health rehabilitation.' *Psychiatric Services* 1996;47: 1216–22.
5. Bond GR, Dincin J. 'Accelerating entry into transitional employment in a psychosocial rehabilitation agency.' *Rehabilitation Psychology* 1986;31:143–55.
6. Bond GR, Dietzen LL, McGrew JH, Miller LD. 'Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities.' *Rehabilitation Psychiatry* 1995;40:75–94.
7. Chandler D, Meisel J, Hu T, McGowen M, Madison K. Client outcomes in a three-year controlled study of an integrated service agency model. *Psychiatric Services* 1996; 47:1337–43.
8. Salyers MP, Dincin J, Drake R, Becker DR, Fraser VV, Haines M. 'A Randomized Controlled Trial Comparing Two Vocational Models for Persons With Severe Mental Illness.' *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2007, Vol. 75, No. 6, 968–982
9. Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., et al. (2007b) 'The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: A randomised controlled trial in six European countries.' *Lancet* 2007; 370: 1146–52
10. Craig T, Shepherd G, Rinaldi M, Smith J, Carr S, Preston F, Singh S. Vocational rehabilitation in early psychosis: cluster randomised trial. *Br J Psychiatry*. 2014; 205(2):145-50. doi: 10.1192/bjp.bp.113.136283.
11. Dincin J, Witheridge TF. 'Psychiatric rehabilitation as a deterrent to recidivism. *Hospital and Community Psychiatry*.' 1982;33:645–50.
12. Drake RE, McHugo GJ, Becket DR, et al. 'The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness: Vocational outcomes.' *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64:391-399.
13. Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR, Becker DR, Harris, M, Bond GR, et al. 'A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders.' *Archives of General Psychiatry* 1999;56(7):627–33.
14. Drake RE, Frey W, Bond GR, Goldman HH, Salkever D, Miller A, Moore TA, Riley J, Karakus M, Milfort R. Assisting Social Security Disability Insurance beneficiaries with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression in returning to work. *American Journal of Psychiatry* 2013;170(12):1433-1441.
15. Drebing CE, van Ormer EA, Krebs C, Rosenheck R, Sounsville B, Herz L, Penk W. The impact of enhanced incentives on vocational rehabilitation outcomes for dually diagnosed veterans. *Journal of applied behavior analysis* 2005;38:359-372.

16. Drebing CE, Van Ormer EA, Mueller L, Hebert M Penk WE, Petry NM, Rosenheck R, Rounsaville B. Adding contingency management intervention to vocational rehabilitation: outcomes for dually diagnosed veterans. *Journal of Rehabilitation Research & Development*. 2007;44(6):851-866.
17. Gervey R, Bedell JR. 'Psychological assessment and treatment of persons with severe mental disorders.' In: Bedell JR editor(s). *Supported employment in vocational rehabilitation*. Washington DC: Taylor & Francis, 1994:170-5.
18. Gold PB, Meisler N, Santos AB, Carnemolla MA, Williams OH, Keleher J. 'Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness.' *Schizophrenia Bulletin* 2006;32(2):378-95.
19. Griffiths RD. 'Rehabilitation of chronic psychotic patients.' *Psychological Medicine* 1974;4:316-25.
20. Howard LM, Heslin M, Leese M, McCrone P, Rice C, Jarrett M, et al. Supported employment: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2010;196(5): 404-11.
21. Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S, Mueser KT, Kupper Z. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. 2014 Nov 1;171(11):1183-90.
22. Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *British Journal of Psychiatry* 2008;193(2):114-20.
23. Killackey E, Allot KA, Cotton SM, Chinnery GL, Sun P, Collins Z, Massey J, Baksheev G, Jackson HJ. Recovery in first-episode psychosis: first results from a large randomized controlled trial of IPS. *Early Intervention in Psychiatry* 2012; 6 (Suppl. 1): 1-19.
24. Latimer EA, Lecomte T, Becker DR, Drake RE, Duclos I, Piat M, et al. 'Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial.' *British Journal of Psychiatry* 2006;189:65-73.
25. Lecomte T, Corbière M, Lysaker P. Une intervention cognitive comportementale de groupe pour les personnes suivies dans le cadre d'un programme de soutien en emploi (TCC-SE) A group cognitive behavioral intervention for people registered in supported employment programs: CBT-SE. *L'Encéphale*, Paris, 2014.;40, S81-S90
26. Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB, McNary S, Postrado L, Hackman A, et al. 'Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses.' *Archives of General Psychiatry* 2002;59(2):165-72.
27. McFarlane WR, Dushay RA, Deakins SM, Stasny P, Lukens EP, Toran J, Link B. 'Employment outcomes in family-aided assertive community treatment.' *Journal of Orthopsychiatry* 2000;70(2):203-14.
28. Macias C, Rodican CF, Hargreaves WA, Jones DR, Barreira PJ, Wang Q. Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and clubhouse models. *Psychiatric Services* 2006;57(10):1406-15.
29. McGurk SR, Mueser KT, Feldman K, Wolfe R, Pascaris A. Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 2007;164:437-441
30. McGurk SR, Mueser KT, DeRosa TJ, Wolfe R. Work, recovery, and comorbidity in schizophrenia: a randomized controlled trial of cognitive remediation. *Schizophr Bull*. 2009;35(2):319-35.

31. Michon H, van Busschbach JT, Stant AD, van Vugt MD, van Weeghel J, Kroon H. Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in The Netherlands: a 30-month randomized controlled trial 2014 Jun;37(2):129-36
32. Mueser KT, Clark RE, Haines M, Drake RE, McHugo GJ, Bond GR, et al. 'The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness.' *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004;72(3):479-90.
33. Nuechterlein KH, Subotnik KL, Ventura J, Turner LR, Gitlin MJ, Gretchen-Doorly D, Becker DR, Drake RE, Wallace CJ, Liberman RP (submitted for publication). 'Successful return to work or school after a first episode of schizophrenia: the UCLA randomized controlled trial of Individual Placement and Support and workplace fundamentals module training.'
34. O'Brien A, Price C, Burns T, Perkins C. Improving the Vocational Status of Patients With Long-Term Mental Illness: a Randomised Controlled Trial of Staff Training. *Community Mental Health Journal*. 2003;39(4):333-347.
35. Oshima I, Sono T, Bond GR, Nishio M, Ito J. A Randomized Controlled Trial of Individual Placement and Support in Japan. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2014;37(2), 137-143
36. Tsang, H. W.-H., Pearson, V. 'Work-Related Social Skills Training for People With Schizophrenia in Hong Kong.' *Schizophrenia Bulletin*, 27(1):139-148,2001.
37. Hector W.H. Tsang, Kelvin M.T. Fung, Ada Y. Leung, Sally M.Y. Li, W.M. Cheung. 'Three year follow-up study of an integrated supported employment for individuals with severe mental illness.' *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2010; 44:49-58
38. Twamley EW, Vella L, Burton CZ, Becker DR, Bell MD, Jeste DV. The efficacy of supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2012;135:100-104
39. G. Waghorn, S. Dias, B. Gladman, M. Harris and S. Saha. 'A multi-site randomised controlled trial of evidence-based supported employment for adults with severe and persistent mental illness.' *Australian Occupational Therapy Journal* (2014) 61, 424-436
40. Walker R, Winick W, Frost ES, Lieberman JM. 'Social restoration of hospitalised psychiatric patients through a program of special employment in industry.' *Rehabilitation Literature* 1969;30:297-303.
41. Wong K, Chiu R, Tang B, Mak D, Liu J, Chiu SN. 'A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong.' *Psychiatric Services* 2008;59(1):84-90.

