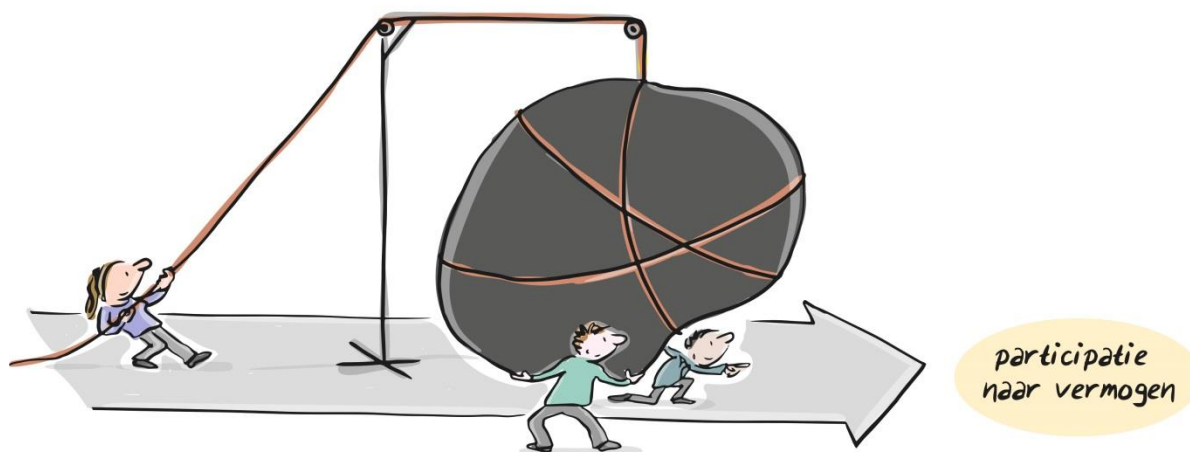


SNELLER HERSTEL DOOR SAMENWERKING TUSSEN GGZ EN UWV ADVIESRAPPORT MEI 2017



Dit adviesrapport gaat over de vraag of de ontwikkeling en implementatie van een geïntegreerde behandelaanpak van meerwaarde is voor een sneller en duurzamer herstel van cliënten. Deze behandelaanpak is gebaseerd op werkgerichte cognitieve gedragstherapie en wordt in een pilot getoetst op effectiviteit binnen het zorgprogramma angst- en depressieve stoornissen van Ambulante Specialistische Behandelingen (ASB) binnen de Resultaat Verantwoordelijke Eenheid (RVE) van Reinier van Arkel, Specialistische Geestelijke Gezondheidszorg (SGGZ).

Projectleider: Helma Cissen, in het kader van de opleiding van GZ-psycholoog tot specialist. KP14. RINO Zuid.

Docenten: Gieke Buur / Paul Trommelen

Supervisors: Gerton Heyne voormalig voorzitter Raad van Bestuur, betrokken bij de ontwikkelfase.

Pines Nuku, klinisch psycholoog Reinier van Arkel, betrokken bij de implementatiefase.

Opdrachtgever: Marie-Louise van der Kruis, lid Raad van Bestuur Reinier van Arkel,

Praktijkopleider: Paul van der Heijden

Projectteam:

Suzanne Lagerveld, senior onderzoeker/trainer bij ZINZIZ en de HVA

Henriëtte Oomen, teammanager, Reinier van Arkel

Peter van de Pol, adviseur verzekeringsarts UWV Den Bosch

Eric Groenendaal, arbeidsdeskundige UWV Den Bosch

Nadine de Voogd, wetenschappelijk medewerker Reinier van Arkel

Iefke Slaats, basispsycholoog Reinier van Arkel

Walther van Lankveld, lid cliëntenraad

SGGZ Behandelteam:

Team angst- en depressieve stoornissen: Karen de Waele, Ingrid van Vught, Denise Verhoeven, Annemiek van de Brand, Kees Vringer, Maria Ploegmakers, Karima Saoui

Re-integratiebureaus:

Job Solution: Taner Karaaslan, Margot Schilders

P&M Arbeidsre-integratie: Liesje Martens, Ellen Polak, Kitty Helgering, Miranda Michielsen

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Dankwoord	5
1. Aanleiding en probleemstelling	6
2. Doel- en vraagstelling	7
3. Theoretisch kader	8
4. Aanpak	9
5. Resultaten	11
6. Conclusie	12
7. Discussie	13
8. Aanbevelingen	14
9. Literatuur	15
10. Bijlagen	17

