

Wetenschappelijke achtergrond: de stand van zaken

Helma Cissen-van Heugten, klinisch psycholoog, SGGZ Reinier van Arkel; Talita van Leeuwen, arts i.o. tot verzekeringsarts UWV; Jolanda van Rijssen senior onderzoeker UWV; Eric Groenendaal, arbeidsdeskundige UWV; Peter van de Pol, adviseur verzekeringsarts UWV; Pim Peeters, Fontys Hogescholen; Lianne Stevens, GZ-psycholoog SGGZ Reinier van Arkel; Paul van der Heijden, klinisch psycholoog, SGGZ Reinier van Arkel; Suzanne Lagerveld, arbeid en organisatiepsycholoog, senior onderzoeker; Koen Westen, docent en senior onderzoeker, Reinier van Arkel/Avans Hogeschool.

Achtergrond

Werk maakt vaak een groot deel van ons leven uit en is een belangrijke factor in het ervaren gevoel van welzijn. Betaald werk blijkt gunstig te zijn voor de gezondheid, geeft een betere kwaliteit van leven en kan zelfs een therapeutisch effect hebben voor mensen met psychische klachten (Frederick & Van der Weele, 2019). Factoren die hieraan bijdragen, zijn een toegenomen gevoel van autonomie, toename van coping vaardigheden, een betere sociale status, kansen voor persoonlijke ontwikkeling en tevens vermindering van depressie- en angstsymptomen. Omgekeerd kan de aanwezigheid van psychische klachten een belemmerende factor zijn voor optimale arbeidsparticipatie, met name voor uitkeringsgerechtigden (Carlier et al., 2014).

Ongeveer twintig procent van de werkende populatie heeft matig tot ernstige psychische klachten (Arends, 2015). Psychische aandoeningen hebben grote consequenties voor het individu en de maatschappij (Björk Brämberg et al., 2021). Het kan leiden tot isolatie, stigmatisering en ziekteverzuim. Verminderde arbeidsparticipatie, in de vorm van werkloosheid, ziekteverzuim of arbeidsongeschiktheid, brengt naast individueel leed hoge maatschappelijke kosten met zich mee (Layard, 2017).

Uit gegevens van UWV (Berendsen et al., 2021) blijkt dat van het aantal mensen met een uitkering het aandeel mensen met een psychische aandoening gemiddeld ruim veertig procent is. De mogelijkheden om te werken in loondienst zijn voor deze groep beperkt. Dit geldt zowel voor mensen met een volledige, als een gedeeltelijke uitkering. Er blijkt een grotere correlatie tussen het oordeel over het sociaal-maatschappelijk participeren en gezondheid bij mensen zonder werk en arbeidsongeschikten dan bij werkenden en gepensioneerden. Mensen die een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen beoordelen hun gezondheid beter naarmate zij onder andere hun sociaal-maatschappelijke participatie en kwaliteit van leven beter beoordelen (Kasper, 2019). Dat maakt het belangrijk om tijdens een behandeling ondersteuning bij re-integratie naar werk aan te bieden, naast de focus op de vermindering van psychische symptomen.

Een werkgerichte behandelaanpak.

In Denemarken is uit onderzoek gebleken dat het inzetten van een werkgerichte behandelaanpak naast reguliere behandeling een goed effect heeft op werkhervatting (Poulsen et al., 2017). Er zijn aanwijzingen dat werkgerichte cognitieve gedragstherapie (W-CGT) bij mensen met lichte stemmings- en angstklachten de werkhervatting bevordert (Lagerveld et al., 2012). Het W-CGT-behandelprotocol (Lagerveld & Blonk 2012) is in eerste instantie gericht op mensen met milde stemmings- en angstklachten in de basis ggz en is nu herschreven voor de uitkeringsgerechtigde groep cliënten met ernstigere klachten in de specialistische ggz door