Bijlage 3. Verslag Expertgroepen kennisbehoefte

Kennissynthese

arbeid en mensen met ernstige psychische aandoeningen

Verslag expertgroepen

H. Michon, 29 juni 2015

M.m.v. L. Hulsbosch

Uitvoering: Trimbos-instituut (als onderaannemer van VUmc)

Financier en opdrachtgever: Instituut Gakfonds

Dit verslag is onderdeel van het eindrapport van de kennissynthese. (Schaafsma e.a. 2015, in voorbereiding). Dat rapport bevat drie hoofdonderdelen: een verslag van analyses OECD materiaal aangevuld met cijfers van het panel psychisch gezien, een voorlopig verslag van een metareview naar effectieve arbeidsrehabilitatie, en een hoofdstuk over kennisbehoeften (gebaseerd op onderhavig hoofdstuk).

Deze versie is tot stand gekomen mede op grond van kanttekeningen bij een conceptversie, aangereikt van zes van de betrokken experts, en kanttekeningen van VUmc (Anema, eerder: Schaafsma)

Inleiding

In dit verslag komt de beantwoording van vraag 3 aan de orde: Welke kennis ontbreekt nog met betrekking tot het bevorderen van arbeidsparticipatie van mensen uit de doelgroep? Welke specifieke kennis ontbreekt nog over de rol van multidisciplinaire samenwerking? Voor dit doel is de 'grijze literatuur' geraadpleegd en zijn twee expertbijeenkomsten georganiseerd door het Trimbos-instituut. Met behulp van de expertbijeenkomsten zijn gevonden hiaten in kennis getoetst en aangevuld. In totaal werkten 27 experts mee (zie bijlage voor een lijst van deelnemers). De groep bestond uit een mix van disciplines uit de praktijk en onderzoekers. Voorafgaand aan beide bijeenkomsten werd ter voorbereiding een notitie aangaande de stand van zaken in de kennis verspreid onder de deelnemers. Beide notities zijn opvraagbaar bij een van de auteurs van dit rapport (HM).

1. Epidemiologie en monitoring: de arbeidssituatie van mensen uit de doelgroep

In hoofdstuk 2 werd duidelijk dat voor mensen met meer ernstige psychische klachten de situatie op de arbeidsmarkt duidelijk ongunstiger is dan voor mensen zonder en ook ongunstiger is dan voor mensen met meer milde klachten. Tegelijkertijd is duidelijk dat de meeste kennis, en zeker de meeste kennis waarop de situatie tussen landen vergeleken kan worden flinke beperkingen kent.

Speciaal voor dit project zijn extra vragen over werk aan leden van het panel Psychisch Gezien gesteld en is op grond van een analyse van aan werk gerelateerde vragen een *factsheet* opgesteld (Place e.a. 2014). voor zulke verdiepende onderzoeksvragen, zoals naar de wensen op het gebied van werk biedt het panelmodel allerlei mogelijkheden, ook de komende jaren.

Kennishiaat

- Het ontbreekt in Nederland aan een goede onderzoeks- en monitoringstructuur die in staat stelt om de werksituatie en arbeidskansen van mensen met, en mensen zonder psychische aandoeningen te vergelijken en daarbinnen onderscheid te maken tussen ernstige en mildere psychische aandoeningen.

2. Contextfactoren

De sociaaleconomische situatie en sociale context in een land, inclusief en de wet- en regelgeving, bepalen in grote mate de arbeidskansen van mensen uit de doelgroep. Gunstige economische omstandigheden hangen samen met meer arbeidsparticipatie van mensen uit de doelgroep (al dan niet ondersteund vanuit interventies gericht op arbeidsbegeleiding; Burns e.a. 2007). Alleen met passende en faciliterende wet- en regelgeving zijn effectieve interventies implementeerbaar op grote schaal. In de expertgroepen werd als knelpunt genoemd dat de financieringsstromen nog steeds niet compatibel met elkaar zijn en elkaar versterken. Daarop is in de multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen al gewezen (Van Weeghel e.a. 2013), en de situatie is sindsdien niet verbeterd. In het algemeen wordt de zorg geuit dat de komende jaren onvoldoende financiering beschikbaar zal zijn voor het verder opbouwen van een netwerk aan effectieve re-integratie programma's. Vermoed wordt dat de gemeenten hun participatiebudget daarvoor niet voldoende zullen (kunnen) aanwenden.

Behalve dat recent de economie 'aantrekt', zijn enkele belangrijke positieve ontwikkelingen zijn:

- De jongste wetgeving bevordert gericht de participatie van mensen met een grotere afstand tot de arbeidsmarkt (Participatiewet);
- Er is een hernieuwde wil bij de ministeries van VWS en SZW en andere instanties in Nederland om het tij te keren, bijvoorbeeld zichtbaar in de Stuurgroep bevordering arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen en het project "Mensen met Mogelijkheden";
- Op landelijk werken GGZ en UWV samen en is een landelijk convenant opgesteld; op regionaal niveau komt samenwerking op gang.

Kennishiaat

- In Nederland is niet of nauwelijks onderzoek gedaan naar de beïnvloedende rol van genoemde contextfactoren. Toekomstig onderzoek naar dergelijke aspecten lijkt extra nuttig indien dat uitgevoerd wordt op Europees niveau. Aandacht daarbij voor de kansen (en bedreigingen) die verbonden zijn aan het ZZP-schap en andere nieuwe vormen van arbeidsorganisatie is, gezien de trends, op zijn plaats.

3. Stigma

Stigmatisering en (negatieve) beeldvorming zijn belangrijke belemmerende factoren voor een goede arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen (Van Weeghel 2005; Wegwijzer Stigmabestrijding in de ggz, 2014).

Van Beek e.a. (2014) publiceerden literatuuronderzoek over bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van de arbeidsparticipatie van mensen met een psychische stoornis, vanuit werkgeverperspectief en vanuit werknemer perspectief. Volgens hun rapport zijn werkgevers minder gemotiveerd om mensen met een psychische stoornis aan te nemen uit angst voor de geanticiperde consequenties en assumpties, waaronder 'Werknemers met een psychische stoornis zijn vaker ziek'; en: 'Collega's zullen wellicht negatief reageren'.

Mensen met een psychische stoornis zelf vaak verwachten dat zij "niet geselecteerd worden of dat zij na selectie niet geaccepteerd en gediscrimineerd zullen worden. Geanticiperde stigma weerhoudt veel personen met een stoornis ervan om überhaupt op zoek te gaan naar een baan".

Dat mensen met ernstige psychische aandoeningen zowel last hebben van discriminatie als geanticiperde discriminatie blijkt ook uit cijfers van het panel Psychisch Gezien (Place e.a. 2014, Oele, 2015). Zo heeft 24% van de leden zich in het jaar voor de betreffende peiling oneerlijk behandeld gevoeld bij het zoeken naar of op het werk vanwege zijn of haar psychische problemen (Oele, 2015).

Einde van 2014 is mede op grond van de bevindingen gedaan door Van Beek e.a. (2014) de publiekscampagne "Collega's met Karakter" gestart. Het doel hiervan was de beeldvorming omtrent werken met een psychische aandoening positief te beïnvloeden.