Samenvatting

Het hebben van werk heeft grote invloed op de psychische gezondheid van mensen. In 2012 hebben UWV en GGZ een convenant gesloten met als doelstelling de arbeidsdeelname van mensen met een psychische aandoening te bevorderen. Het streven van de overheid is dat iedereen in Nederland meedoet, bij voorkeur door het verrichten van betaalde arbeid. SGGZ Reinier van Arkel erkent dat er binnen de behandelteams nog niet altijd voldoende aandacht is voor participatie en dat er slechts een beperkt samenwerking met het UWV is. Behandelaren richten zich nog te vaak exclusief op de stoornis van de cliënt. Vanuit het besef dat er een taak ligt om arbeid en participatie een duidelijke plaats te geven binnen de geboden zorgtrajecten wordt een ge-integreerd behandel- en re-integratietraject ontwikkeld. Deelnemers aan de pilot worden behandeld middels werkgerichte cognitieve gedragstherapie door een GGZ-behandelaar en parallel daaraan begeleid door een re-integratiecoach. Dit behandeltraject wordt getoetst in een pilot van 15 cliënten. De versnelling van participatie in werk tijdens de behandeling voor de angst- en of depressieve stoornis wordt aangetoond. Voor acht cliënten leidt dit al tijdens hun behandeltraject binnen de SGGZ tot een werkervaringsplaats en voor twee cliënten zelfs tot een betaalde baan. Er wordt door UWV en GGZ een verbetering gezien in de diagnostiek van de klachten/beperkingen in werk, waardoor hulp meer passend aangeboden kan worden, wat kan leiden tot een structureler herstel van klachten. De GGZ behandelaren raken door, hun actieve betrokkenheid binnen het gehele project, de constructieve samenwerking met het UWV en betrokken re-integratiebureaus en de positieve resultaten voor cliënten, intrinsiek gemotiveerd. Dit leidt ertoe dat ook binnen de overige behandelingen werk meer in het vizier komt bij de behandelaren. De overtuiging dat samenwerking tussen partijen ten behoeve van participatie effectief is, wordt door de behandelaren steeds meer doorgegeven aan hun cliënten. Het UWV is verantwoordelijk voor de vaststelling van een uitkering, hetgeen een spanningsveld blijft. Desalniettemin hebben de behandelaren ervaren dat de collega's van het UWV graag samenwerken aan een gemeenschappelijke doelstelling en niet zwart-wit of negatief zijn. Weer meetellen en meedoen in de maatschappij wordt steeds meer gezien als een belangrijk doel van de behandeling. Daarmee krijgt aandacht voor re-integratie steeds meer een plaats vanaf de start van de zorgtrajecten binnen het zorgprogramma angst- en depressieve stoornissen van Reinier van Arkel.

1. Aanleiding en probleemstelling

Het hebben van werk heeft grote invloed op de psychische gezondheid van mensen: wie werk heeft is gelukkiger en meer tevreden over zijn leven. In 2012 hebben het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) en GGZ Nederland (de koepelvereniging van instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg en verslavingszorg) een convenant gesloten met als doelstelling de arbeidsdeelname van mensen met een psychische aandoening te bevorderen.

Bij het UWV is het accent verschoven van het beoordelen wat een cliënt niet kan, naar het beoordelen wat een cliënt aan benutbare mogelijkheden voor werk heeft. Het UWV richt zich op participatie met als doel betaald werken (naar vermogen). GGZ-instellingen verleggen hun focus steeds meer naar herstelondersteuning in die zin dat mensen de draad van hun leven weer kunnen oppakken en zelf de regie nemen. Dit doen zij door tijdens de behandeling aandacht te besteden aan sociale en maatschappelijke participatie, waaronder werk (Cissen, 2013; Lagerveld en collega's, 2012). Cliënten hebben gelijktijdig met GGZ en UWV te maken en daardoor met zowel een behandelplan als met een re-integratieplan.

Het is van belang dat begeleiding/behandeling bij psychische klachten ook effectief is met betrekking tot het voorkomen van werkuitval evenals het verwerven en behouden van werk. Het streven van de overheid is dat iedereen in Nederland meedoet, bij voorkeur door het verrichten van betaalde arbeid. Er dient dan ook van begin af aan aandacht te zijn voor arbeid en participatie (Van Weeghel, 2010; Cissen, 2013). Bovenstaande betekent voor instellingen binnen de GGZ dat er voor hen een taak ligt om arbeid en participatie een duidelijke plaats te geven binnen de geboden zorgtrajecten.