onder meer het toevoegen van een re-integratietraject (Lagerveld & Cissen 2015). Het protocol werkgerichte cognitieve gedragstherapie voor mensen zonder werk met psychische klachten geeft concrete handvatten om werkgerichte (cognitieve gedrags-)therapie te geven aan mensen zonder werk met psychische klachten. Kenmerkend voor het protocol is dat in de behandeling op twee fronten tegelijkertijd wordt gewerkt: klachtenreductie én re-integratie. Werken (of op een andere manier maatschappelijk participeren) wordt tijdens de behandeling ingezet als middel tot het herstel van cliënten. Door het opdoen van ervaringen in de praktijk die meegenomen kunnen worden binnen het behandeltraject, kunnen cliënten door het bevorderen van hun self-efficacy ofwel competentiebeleving, weer gaan vertrouwen op hun mogelijkheden.

Van Beurden et al. (2017) geven aan dat in de uitvoering van een werkgerichte behandelaanpak samenwerking tussen professionals uit de ggz en vanuit UWV van belang is. Door nauwe samenwerking kan de expertise van beide groepen professionals gecombineerd worden: die van ggz-professionals met kennis op het gebied van de mogelijkheden en klachten van de cliënt en die van UWV-professionals met kennis op het gebied van regelgeving, voorwaarden voor werk en werkomgeving en begeleiding naar werk. UWV heeft voor de uitvoering hiervan tevens de ondersteuning gezocht van twee externe reïntegratiebedrijven. De nauwe samenwerking van de verschillende disciplines vanuit de verschillende organisaties is de kracht van de Werkgerichte Geïntegreerde Behandelaanpak (WGB) zoals uitgevoerd in de regio 's-Hertogenbosch. In de regio wordt gebruik gemaakt van bestaande organisatorische structuren en is veel geïnvesteerd in de samenwerking.

Ontwikkeling van de WGB in regio 's-Hertogenbosch

In 2012 ondertekenden UWV en GGZ Nederland een convenant om de arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen te bevorderen. In de regio 's-Hertogenbosch zochten de specialistische ggz-instelling Reinier van Arkel en UWV kantoor 's-Hertogenbosch elkaar op om hun gezamenlijke cliënten te ondersteunen bij het bevorderen van participatie in werk. In eerste instantie werd geïnvesteerd in het wegnemen van onbekendheid en vooroordelen door met elkaar in gesprek te gaan. Een positieve samenwerking ontstond, omdat iedereen op de hoogte raakte van relevante wet- en regelgeving, elkaar ontmoette en elkaar leerde kennen.

De WGB werd ontwikkeld door Reinier van Arkel en UWV 's-Hertogenbosch in samenwerking met twee re-integratiebedrijven (PM Arbeid en Jobsolutions). Het is een re-integratiemethode voor mensen met veel voorkomende psychische stoornissen (common mental disorders; CMD; Wieman, 2020) en wordt sinds 2016 aangeboden (destijds genaamd 'Sneller herstel door samenwerking tussen Gespecialiseerde GGZ en UWV'). WGB is bedoeld voor cliënten met matig tot ernstige psychische aandoeningen, met een zorgindicatie voor specialistische behandeling in één van de specialistische behandelteams, die daarnaast een uitkering bij UWV 's-Hertogenbosch hebben. Binnen de WGB wordt voor de behandeling werkgerichte cognitieve gedragstherapie (W-CGT) als uitgangspunt genomen. Uiteraard kan in andere regio's samen gewerkt worden met een lokale UWV-partner.