Er zijn diverse andere bewegingen om stigma in relatie tot werk te bestrijden. Een voorbeeld is: "Samen sterk tegen stigma", dat zowel werknemers als werkgevers aanspreekt (zie: <http://www.samensterkzonderstigma.nl>). Vanuit die beweging is de website 'Open voor werk' ontwikkeld. Daarin kan degene met psychische aandoeningen informatie vinden over aanpakken, wet- en regelgeving, et cetera. Ook de werkgever wordt rechtstreeks aangesproken en van informatie voorzien. Open voor werk is een breed gedragen samenwerkingsproject gericht op succesvolle werktoeleiding of werkbehoud van en voor mensen met een psychosociale kwetsbaarheid, (ex)ggz-cliënten én hun naasten. Een ander goed voorbeeld is het initiatief Mensen met Mogelijkheden, dat verderop aan de orde komt (zie par. 9, Samenwerking).

Verder wezen experts erop dat ook professionals, zoals klantmanagers van de gemeente en UWV-medewerkers, de nodige stereotypering plegen en een (te) negatief beeld hebben van de arbeidskansen van mensen uit de doelgroep. Onderzoek en praktijkinzichten vanuit de re-integratie van mensen met psychische klachten in het algemeen lijkt dit vooral te bevestigen. (Bouman e.a. 2015).

Kennishiaten

- Er zijn nog geen op effectiviteit onderzochte anti-stigmastrategieën en –campagnes richting werk. Ook de zoektocht in de 'grijze literatuur' (Van Weeghel e.a. 2013, Van Beek e.a. 2014) bevestigt dat.
- Er is geen onderzoek naar effectieve aanpakken om stigmatisering bij relevante professionals (Arbeidsre-integratie, arbozorg, gemeentelijke zorg en ondersteuning, behandeling) te verminderen
- Er is weinig wetenschappelijk onderzoek naar wat werknemers uit de doelgroep zelf kunnen doen om stigma te verminderen. De CORAL (“Conceal or reveal”) methode lijkt de betrokkene te helpen om te beslissen of hij diens psychische problemen openbaart (Henderson e.a. 2013).

4. Effectieve interventies

Volgens Nederlands onderzoek (Michon en Van Weeghel 2008; Van Beek 2014) zijn er vier benaderingen die mensen met ernstige psychische aandoeningen steunen bij maatschappelijke participatie, eventueel in betaalde arbeid. Deze zijn: de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB); Assertive Community Treatment (ACT); Lotgenotengroepen voor trouwe deelnemers en Individuele Plaatsing en Steun (IPS).

Alleen voor IRB en IPS⁷ geldt dat deze effecten ook onderzocht en gevonden zijn op het gebied van werk. De IRB-benadering vergroot de kans op het vinden van werk (betaald en onbetaald werk samengenomen; Swildens e.a.,2011). Werk betrof echter in de betreffende Nederlandse studie een secundaire effectmaat.

In de afgelopen jaren is nieuw en sterk bewijs beschikbaar gekomen voor de effectiviteit van IPS in Nederland (Van Busschbach 2012, Michon 2014):

⁷ Zie voor uitgebreide beschrijvingen van IRB en IPS de genoemde publicaties.

- IPS is effectiever in het realiseren van regulier werk dan de meer traditionele, stapsgewijze aanpak van arbeidsbegeleiding. Na dertig maanden bleek dat significant meer mensen in de IPS groep regulier betaald werk hadden gevonden dan mensen in de vergelijkingsgroep: 44% tegen 25%.
- De 51 deelnemers die regulier betaald werk gevonden hebben, hadden heel diverse banen. De betreffende personen werkten gemiddeld 96 dagen, gemiddeld 22 uur per week.
- Degenen die werk vonden - al dan niet via IPS -, maakten significante positieve veranderingen door in ervaren kwaliteit van leven, psychische gezondheid en zelfvertrouwen (Michon e.a. 2014).

Een onlangs afgerond onderzoek naar good practices inzake arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen focuste op de groep met 'common mental disorders' (Bouman e.a. 2015). Mogelijk kunnen de elementen die uit die studie naar voren gekomen zijn ook helpen om een compleet beeld te krijgen van wat nodig is voor mensen met de meer ernstige stoornissen.

Lopend onderzoek

Een interessante quasi-experimentele kosteneffectiviteitsstudie loopt in Amsterdam (Ingeest / Vu / UWV), waar financiële en organisatorische belemmeringen voor IPS in een vroeg stadium weggehaald zijn door afspraken te maken over bekostiging en samenwerking tussen GGZ- en professionals uit de sociale zekerheid. De vraag is of de toepassing van IPS beter verloopt onder de gecreëerde gunstige regelgevingscontext, dan bij de gebruikelijke implementatie van IPS.

Ook loopt een onderzoek waarin de IRB verder op kosteneffectiviteit wordt onderzocht. Arbeidsuitkomsten worden als onderdeel van maatschappelijke participatie onderzocht (o.a. Altrecht, Dijk en Duin, UMCG).

Een onderzoek naar de rehabilitatiemethode Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen loopt ('Career' studie), waarbij participatie in brede zin een van de secundaire uitkomstmaten is, inclusief werk.

Ook wordt ten tijde van het schrijven van dit rapport een onderzoek afgerond vanuit Trimbos-instituut en kenniscentrum Phrenos naar de aanvullende waarde van de herstelinterventie WRAP (Wellness Recovery Action Plan) op werkbehoud; Boertien e.a. 2015).

Vanuit de Erasmusuniversiteit wordt gewerkt aan de Monitor Voorbeeldprojecten voor re-integratie van mensen met psychische problematiek (in opdracht van Min SZW). Die omhelst ook twee IPS projecten. In tweede instantie wordt ook gewerkt aan het opstellen van maatschappelijke business cases. Onlangs is fase 1 van deze studie afgerond (Schuring e.a. 2015). Deze studie betreft een bredere doelgroep dan alleen mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ondanks dat lijkt de kennis bruikbaar, onder andere omdat twee van de zes onderzochte projecten IPS praktijken zijn voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Kennishiaten

- Er is een indrukwekkende hoeveelheid bewijs verzameld voor de effectiviteit van IPS t.o.v. meer traditionele modellen. Er is minder bekend over de mate waarin IPS en andere arbeidsinterventies effectief ingrijpen op duurzaam werken. Duurzaam werken is een gelaagd begrip. In de kern gaat het om: sterk staan op de arbeidsmarkt en je inzetbaarheid (employability) ontwikkelen. En het gaat om: niet afhankelijk zijn van één specifieke baan bij één specifieke werkgever (zie o.a. Michon, 2011). Er zijn wel de nodige aanwijzingen dat IPS ook op de lange duur goed werkt en gunstig is voor de arbeidscarrière en employability, maar die bewijskracht is minder sterk dan de evidentie voor effectiviteit ten aanzien van het vinden van werk. Verder onderzoek naar behoud van werk op termijn en het ontwikkelen van duurzame inzetbaarheid is nodig⁸.
- Wat ook ontbreekt, is een kritische inventarisatie van mogelijke, met IPS concurrerende modellen. Nodig is onder andere (ontwikkelingsgericht) onderzoek naar effectieve modellen voor subgroepen bij wie geen goede en duurzame resultaten (met IPS) worden behaald.
- Voor (subgroepen van) mensen met wie niet snel arbeidsplaatsingen gerealiseerd kunnen worden, lijken ‘toch’, in strijd met de toonaangevende IPS-visie, ‘broedplaatsen’ nodig, arbeidsplekken waarin men werkervaring kan opdoen, zonder de druk van gewoonlijke reguliere arbeid, zoals een contract. Een vraag is of dergelijke plekken kunnen helpen om het arbeidsperspectief te vergroten.
- Voor de verdere ontwikkeling van efficiënte modellen is onderzoek naar de werkzame ingrediënten van IPS en andere vormen van arbeidsrehabilitatie relevant. Zie ook de paragrafen over implementatie (8) en samenwerking (9). Afstemming van behandeling, en

⁸ In het kader van het ZonMw programma Participatie en gezondheid ontwikkelden Van der Klink e.a. (2010) een (complexe) definitie van duurzaam werken, op grond waarvan recent een meetinstrument ontwikkeld is. De gebruikte uitkomstdefinitie is overigens breed bedoeld, d.w.z. voor werknemers in het algemeen. Door voor de onderhavige doelgroep aan te sluiten bij ‘doelgroep overstijgende’ uitkomstdefinities betere kennis ontstaan.

arbeidsbegeleiding op elkaar zijn cruciaal, maar hoe en met wie dergelijke afstemming het meest efficiënt tot stand kan komen: daarover ontbreekt nog de nodige kennis.

- In de expertgroepen werd benadrukt dat meer kennis nodig is inzake de kosteneffectiviteit in de volle breedte van het begrip (wie investeren tegen welke opbrengsten). De Nederlandse effectstudie naar IPS (Van Busschbach e.a. 2011) leert wel dat kosten van IPS hoger uitpakken (tegen meer banen vinden), maar dit is slechts een eerste indicatie van kosten-baten verhouding. Bepaalde aspecten zijn nog niet of onvoldoende onderzocht, zoals het effect op uitkeringen. Een aanpalende vraag is hoe de ontwikkelingen vanaf 2015 (gemeente als nieuwe regievoerder; nieuwe mores zoals het wederkerigheidsprincipe) van invloed zijn en welke nieuwe belemmerende en bevorderende factoren spelen.
- Effecten van allerlei interventies gericht op sterkere eigen bijdrage van persoon zelf in het proces van werk vinden en behouden en de inzet van de werkgevers. Genoemd in de multidisciplinaire richtlijn voor mensen met ernstige psychische aandoeningen is o.a. zelfmanagement op het behoud van werk; (zo nodig na) ontwikkeling en inzet van zelfmanagementprogramma's. In de expertgroepen werden in dit verband ook meerdere voorbeelden genoemd.
- Gepleit werd ook voor het instellen van aansprekende manieren om goede voorbeelden te presenteren en zichtbaar te maken. Bijvoorbeeld als onderdeel van de al door het Trimbos-instituut in samenwerking met allerlei andere organisaties ingestelde databank 'good practices in de langdurige zorg.'
- Er is over het algemeen een te groot gat tussen de klassieke wetenschappelijke evidence based kennis (IPS is effectief) en meer *practice based* kennis (er is meer nodig, om meer subgroepen te kunnen ondersteunen). Gezocht moet worden naar manieren om die kennis naar boven te halen en de juiste status te geven, zoals bijvoorbeeld in de multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen is gedaan.
- Niet iedereen is gebaat bij de evidence base aanpak van IPS, althans, bij een grote groep lukt het nog niet om duurzame banen te creëren, en voor een deel van mensen uit de doelgroep zal arbeidsre-integratie een kwestie van lange adem blijven. Onontgonnen gebieden zijn o.a.: hoe te voorkomen dat cliënten en medewerker uitgeblust raken en hoe om te gaan met het vroegtijdig stoppen met werk na een plaatsing.

5. Effectieve arbeidsrehabilitatie voor specifieke doelgroepen

Er zijn veel aanwijzingen dat voor specifieke doelgroepen mogelijk specifieke interventies nodig zijn dan wel aanvullingen bedacht moeten worden voor bestaande modellen en aanpakken. In het voorgaande hoofdstuk is daarvoor opnieuw bewijs geleverd. De 'grijze' literatuur bevestigt dit. Van Beek e.a. (2014) vonden dat mensen uit de doelgroep vaak beperkingen hebben in sociale, sociaal-communicatieve vaardigheden (o.a. moeite in de omgang met collega's). Verder wordt vaak gevonden dat beperkingen in cognitieve vaardigheden een belemmerende rol kunnen spelen.

In dat verband is het een veeg teken dat enkele experts erop wezen dat professionals en beslissers nog vaak juist erg hun eigen domein en doelgroep afschermen. Zo werd gewezen op stroperige discussies binnen de GGZ en tussen de GGZ en andere instanties zoals gemeenten over de vraag wie verantwoordelijk is voor het ondersteunen bij arbeidsvragen van cliënten.

Lopend onderzoek

Een effectonderzoek naar IPS bij jongeren met psychosen loopt, inclusief de meerwaarde van o.a. cognitieve training, gecombineerd met een zorgvoorbeteractie. (o.a. Trimbos-instituut, Kenniscentrum Phrenos).

Kennishiaten

- Er is meer kennis nodig op het terrein van specifieke doelgroepen. De experts noemden jongeren; mensen met ernstige verslavingsproblematiek; mensen met persoonlijkheidsproblematiek en mensen met bipolaire stoornissen. Kennis is ook nodig inzake effectieve interventies voor mensen die bredere arbeidswensen hebben dan regulier betaald werk vinden.
- Ook de aanvullende waarde van andere interventies gericht op het functioneren van mensen uit de doelgroep is nog grotendeels onontgonnen gebied. Gezien de literatuur zijn vooral interventies nodig die ingrijpen op sociaal-communicatieve vaardigheden en cognitieve vaardigheden.
- Er is nog weinig bekend over de mate waarin interventies die effectief zijn voor bredere doelgroepen, zoals mensen met matige psychische aandoeningen dan wel klachten in het algemeen, ook effectief zijn voor mensen uit de onderhavige doelgroep in het bijzonder. Een deel van de mensen uit de doelgroep zou wel eens gebaat kunnen zijn bij aanpakken die effectief zijn voor andere doelgroepen. Zo zijn mogelijk (onderdelen van) effectieve aanpakken voor mensen die langdurig werkloos zijn, of mensen die na langdurig

ziekteverzuim weer terugkeren naar werk, ook effectief voor een deel van degenen uit de doelgroep.

6. De werkgever

In de grijze literatuur komt telkens terug dat het werkgeverperspectief meer serieus genomen moet worden, om de arbeidsparticipatie van mensen uit de doelgroep substantieel te kunnen verbeteren. Er zijn meer verbindingen nodig tussen werkgever, werknemer en opdrachtgever (gemeente; zie o.a. De Haas e.a. 2014). Van Beek e.a. (2014) meldden dat werkgevers niet altijd goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden van re-integratietrajecten, noch hoe samengewerkt kan worden. Zij zijn bovendien onvoldoende op de hoogte van de arbeidsmogelijkheden van mensen uit de beoogde groep. Werkgevers worden volgens die overzichtsstudie vaak ook onvoldoende geïnformeerd vanuit de aanbieders van re-integratietrajecten, zowel wat betreft de matchingfase als later tijdens het werk.

Het werkgeverperspectief werd meermalen in de expertbijeenkomsten genoemd als een ondergeschoven aandachtsgebied, terwijl werkgever en werknemer centraal zouden moeten staan. Er werd gewezen op o.a. (Zie ook Michon, 2013):

- Nut en noodzaak van aanpassingen in de arbeidsomgeving;
- Betrekken van de werkgever bij het hele proces (inclusief vooraf informeren en voorbereiden);
- ‘*Mentoring*’ bij de werkgever door bijvoorbeeld de leidinggevende lijkt heel perspectiefrijk;
- Voor behoud van werk is het cruciaal dat er aandacht voor begeleiding is op kritieke momenten. Kritieke momenten doen zich bijvoorbeeld voor tijdens de eerste weken na plaatsing; bij personele wisselingen zoals een nieuwe chef; en gedurende reorganisaties.