Voordat er werd gewerkt met de WGB, waren werkgerichte behandelvormen binnen de specialistische behandelteams nog onderbelicht (Cissen et al., 2019). De tendens was om eerst de individuele psychische problematiek te behandelen en dan pas de focus te leggen op re-integratie in werk. Enkel de langdurige zorg van de instelling kende vormen van dagbesteding of beschut werk. Dit terwijl bekend is dat terugkeer naar werk moeilijker wordt naarmate men een grotere afstand heeft tot de arbeidsmarkt. Reinier van Arkel heeft inmiddels een

cultuuromslag doorgemaakt, waarbij nu vanuit de herstelvisie gewerkt wordt. Dit betekent dat naast herstel van symptomen (symptomatisch herstel), de behandeling zich ook richt op dagelijks functioneren en sociaal maatschappelijk participeren (maatschappelijk herstel) en op kwaliteit van leven en zingeving (persoonlijk herstel) analoog aan de bredere visie op gezondheid volgens het concept van Positieve Gezondheid (Huber, 2013). Voorop staat dat cliënten leren omgaan met hun kwetsbaarheid en hun leven naar wens kunnen vormgeven, waarbij werk een belangrijk onderdeel is.

Vanaf de start van de behandeling wordt gesproken over werk en er is een tijdspad waarin UWV en de re-integratiebedrijven betrokken worden. Betrokken professionals volgen een trainingsdag WGB en betrokken behandelaren hebben ten minste de basis cursus Cognitieve Gedragstherapie gevolgd. Het WGB-protocol (Lagerveld & Cissen 2015) schrijft nauwe samenwerking voor tussen de behandelaren, de (verzekerings)arts en arbeidsdeskundige van UWV en coaches van twee externe re-integratiebedrijven. Deze sector-overstijgende samenwerking is één van de kenmerken van netwerkpsychiatrie (Mulder, van Weeghel & Delespaul, 2020). Interessant in deze is dat het tot op heden niet eerder is vertoond om in de ggz een sector-overstijgende netwerksamenwerking, rondom individuele casuïstiek, als gesloten proces- of ketenoplossing vast te leggen in een protocol.

Praktische uitwerking WGB

De start van een WGB-traject bestaat uit het voeren van een intakegesprek, het stellen van een indicatie en het opstellen van behandeldoelen. Hierbij wordt in nauw overleg met de cliënt gekeken naar de geschiktheid en motivatie van cliënt om hieraan deel te nemen. De geschiktheid voor deelname wordt onder andere bepaald of een cliënt binnen een jaar in principe weer in staat is tot re-integratie in een reguliere baan. Met het ondertekenen van een dubbelloopsmachtiging, waarbij medische informatie uitgewisseld mag worden tussen de ggz-instelling en UWV, wordt cliënt aangemeld bij UWV. De cliënt wordt uitgenodigd voor een gesprek bij de arts en de arbeidsdeskundige van UWV als voldaan is aan de inclusiecriteria (onder andere het hebben van een ZW-, WIA- of Wajong-uitkering en wonend in de betreffende UWV-regio). De voorwaarden voor werk, voor de werkomgeving en eventuele aandachtspunten voor re-integratie worden door de arts in kaart gebracht en de arbeidsdeskundige gaat vervolgens in op het arbeidsverleden, opleidingen, wensen ten aanzien van arbeid en de werkgerichte doelen. Dit wordt vastgelegd in een plan van aanpak. Hierna gaat het traject van twaalf maanden van start.

Als het traject van start kan, wordt de cliënt aangemeld bij één van de re-integratiebedrijven en wordt het plan van aanpak gedeeld met cliënt, behandelaar en re-integratiecoach. Het plan dient als basis voor het re-integratieplan opgesteld door de re-integratiecoach samen met de cliënt. De behandelaar stelt samen met de cliënt naast de reguliere therapiedoelen, ook werkgerichte doelen op in het behandelplan. Het re-integratieplan en behandelplan vormen de basis voor het integrale behandel- en re-integratieplan. Zo heeft iedere partner in het WGB-protocol voldaan aan de procedurele eisen van de organisatie en worden er geen (medische) gegevens onrechtmatig gedeeld. Het integrale behandel- en re-integratieplan wordt in een vier-gesprek, met cliënt, behandelaar, arbeidsdeskundige en re-integratiecoach besproken.