Kennishiaat

- Onderzoek naar de meerwaarde van het betrekken van de werkgever bij het plaatsingsproces en verdere begeleiding op de werkvloer ontbreekt nog. Zo zijn de vier voornoemde witte vlekken (werkenaanpassingen, werkgever inzet, *mentoring* en coachen bij kritieke momenten) nauwelijks op voldoende schaal onderzocht.

7. Omvattend scala aan uitkomsten, waaronder opleiding

De experts wezen op het belang van effectiviteit van interventies die de arbeidskansen op indirecte wijze verhogen door mensen te helpen zich kwalificeren en zich sterker te maken (voor de arbeidsmarkt). Te denken valt daarbij aan een opleiding gaan volgen; herstel en psychische gezondheid.

Zeker in het geval van jongeren is opleiding, als kwalificatie voor werk, ook een wenselijke uitkomst maat. Een afgeronde opleiding kan de brug naar werk en loopbaan zijn⁹. Wat leren betreft zijn er eerste aanwijzingen voorhanden dat het model 'begeleid leren' werkzaam is. (Michon en Van Weeghel, 2008; er is nadien geen effectonderzoek op dit terrein gedaan)

Experts wezen erop dat de relatie tussen herstellen en (weer gaan) werken nader onderzocht moet worden. Er kunnen drie dimensies van herstel (persoonlijk, symptomatisch en maatschappelijk) worden onderscheiden (zie ook Michon en Van Weeghel 2008). De persoonlijke dimensie heeft te maken met een uiterst individueel psychologisch herstelproces. "Herstel staat niet gelijk aan genezing, maar betekent dat je leert zien waar je eigen kwetsbaarheden en talenten liggen en dat je met gebruikmaking daarvan weer baas wordt over je eigen leven." (HEE website). De symptomatische dimensie verwijst naar herstellen in medisch-psychiatrisch opzicht. De maatschappelijke dimensie betreft het vervullen van rollen als werknemer, partner, ouder, vriend. Deels hangen die drie dimensies met elkaar samen, en deels leiden ze een 'eigen leven'.

Kennishiaten

- Er is geen recent onderzoek m.b.t. effectiviteit van interventies op uitkomsten die indirect samenhangen met werk, omdat ze arbeidskansen verhogen. Te denken valt daarbij aan een opleiding gaan volgen; herstel en psychische gezondheid.
- Een uitdaging voor de toekomst is om de samenhang en eigenheid tussen de drie beschreven vormen van herstel beter te begrijpen. Zo is nauwelijks bekend hoe en in welke mate persoonlijke herstelprocessen tot meer maatschappelijke participatie leiden. Andersom is de vraag of arbeidsparticipatie het persoonlijke herstelproces in de hand werkt.

⁹ Hoewel opleidingsniveau niet voorspellend is voor arbeidsparticipatie in de brede groep van mensen met een Wajong-uitkering (Holwerda e.a. 2013)

8. Implementatie

Internationaal en nationaal onderzoek leren dat een hogere modeltrouw gepaard gaat met betere uitkomsten in termen van proporties deelnemers die regulier betaald werk vinden (Becker e.a., 2006; Henri et al 2014; Schuring e.a. 2015; deze nog lopende studie). Om deze redenen is ook een praktische monitor ontwikkeld om zowel de modeltrouw als de uitkomsten te (blijven) meten, om verdere implementatie te ondersteunen (Hulsbosch e.a., 2012).

Nog relatief weinig Nederlandse ggz-instellingen hebben IPS op substantiële schaal met een hoge modeltrouw geïmplementeerd. Wel is er een gestage groei van het aantal instellingen met serieuze plannen daartoe (Michon e.a. 2013)¹⁰. Phrenos maakt deel uit van het Dartmouth Johnson & Johnson learning collaborative, het internationale leernetwerk op het gebied van IPS (Becker e.a., 2011). Vanaf 2012 participeert ook Nederland, als tweede Europese land in dit leernetwerk. IPS-trainers worden opgeleid, er wordt er een update gemaakt van het IPS-trainingsmateriaal, en de modelgetrouwheid en de arbeidsuitkomsten van Nederlandse IPS-programma's worden vergeleken met die in de Amerikaanse en Italiaanse praktijk. Ook is een landelijk netwerk opgericht van IPS-consultants die instellingen kunnen adviseren bij de implementatie van IPS.

De eerder genoemde multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen biedt een overzicht van kennis en overwegingen met betrekking tot de praktijk. (Van Erp, 2013 Van Weeghel e.a. 2013). De aanbevelingen in de richtlijn passen goed bij de bevindingen van de expertbijeenkomsten.

Voor een goede uitvoering van IPS zijn onder meer voldoende, goed opgeleide professionals nodig die IPS kunnen uitvoeren. In de bijeenkomsten werd benadrukt dat dit (kundige IPS trajectbegeleiders gesneden uit het juiste 'rehabilitatie-hout') vermoedelijk één van de belangrijkste werkzame ingrediënten is van het IPS-model. Er is nu ook onderzoek beschikbaar over de manier waarop gedrag, attitude en kennis van zaken van deze professionals gemeten kunnen worden (Corbière e.a. 2014).

Ook min of meer los van het IPS-model zijn kundige professionals die coaching en /of andere arbeidsbegeleiding bieden, nodig. (zie ook 2.9, samenwerking). 'Je kunt niet alles aan werkgevers en reguliere actoren overlaten', aldus een van de experts, die daarop veel

¹⁰ Ten tijde van het schrijven dit rapport heeft UWV met elf instellingen een overeenkomst inzake IPS. (Bron: mondelinge informatie Smit, UWV).

instemming kreeg. Hiervoor zijn weer goede, en in voldoende mate beschikbare opleidingen nodig. Ook op dit vlak zijn verschillende hiaten naar voren gebracht.¹¹

Lopend onderzoek / ontwikkelingen

Het al genoemde lopende onderzoek naar kosteneffectiviteit van IPS in Amsterdam is deels ook een implementatiestudie en een onderzoek naar de rol van samenwerking tussen GGZ en SZ.

Zeer onlangs is fase 1 afgerond van de lopende studie naar voorbeeldprojecten (Schuring e.a. 2015). Hoewel betrekking hebbend op een bredere, overlappende doelgroep met de onderhavige worden relevante bevindingen gedaan met betrekking tot samenwerking. Deze auteurs stellen dat voor integrale samenwerking tussen de diverse partijen (arbeidsrehabilitatie, arboprofessionals, zorg en behandeling) de volgende aspecten cruciaal zijn: “ i) het vinden van de juiste partners, ii) het maken van goede samenwerkingsafspraken, en iii) het ontwikkelen van een sterke samenwerkingscultuur. Daarnaast is een goede integratie van de ‘speciale teams’ in de reguliere organisatie [nodig]. (..). Het werkt bevorderend (...) als er afspraken zijn gemaakt over de regieverantwoordelijkheid voor het gehele traject.” (Schuring e.a. 2015).