Gedurende het traject vindt er gemiddeld elke drie weken contact plaats tussen de behandelaar en de coach over de voortgang van het traject. Indien nodig vindt tussentijds overleg plaats met betrokkenen. Elke zes weken vindt er een casuïstiekbepreking plaats, waarin UWV-arts, arbeidsdeskundige, re-integratiecoaches en ggz-behandelaren vertegenwoordigd zijn. Na

twalf maanden volgt een afsluitend 4-gesprek, waarbij het traject en de behaalde doelen geëvalueerd worden.

Resultaten

De WGB is in 2016 van start gegaan binnen het team ‘Angst- en stemmingsproblematiek’ van Reinier van Arkel. Een eerste onderzoek door Cissen et al. (2019) liet zien dat de mate van participatie is verbeterd voor bijna alle deelnemers. Van de eerste groep van vijftien cliënten, sloten twee cliënten hun traject af met een arbeidscontract en bij nog eens acht cliënten was er sprake van een verbetering in participatie in de vorm van een werkervaringsplek (Cissen et al., 2019). Uit deze eerste onderzoeksresultaten lijken er aanwijzingen te zijn dat de WGB leidt tot een versnelling in participatie bij een gelijkblijvend herstel van klachten bij cliënten met angst- en/of depressieve stoornissen die een UWV-uitkering hebben. De focus op werk biedt extra ondersteuning en een meer genuanceerde kijk op de mogelijkheden en beperkingen van cliënten. De verwachting is dat hierdoor passender hulp aangeboden kan worden, wat kan leiden tot een structureler herstel van klachten. Door behandeling werkgericht te maken en samen te werken met UWV als belangrijke ketenpartner werd de participatie van cliënten bevorderd.

Inmiddels is het traject geïmplementeerd bij alle ambulante specialistische teams van Reinier van Arkel. Ongeveer 25 procent van de ruim 100 deelnemers die het traject volledig afgerond hebben, heeft gedurende dit traject van een jaar een baan gevonden en nog eens de helft een werkervaringsplek. Dat zijn veelbelovende resultaten. Uit onderzoek (Lagerveld et al. 2012) weten we dat herstel van klachten niet automatisch herstel van het bredere sociale functioneren betekent, waaronder re-integratie in werk. Het gaat hier om cliënten die zonder deze aanpak meest waarschijnlijk een grotere afstand tot de arbeidsmarkt zouden hebben gehouden.

Ontwikkelingen

Het eerste onderzoek naar de WGB liet veelbelovende resultaten zien. De opzet en het aantal deelnemers was echter beperkt. De uitkomsten hebben wel aanleiding gegeven tot een groter onderzoek naar de implementatie en ervaren veranderingen op cliëntniveau van de WGB. In deze longitudinale studie wordt beoogd te onderzoeken wat de veranderingen zijn ten aanzien van kwaliteit van leven en stappen die worden genomen op de participatieladder, alsmede de invloed van self-efficacy daarop, gedurende het WGB-traject tot een half jaar nadien. Daarnaast wordt in dit onderzoek gekeken of de betrokken hulpverleners van Reinier van Arkel, UWV en re-integratiebureaus de WGB modelgetrouw toepassen.

Om te kunnen toetsen of de WGB modelgetrouw wordt toegepast, is een vertaling gemaakt van (de kernelementen van) het WGB-protocol naar een modelgetrouwheidsschaal. Een modelgetrouwheidsschaal vormt een meetlat om vast te stellen wat de mate van modelgetrouwheid is (Westen, Kroon, & Delespaul, 2020; Mowbray et al., 2003). Modeltrouw draagt bij aan gunstige uitkomsten en effectiviteit van de aanpak (McGrew et al., 1994; Nugter et al., 2016). Met het oog op zo optimaal mogelijke resultaten voor cliënten, wordt er inmiddels door alle betrokkenen gewerkt aan de hand van de modelgetrouwheidsschaal. De ontwikkeling van de modelgetrouwheidsschaal WGB bij psychische klachten wordt beschreven in het artikel van Van Leeuwen et al. (ter publicatie aangeboden).