Kennishiaten

- Inzake IPS modeltrouw is op Europees niveau onderzoek nodig dat repliceert (of niet) dat modeltrouw samenhangt met betere resultaten. In dit kader werd overigens gesteld door enkele experts dat voor subgroepen lastig is de volledige modeltrouw te halen. Zo is voor GGZ organisaties zoals RIBW-en per definitie niet de volledige modeltrouw te behalen omdat niet alle behandeling vanuit de eigen organisatie geboden wordt. Dus ook praktijkgericht onderzoek naar aangepaste modellen voor specifieke uitvoerders is nodig.
- Inzake professionalisering werd genoemd dat de (potentiële) rol van ervaringsdeskundigheden nog totaal onontgonnen is. In de herstelbeweging worden goede ervaringen opgedaan met de inzet van ervaringsdeskundige begeleiders.
- Het ontwikkelen van praktische handvatten, gebaseerd op kennis zoals vervat in de multidisciplinaire richtlijn, is een van de volgende stappen. Implementatie-onderzoek kan daarbij leren wat werkt en kan helpende ontwikkelde handvatten zichtbaar te maken.

¹¹ Het Kenniscentrum Phrenos verzorgt opleiding en training in IPS i.s.m. Hanzehogeschool. Wellicht zijn een meer landelijk dekkend netwerk en integratie met meer hogescholen nodig.

9. Samenwerking tussen disciplines

Aandacht speciaal voor het thema samenwerking is nodig onder andere omdat mensen uit de doelgroep in de loop van hun leven, variërend van persoon tot persoon, op verschillende terreinen ondersteuning nodig hebben. Zij zijn van tijd tot tijd gebaat bij deskundige arbeidsbegeleiding en, daarbuiten, bij hulp op andere terreinen (zie bv Drake e.a. 2003). Overigens komt vaak in kwalitatief onderzoek naar voren hoe belangrijk behalve een professionele samenwerking ook de samenwerking met het sociale netwerk en/of familie is. In dit project ligt de focus op professionele samenwerking.

Uit de zoektocht naar 'grijze' literatuur komt met name het project "Mensen met Mogelijkheden" naar voren. Bij dit project zijn 21 beroepsgroepen betrokken en het hoofddoel is, om meer mensen met een "psychische kwetsbaarheid" aan het werk te krijgen. Het is gericht op professionals uit de brede disciplinegroepen van mens, werk, inkomen en zorg. Er is o.a. kennis gebundeld in een "inspiratieboek" gebaseerd op ervaringsverhalen en inzichten van de betrokken professionals. Recent is een online training uitgegeven. De training biedt zo praktisch mogelijke aanbevelingen om het MMM-doel (verbeterde arbeidsparticipatie van mensen uit de doelgroep) te bereiken. Er wordt onder andere een eerste vertaalslag gemaakt van de aanbevelingen voor samenwerking tussen beroepsgroepen zoals beschreven in de multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen. (Van Erp e.a. 2013). MMM gaat uit van het verhaal van betrokken werknemers en werkgevers en pleit voor denken in mogelijkheden. Voor meer informatie¹² over visie, genoemde uitgangspunten en methodiek zie: <http://www.mmm-mensenmetmogelijkheden.nl/>

In samenwerking met UWV heeft UMCG (Holwerda e.a. 2014) in kaart gebracht hoe GGZ en UWV met elkaar samenwerken, voor wat betreft mensen met matige psychische aandoeningen. Hoewel dus een bredere doelgroep werd bekeken, zijn de resultaten wellicht bruikbaar. Holwerda e.a. (2014) enquêteerden GGZ trajectbegeleiders, UWV arbeidsdeskundigen en verzekeringsgeneeskundigen. Daaruit bleek dat samenwerking erg belangrijk werd bevonden. 80% van de GGZ-professionals bleek samen te werken met UWV - tegen 30% bij UWV-respondenten. Dat tweede percentage lijkt laag, maar tot die groep onderzochten behoorde ook professionals deel voor wie samenwerking met GGZ niet of

¹² Voor dit project is overigens ook een literatuur-search gedaan naar effectieve interventies op het gebied van arbeid en psychische aandoeningen (Cornelius en Brouwer 2013). Die search gaat over de bredere groep van mensen met psychische stoornissen.

minder relevant is. Een kwart van de gerapporteerde samenwerking bleek om structurele samenwerking te gaan. De volgende knelpunten zijn gesignaleerd:

- De wederzijdse vind- en bereikbaarheid liet “te wensen over”, mogelijk mede samenhangend met het ontbreken van een vaste contactpersoon per organisatie en gebrek aan persoonlijke contacten met professionals in de andere organisatie;
- Bekendheid wederzijds met elkaars expertise;
- Het ontbreken van structureel overleg en (intensief) contact tussen beide organisaties.

In de expertgroepen werd ook sterk bevestigd dat een goede en efficiënte samenwerking tussen professionals in het algemeen een belangrijke sleutel tot (meer) succes biedt. Tegelijkertijd is er geen effectonderzoek verricht in de afgelopen jaren. In die zin heeft het hoofdstuk over samenwerking in de multidisciplinaire richtlijn werk en mensen met ernstige psychische aandoeningen nog een hoge actualiteitswaarde (Van Weeghel e.a. 2013). Wat volgt is een uitgebreidere samenvatting van de bevindingen uit expertgroepen dan bij de eerdere paragrafen.

Aansluiting bij herstellende cliënt en inbedding in de wijk / de gemeente.

Om te beginnen werd aangesloten bij een kernpunt van de multidisciplinaire richtlijn: de cliënt zelf dient in het brandpunt van het re-integratieproces te staan. De eindregie ligt als het goed is bij de werknemer (ggz-cliënt) zelf, of zoveel mogelijk bij hem of haar als op vlak ondersteuning nodig is, en bij de werkgever.

Juist vanwege dit punt is samenwerking extra belangrijk. In het algemeen werden enkele ontwikkelingen naar voren gebracht waarbij aangesloten kan worden, zoals het algemene plan van aanpak "Over de brug", waarin een "routebeschrijving" wordt gegeven van de wijze waarop het herstel van mensen uit de doelgroep aangepakt kan worden (Projectgroep Plan van aanpak, 2014). Dit plan gaat verder dan alleen arbeid.

Net als o.a. in "Over de brug" is door de experts gewezen op het belang van aansluiten bij sociale wijkteams. Die aansluiting is het logische gevolg van allerlei ontwikkelingen in beleid en wet- en regelgeving (participatiewet, ambulantisering GGZ, gemeenten in de regierol, et cetera). Tegelijkertijd is nog heel onduidelijk hoe dat moet, laat staan hoe en met wie precies samengewerkt moeten worden en wat de effecten daarvan zijn.

Steeds is van belang dat men bewust de vraag stelt: met wie moeten we eigenlijk samenwerken en wat is ons doel daarbij. De eerste aan wie die vraag gesteld moet worden, en

die voorop zou moeten lopen bij het beantwoorden ervan, is de cliënt/werknemer. Een professional, bijvoorbeeld de job coach, kan de cliënt daarbij ondersteunen.

Centrale rol job coach of arbeidsbegeleider

Door verschillende experts werd onderstreept dat de job coach idealiter in het re-integratieproces een centrale, en een in professionele zin regisserende rol vervult. De job coach en andere arbeidsprofessionals moeten op hun beurt ook samenwerken met hun centrale cliëntgroepen (werkgever en werknemer). Dat vergt misschien vergelijkbare competenties en attitude als bij de professionele samenwerking. In elk geval is daarin van belang dat een bondgenootschap opgebouwd wordt en gewerkt wordt vanuit een dienstverlenende instelling.