Met het toepassen van de modelgetrouwheidsschaal in de dagelijkse praktijk is het mogelijk systematisch te werken in de hele WGB-keten en met de uitkomsten van een evaluatie met de schaal de kwaliteit van de uitvoering te verbeteren. Door de uitkomsten van evaluaties met de modelgetrouwheidsschaal in het onderzoek te vergelijken met de vorderingen van cliënten op het gebied van onder andere participatie, ervaren kwaliteit van leven en self-efficacy, is het mogelijk om uitspraken te doen over de mate waarin de WGB bij draagt aan behandelresultaten. Dit zal de kwaliteit van de aanpak ten goede komen, bijdragen aan betere resultaten voor cliënten en de samenwerking tussen GGZ, UWV en andere ketenpartners bevorderen.

De samenwerking heeft geleid tot het nationale Platform WGB. In het Platform WGB dragen betrokken organisaties zorg voor kennisdeling, deskundigheidsbevordering en het bevorderen van zorgvuldige implementatie van de WGB om de kwaliteit te bewaken en te verbeteren (waarvoor de modelgetrouwheidsschaal is ontwikkeld) en daarmee het herstelproces van de cliënt met psychische aandoeningen te ondersteunen. Inspirerende thema's krijgen in het platform de ruimte om te ontwikkelen en nieuwe organisaties of partijen kunnen laagdrempelig aanhaken. Zo wordt er gedacht over het opstarten van gesprekken met medewerkers van gemeenten om de rol van, nu UWV in het protocol, vanuit de participatiewet op zich te nemen. Onderzoek, implementatie en samenwerking in het netwerk blijven zo de aanjagers van kwaliteitsverbetering.

BOX IPS en WGB

Voor mensen met een (zorg)indicatie Ernstige Psychische Aandoeningen (EPA; Delespaul, 2013) bestaat de evidence-based methode Individuele Plaatsing en Steun (IPS) ter bevordering van de re-integratie naar werk en scholing (Becker & Drake, 1994). Het is een bewezen effectief model als ondersteuning bij het verkrijgen en behouden van regulier betaald werk (Van Weeghel & Michon, 2018). IPS hanteert geen exclusiecriteria (zodat alle uitkeringsgerechtigden hiervoor in aanmerking komen), een integrale aanpak en werkt vanuit het principe om cliënten zo snel mogelijk te plaatsen om daarna passende vaardigheden te trainen. De WGB kent heldere inclusiecriteria, een gesloten ketenaanpak en stuurt niet direct op het principe van 'first place, then train'. Een heldere modelbeschrijving, de aanwezigheid van een modelgetrouwheidschaal en de goede resultaten hebben ertoe geleid dat IPS uitgebreid geïmplementeerd is in Nederland en is opgenomen in de richtlijnen. Het lijkt steeds aannemelijker dat het modelgetrouw uitvoeren van het gehele model samenhangt met het behalen van de best mogelijke resultaten (Van Weeghel et al., 2013). Sinds 2019 wordt IPS ook ingezet voor mensen met CMD, al is de toegevoegde waarde daarvan nog niet bewezen (Van Weeghel & Michon, 2018; Hellström et al., 2017).

BOX De rol van de re-integratiecoach bij de werkgerichte behandelaanpak

Wanneer een deelnemer bij ons wordt aangemeld voor een re-integratietraject in het kader van de werkgerichte behandelaanpak, krijgen we met iemand te maken waarbij de psychische aandoening langere tijd centraal heeft gestaan. De keuze voor deelname is door de deelnemer zelf gemaakt, de stap en focus naar het thema werk blijven desalniettemin spannend.

Tijdens een viergesprek met deelnemer, behandelaar, (vaste) contactpersoon UWV en re-integratiecoach leggen we de basis van onze samenwerking en korte lijnen. We kennen elkaar nu, kunnen elkaar snel bereiken en leggen doelen en taakverdeling vast. Voor een deelnemer wordt het ook duidelijk bij wie hij voor wat terecht kan.

Kernactiviteit is om in een werksetting aan werkgerichte behandeldoelen te werken, als coach gaan we (mee) op zoek naar een passende plek en fungeren als jobcoach gedurende die periode. Als voorbereiding zetten we activiteiten in die gericht zijn op loopbaanoriëntatie en re-integratie. Het ontwikkelen van zelfvertrouwen, eigen regie en perspectief zijn daarin belangrijke elementen, zoals in veel reguliere re-integratietrajecten. Wat we in deze trajecten zeker merken is dat de verschillende werkvormen tijdens het re-integratiegedeelte het nodige losmaken, zeker wanneer het gaat over de persoonlijke behoeftes in werk of pijn vanuit eerdere werksituaties. Vaak sluiten deze aan bij thema's die ook in de behandeling aandacht krijgen of hierdoor gaan krijgen. Hierdoor versterken behandeling en re-integratie elkaar.

De vertaalslag naar concrete, realistische kansen vanuit onze arbeidsmarktexpertise, geeft een deelnemer vaak de geruststelling dat er perspectief is en dat hij meer is dan zijn aandoening. Het is zaak samen op zoek te gaan naar een veilige werkomgeving waarin een deelnemer ander gedrag kan oefenen en nieuwe vaardigheden kan aanleren.

Presenteren en -vooral- profileren is over het algemeen spannend voor een deelnemer.

Specifiek nemen we in deze trajecten mee dat een deelnemer kan verwoorden wat hij zelf zoekt, verwacht en nodig heeft in een organisatie. Een ander onderdeel is ook altijd het trainen van de presentatie van arbeidsbeperkingen in zowel kennismaking met werkgever als in een later stadium richting collega's. Inschakeling van de behandelaar hierbij is altijd mogelijk om bijvoorbeeld de werkgever verdere uitleg te geven.

Voor een deelnemer brengt een werkervaringsplaats regelmatig oude angsten en/of mechanismen op gang. In coaching en behandeling spelen we hier meteen op in, de deelnemer komt ook zelf met zaken waar hij tegenaan loopt. Op deze manier houden we een deelnemer op de rit en krijgt hij er meer vertrouwen in dat hij werken weer aankan en werken weer leuk kan zijn.

We houden de behandelaar op de hoogte van de ontwikkelingen in het traject en geven daarbij ook aan wat ons opvalt tijdens de begeleiding en in het gedrag van deelnemer. Hierdoor kan een behandelaar snel inspringen op ontwikkelingen. Soms zijn er discrepanties tussen wat een deelnemer en wat de coach ervaart, dan kan een gesprek met de behandelaar erbij meer inzichten geven. Maar ook wanneer we signalen opvangen die ons zorgen baren, is dat een reden om onderling contact te zoeken: angsten die opspelen, gedragsveranderingen, bepaalde uitspraken, verlies van energie, manier van communiceren of het omgaan met afspraken. Een deel van de trajecten mondt al uit in een betaalde baan. In deze gevallen stellen we in een eindgesprek met alle partijen een signaleringsplan op wat gericht is op het voorkomen van terugval en bepalen hoe de verdere begeleiding er uit kan zien.

Door deze samenwerking spreken we steeds meer elkaars taal en leren we veel van elkaar. Dit alles helpt zeker mee om succesvolle resultaten te behalen.

Margot Schilders

Senior Job Creator en Geregistreerd Loopbaanprofessional
Job Solutions

Literatuurlijst

Arends, I. (2015). Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work. In *Fit Mind, n it Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*. OECD/ODCE.

Berendsen, E., Van Deursen, C., Dumhs, L., Stoutjesdijk, M (2021). UWV Monitor Arbeidsparticipatie Arbeidsbeperkten 2020. UWV Directie Strategie, Beleid en Kenniscentrum.

Björk Brämberg, E., Arapovic-Johansson, B., Bültmann, U., Svedberg, P., & Bergström, G. (2021). Prevention of sick leave at the workplace: design of a cluster-randomized controlled trial of a problem-solving intervention among employees with common mental disorders. *BMC public health*, 21(1), 1-13.