De re-integratieprofessional kan de twee cliëntgroepen ook nader bij elkaar brengen (denk aan Place en Michon 2015; Boertien e.a. 2015). In die zin is de professional dan een soort intermediair die de twee cliëntgroepen direct met elkaar laat samenwerken.

Samenwerking vereist integratie van beleid en werkzaamheden op diverse niveaus

Er moet op verschillende niveaus worden samengewerkt. Coördinatie en afstemming zijn nodig in het primaire proces; op het niveau van organisaties en afdelingen; en op het niveau van beleid, en wet- en regelgeving (macroniveau; zie ook o.a. Giesen e.a. 2007).

Experts benadrukten dat hier knelpunten ontstaan. De ervaring is dat samenwerking wel regelmatig tot stand komt, maar dat deze te veel beperkt blijft tussen twee of enkele personen onderling en op persoonlijke titel. Er is doorgaans te weinig structurele inbedding en formele verankering. Het risico is daardoor dat een goed lopende samenwerking uiteen valt als de betrokken personen andere functies krijgen of bij hun werkgever weggaan. Samenwerking is in het ideale geval een combinatie van een formele visie vanuit de instellingstop, en een persoonlijke en bevlogen benadering van de professionals op 'de werkvloer'. Oftewel: de samenwerking moet door alle betrokkenen gedragen worden.

Elkaar opzoeken en elkaars taal begrijpen

Verschillende experts (van verschillende beroepsachtergronden) wezen erop hoe moeilijk het kan zijn om professionals daadwerkelijk bij elkaar te krijgen, dan wel contact met elkaar te laten opnemen. Als het erop aan komt zijn afspraken vaak lastig te maken, bijvoorbeeld omdat niet bekend is bij wie men terecht kan.

En vervolgens blijkt het vaak lastig om dezelfde taal te spreken. Men moet elkaars vakjargon leren kennen (of tijdig vermijden), en de echte dialoog opzoeken in plaats van voor de

formaliteit informatie uitwisselen. Hiervoor is multidisciplinaire training nodig, en misschien wel als basis de wil bij alle betrokken professionals om de cliënt centraal te stellen. Samenwerken is een kunst op zich. Je moet 'out of the box' kunnen denken en open staan voor het perspectief dat de ander op de zaak heeft.

Gerelateerd aan stigmabestrijding en elkaar leren begrijpen, is het verstrekken van informatie en bevorderen van goede en brede beeldvorming. Uit de diverse bronnen bleek de noodzaak van het ontwikkelen van efficiënte en effectieve manieren om werkgevers, werknemers en de diverse re-integratieprofessionals (zoals loopbaancoaches, HR-professionals, en bedrijfsartsen) beter te informeren over feiten, mogelijkheden, middelen en maatregelen. Het reëel beïnvloeden van de beeldvorming is nog altijd een onontgonnen terrein. Niet voor niets bepleit de richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen om "zorg te dragen dat de verschillende beroepsgroepen beter op de hoogte te raken van elkaars werkwijze en verantwoordelijkheden. (waarvoor gezamenlijke scholing bepleit wordt)".

Samenwerking organiseren en beïnvloeden

Efficiënte samenwerking vereist ook dat alle betrokken actoren deskundig zijn inzake mogelijkheden op het gebied van arbeid voor mensen uit de doelgroep, voor zover relevant binnen hun eigen domein. Kennis met betrekking tot de functionele mogelijkheden en herstel mogelijkheden van mensen met ernstige psychische aandoeningen bijvoorbeeld, moet wel aanwezig zijn.

Er zijn verder diverse trainingen / toolkits gemaakt of in de maak die deels handvatten bieden voor samenwerking tussen kernberoepsgroepen, zoals job coaches die Supported Employment bieden en arbeidsdeskundigen. Voorbeelden daarvan zijn de toolkit 4you, over samenwerking GGZ en UWV (Ammeraal, 2014) specifiek gericht op jongeren en volwassenen met een Wajong-uitkering; en de online training Mensen met Mogelijkheden, gericht op een brede groep (re-integratie, onderwijs, werk en zorg)professionals.

Verder moeten organisaties bereid zijn om in de eigen gelederen medewerkers met diverse modellen te laten werken, en experimenteren met het samenwerken met andere organisaties die bijvoorbeeld medewerkers detacheren naar de collega-instelling.

Wellicht kan ook het Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) model, een hulpverlening model, inspirerend werken. RACT is in het kort het klassieke (F)ACT-model gecombineerd met zogenaamde *resource groups*: de cliënt en zijn of haar familieleden en

naasten maken deel uit van het team. De cliënten, familie en naasten worden getraind in manieren om beter te communiceren en om te gaan met stress.

Gericht contact tussen diverse groepen actoren

Er zijn diverse specifieke samenwerkingsrelaties tussen twee, drie en meer partijen genoemd die voor verbetering vatbaar zijn.

De samenwerking tussen arbeidsbegeleiders en GGZ-behandelaren kan nog veel beter, bijvoorbeeld, zelfs daar waar IPS toegepast wordt.

De samenwerking met de werkgever en professionals die (al) bij de (toekomstige) werkgever een rol vervullen kan ook intensiever. Vaak worden werkgevers niet goed voorgelicht over de komst van een nieuwe werknemer. En als er informatie gegeven wordt komt die vaak niet op de goede plek terecht. Soms weten HR-professionals of bedrijfsartsen wel van de hoed en de rand, maar bereikt de informatie de direct leidinggevende niet.

Terwijl de rol van collega's (natural support¹³) cruciaal kan zijn, en er ook steun in die hoek gezocht kan worden is niet of nauwelijks onderzoek gedaan naar dit thema – laat staan onderzoek specifiek gericht op de effectieve samenwerking tussen de kernactoren (werknemer – job coach en collega / leidinggevende).

Ook de 'driehoek onderwijs – arbeid – zorg' is genoemd. Ook daarin zijn verbindinglijnen cruciaal en gaat het nu nog vaak mis. Dat komt mede doordat op dat vlak nog geen interventies ontwikkeld zijn die bewezen substantiële impact hebben. Dit geldt zowel voor jongeren en volwassenen met weinig of speciale opleiding als voor jongeren en volwassenen die hoger opgeleid zijn.

Duurzame verbanden nodig

Samenwerken is in de organisatie & uitvoering ervan een hele kunst op zich (zie o.a. Van Delden, 2010). Een belangrijk aspect van samenwerking is het zoeken en opbouwen van onderling vertrouwen (zie bijvoorbeeld het proefschrift van Nauta 2009). Nauta (2009) laat zien dat de samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisarts en andere disciplines kan verbeteren door projecten en gezamenlijke verbeteracties, echter: al snel blijven die successen beperkt tot de korte termijn. Alleen duurzame samenwerkingsafspraken en uitvoering daarvan in langdurige projecten kan echte blijvende verbetering tot stand brengen.

¹³ Door een expert werd gewezen op het HARRIE-model (collega's of leidinggevende die steunt).

Kennishiaten

- In het algemeen ontbreekt onderzoek naar het effect van multidisciplinaire samenwerking en specifieke aspecten zoals benoemd in deze paragraaf. Dit vergt de ontwikkeling van een goed samenwerkingsmodel, implementatie daarvan en onderzoek daarnaar op uitkomsten en meerwaarde bovenop de gebruikelijke aanpakken.
- Voor genoemde trainingen (Toolkit, online training MMM) lijkt veel enthousiasme in de praktijk te bestaan, echter geen van de voorbeelden die de review passeerden is tot nog toe geëvalueerd.