Carlier, B. E., Schuring, M., Van Lenthe, F. J., & Burdorf, A. (2014). Influence of health on job-search behavior and re-employment: the role of job-search cognitions and coping resources. *Journal of occupational rehabilitation*, 24(4), 670-679.

Cissen-van Heugten WHJM, Heijden van der PT, Slaats I, Lagerveld SE. Sneller herstel van arbeidsparticipatie bij samenwerking van specialistische ggz en UWV; een pilotstudie. *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61 : 326-334.

Frederick, D. E., & Van derWeele, T. J. (2019). Supported employment: meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. *PloS one*, 14(2), e0212208.

Huber, M. (2013). Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(3), 133-134.

Kasper, H. (2019). Arbeidsmarktpositie en gezondheid. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 35(1).

Lagerveld, S.E. & Cissen, W.H.J.M. (2015). Werkgerichte Cognitieve Gedragstherapie voor mensen zonder werk met psychische klachten. Een protocol voor behandeling door GGZ therapeut in samenwerking met UWV. Zinziz, Utrecht.

Lagerveld SE, Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Wijgaards-Meij L, Schaufeli WB. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *J Occup Health Psychol* 2012; 17: 220-34.

Layard R. The economics of mental health. With modern psychological therapy, mentally ill people can become more productive and more satisfied with life. *IZA World of Labor* 2017; doi: 10.15185/

Van Leeuwen, T., Van Rijssen, J., Cissen-van Heugten, H., Peeters, P. Westen, K. (2022). Modelgetrouwheidsschaal Werkgerichte Geïntegreerde Behandelaanpak bij psychische klachten. Ter publicatie aangeboden.

McGrew, J. H., Bond, G. R., Dietzen, L., & Salyers, M. (1994). Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 670-678.

Mowbray, T., Holter, C., Teague, G.B., Bybee, D. (2003). Fidelity criteria: development, measurement, and validation. *American Journal of Evaluation*, 24, 315-340.

Mulder, N., Van Weeghel, J. & Delespaul, P. (2020). Netwerkpsychiatrie voor herstel en gezondheid. In N. Mulder, J. van Weeghel, P. Delespaul, F. Bovenberg, B. Berkvens, E. Leemans, H. Kroon, T. van Mierlo & G. Kienhorst (Eds.), *Netwerkpsychiatrie: Samenwerken aan herstel en Gezondheid* (pp. 35-59). Boom uitgevers Amsterdam BV.

Nugter, M. A., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, R., & van Veldhuizen, R. (2016). Outcomes of FLEXIBLE assertive community treatment (FACT) implementation: a prospective real life study. *Community mental health journal*, 52(8), 898-907.

Poulsen, R., Fisker, J., Hoff, A., Hjorthøj, C., & Epløv, L. F. (2017). Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of exhaustion disorder, adjustment disorder, and distress (the Danish IBBIS trial): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 1-15.

Van Beurden, K. M., Brouwers, E. P., Joosen, M. C., de Boer, M. R., van Weeghel, J., Terluin, B., & van der Klink, J. J. (2017). Effectiveness of an intervention to enhance occupational physicians' guideline adherence on sickness absence duration in workers with common mental disorders: a cluster-randomized controlled trial. *Journal of occupational rehabilitation*, 27(4), 559-567.

Westen, K., Kroon H. & Delespaul, P. (2020) 5. Kwaliteit van zorg. In Mulder, N., Weeghel, J. van, Delespaul, P., Bovenberg, F., Berkens, B., Leeman, E., Kroon, H., Mierlo, T. van & Kienhorst, G. (Reds.), *Netwerkpsychiatrie. Samenwerken aan herstel en gezondheid* (pp. 127-139). Boom de Tijdstroom.

Wieman, D. (2020). Werkgerichte behandelaanpak SGGZ-instelling Reinier van Arkel: Werk draagt bij aan herstel. *advisee*, 42(5), 10-13.