Literatuur bij verslag expertgroepen

Ammeraal M (red.) (2014) *Toolkit 4you*; samenwerking GGZ – UWV; Cliënten GGZ-problematiek en Wajong: Actenz, GGZ inGeest en UWV (herziene uitgave in het kader van het landelijk convenant GGZ – UWV.)

Beek Lv, Geel Sv, Oortwijn W Pickles A & M Versteegh (2014) *Zo gek nog niet; aan het werk met een psychische stoornis*; Vooronderzoek: literatuurstudie. Rotterdam: Ecorys.

Boertien D, Erp Nv & H Michon (2015). *Werken met WRAP*; Duurzamer aan het werk? Utrecht: Trimbos-instituut & Kenniscentrum Phrenos.

Bouman S, Ede Sv, Jong Fd, Nieuwenhuijsen K, & S.vd Veen (2015) *Werken met psychische klachten –op zoek naar ‘good practices’*; Een onderzoek in opdracht van de Stuurgroep bevordering arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen. Den Haag: APE.

Burns, T, Catty, J, Becker, T, Drake RE, Fioritti A, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370: 1146–52.

Busschbach JTv, Michon H, Vugt Mv & Stant AD (2011) *Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland*; Eindverslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie; Deel 2: Bevindingen na 30 maanden follow-up. Utrecht: Trimbos-instituut; Groningen: RGOc / UMCG.

Corbière M, Brouwers E, Lanctôt N, & van Weeghel J (2014) Employment Specialist Competencies for Supported Employment Programs. *J Occup Rehabil.* 24(3):484-97.

Cornelius B & Brouwer S (2013) *Deskresearch naar effectieve interventies gericht op arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen*. Groningen, Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG - UMCG).

Hagen B, Overmars-Marx T & Soest Kv (2010) *Arbeidsparticipatie van Wajong'ers op de werkplek*; De bijdrage van collegiale steun op de werkplek aan Wajong'ers. Utrecht: Vilans.

HEE Website: <http://www.hee-team.nl/hee-algemene-informatie>

Henderson C e.a. 2013. Decision aid on disclosure of mental health status to an employer: feasibility and outcomes of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 203 (5) 350-357.

Henry AD, Hashemi L& Zhang J. (2014). Evaluation of a statewide implementation of supported employment in Massachusetts. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 37(4), 284-8.

Hulsbosch L, Michon H & Weeghel Jv (2012) *De IPS monitor*; Ontwikkeling van een monitor als onderdeel van implementatie van Individuele Plaatsing & Steun in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut.

Michon H (2012) *Op zoek naar nieuwe krachten; Ondersteuning bij arbeidsparticipatie*. Eindhoven: Fontys Hogeschool HRM en Psychologie.

Michon H (2013). *Werk in de winkel; Kernelementen van effectieve ondersteuning aan mensen met arbeidsbeperkingen naar regulier werk*. Den Haag: SBCM.

Michon H, Busschbach JT van, Stant AD, Vugt MD, Weeghel Jv & Kroon H (2014). Effectiveness of Individual Placement and Support for People with Severe Mental Illness in the Netherlands: a 30 months Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 37 (2) 129-136.

Michon H, Busschbach Jv, Vugt Mv, Stant AD & Weeghel Jv (2013) De effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun. In: Busschbach Jv, Rooijen Sv & Weeghel Jv (red.) *Psychiatrische rehabilitatie; Jaarboek 2013-2014*, H. 14, 175-186.

Michon H & Weeghel Jv (2010) *Rehabilitatieonderzoek in Nederland; overzicht van onderzoek en synthese van recente bevindingen*. *Tijdschrift voor psychiatrie* 52, 10, 683-694

Place C & Michon H (2015) Gefocust op werk en toch een brede blik; Een kwalitatieve evaluatie van een arbeidsrehabilitatieprogramma voor werknemers met autisme. *Tijdschrift voor Participatie en Herstel* 24 (2) 35-42.

Place C, Hulsbosch L & H Michon (2014a) *Factsheet Panel Psychisch Gezien*. Utrecht: Trimbos-instituut

Place C, Michon H, Hulsbosch L & H Kroon (2014b). Panel Psychisch Gezien; Mensen met aanhoudende psychische aandoeningen in beeld. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 69 (6) 35-42.

Projectgroep plan van aanpak (2014). *Over de brug; Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.

Samen sterk tegen stigma. <http://www.samensterkzonderstigma.nl>

Schuring M, Reeuwijk K, Reijenga FA & A. Burdorf (2015) *Monitor Voorbeeldprojecten voor arbeidstoeliding van mensen met grote afstand tot de arbeidsmarkt en gezondheidsproblemen; eindrapportage Fase 1*. Rotterdam: Erasmus Universitair Medisch Centrum.

Swildens W, Busschbach JTv, Michon H, Kroon H, Koeter M, Wiersma D & Os Jv (2011) Effectively Working on Rehabilitation Goals: 24-month outcome of a Randomized Controlled Trial of the Boston Psychiatric Rehabilitation approach. *Canadian Journal of Psychiatry* 56 (12) 751-60.

Weeghel Jv (2005) Maatschappelijke acceptatie van mensen met psychische beperkingen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 60, 378-394.

Weeghel, J. van, D. Bruinvels, D. van Duin, N. van Erp, M. Hermens, A. Huson, D. Kamstra, M. Lansen, H. Michon, M. den Ouden, N. van der Plas, J. Vuik, M. van Wezep, Y. van Woerkom (2013). *Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij.

Bijlage Geraadpleegde experts

Mw. M.		Ammeraal	Stafmedewerker GGZ / ergotherapeut
dhr. R.		Bijl	Consultant re-integratie, bedrijfsadviseur
Mw. M.	de	Boer	deskundige opleidingen; herstel
Mw. S.	van	Ede	Beleidsonderzoeker
dhr. E.	van	Eerden	manager / job coach
mw. N.	van	Erp	Onderzoeker
dhr. B.		Hagen	Beleidsadviseur
Mw. A.		Holwerda	Onderzoeker
Mw. A.		Huson	Ervaringsdeskundige / onderzoeker
Mw. A.	de	Jong	Psycholoog NIP
Mw. M.		Klompé	Arbeidsdeskundige
Dhr. M.		Kole	Ervaringsdeskundige / beleidsmedewerker
Dhr. L.		Korevaar	Lector Rehabilitatie
Dhr. G.	van	Maurik	manager arbeid dagbesteding
mw. E.		Otto	Expert / docent IPS
Dhr. T.	de	Regt	Werkgever
Mw. F.		Reijenga	Onderzoeker
Mw. F.		Schaafsma	Onderzoeker / bedrijfsarts
Mw. M.		Schmied	Manager GGZ / IPS
Mw. M.		Schuring	Onderzoeker
Dhr. P.		Smit	Business adviseur / Staf UWV
mw. J. M. T.		Taabe	Arbeidsdeskundige / manager Arbeidsrehabilitatie
Dhr. T.		Verspoor	Manager herstel / ervaringsdeskundige
Dhr. G.	de	Vries	Manager arbeidsrehabilitatie
Mw. M.		Vukadin	Verzekeringsgeneeskundige
Dhr. J.	van	Weeghel	Professor rehabilitatie
dhr. J.	van	Zuthem	Directeur RIBW / expert participatie EPA