Reinier van Arkel is een instelling voor Specialistische GGZ. In haar visie komt tot uitdrukking dat de instelling zich vanuit verbindende kracht sterk maakt door samenwerking met relevante ketenpartners. Tegelijkertijd erkent Reinier van Arkel dat er binnen de behandelteams op dit moment nog niet altijd voldoende aandacht is voor participatie. Er is eveneens slechts een beperkte samenwerking met het UWV. Behandelaren richten zich nog te vaak exclusief op de stoornis van de cliënt.

Er is binnen de instelling nog geen strategie vastgesteld hoe de aandacht voor participatie verder verbreed en effectief vormgegeven kan worden.

2. Doel- en vraagstelling

2.1. Ontwikkeling van een gecombineerd behandel- en re-integratietraject.

Het hoofddoel van het project is om concreet handen en voeten te geven aan de beoogde samenwerking tussen beide organisaties. Dit door:

- de ontwikkeling van een gecombineerd behandel- en re-integratietraject.
- de ontwikkeling van een practice-based geïntegreerde aanpak van behandelplan/ re-integratie plan.

De samenwerking tussen GGZ en UWV moet gaan leiden tot een protocollair vastgelegde aanpak om modelgetrouwe implementatie binnen andere teams van Reinier van Arkel mogelijk te maken.

Participatie wordt dus meer een onderdeel van behandeling wat blijkt uit:

- a) een geïntegreerde aanpak vergezeld van een bijbehorende scholing voor UWV en GGZ-behandelaren
- b) een nauwere samenwerking tussen UWV (en reïntegratiebedrijven) en GGZ waarbij cliënten actief betrokken worden.

2.2. Het toetsen van de geïntegreerde aanpak in een pilot.

De te ontwikkelen methodiek beoogt een bijdrage te leveren aan een sneller herstel en verbeterde participatie bij cliënten. Dit door meer aandacht voor de combinatie van behandeling en participatie naar werk bij behandelaren. Vanuit die doelstellingen zijn de volgende **onderzoeksvragen** van belang:

1. Leidt een geïntegreerde aanpak tot sneller herstel van klachten bij cliënten met een uitkering bij het UWV en angst- en/of depressieve stoornissen?
2. Leidt een geïntegreerde aanpak tot verbetering van participatie bij cliënten met een uitkering bij het UWV en angst- en/of depressieve stoornissen?
3. Leidt de pilot ertoe dat de behandelaren van team angst- en depressieve stoornissen, zowel binnen de pilot als daarbuiten, meer aandacht hebben voor werk en participatie?

2.3. Uitbrengen van een advies voor de verdere implementatie.

De beantwoording van bovenstaande onderzoeksvragen, de evaluatie van de geïntegreerde aanpak en samenwerking met UWV en re-integratiebedrijven zal leiden tot een advies voor verdere implementatie.

3. Theoretisch kader

Bij de ontwikkeling en toetsing van de geïntegreerde aanpak wordt gebruik gemaakt van de zelf-determinatietheorie. In de *Zelf Determinatie theorie* (Ryan & Deci, 2000; Lagerveld, 2011) wordt het proces beschreven richting intrinsieke motivatie voor het behalen van doelen. Verandering van behandelaren in hun behandel attitude en gedrag zal alleen plaatsvinden als de projectopzet en doelen naar verwachting bijdragen aan de drie basisbehoeftes om tot intrinsieke motivatie te komen: autonomie, competentie en verbondenheid.

Voor het vergroten van autonomie is het belangrijk dat de behandelaren ervan overtuigd zijn dat het om een effectieve uitbreiding van het bestaande protocol gaat. Behandelaren zullen meer vrijheid ervaren omdat ze meer doordrongen zijn van het nut van het werkgerichte behandelprotocol.

Tevens is van belang dat de mogelijkheid gecreëerd wordt voor behandelaren om mee te denken. Ter bevordering van hun autonomie dienen plaatselijke variaties tot op zekere hoogte te worden toegestaan. Het scholen van behandelaren in de werkgerichte cognitieve therapie/aanpak werkt competentie verhogend. De mate van verbondenheid met de nieuwe behandel aanpak wordt vergroot door van de pilot een gezamenlijke inspanning te maken.

‘The theories of diffusion of innovation’ (Gallo & Barlow, 2012, Lagerveld, 2011) wordt ingezet om de voorwaarden te scheppen om tot uitrol binnen de instelling te komen. Centraal in ‘The theories of diffusion of innovation’ staat de beschrijving van de levenscyclus van een innovatie. Bij het creëren van draagvlak en adoptie begint deze cyclus bij de innovators gevolgd door de vroege adopters. Hiervoor dienen de leidinggevenden van de andere behandelteams en de cliëntenraad al tijdens het voortraject en de implementatiefase van de pilot betrokken te worden.

4. Aanpak

Voortraject: Het scheppen van een klimaat voor verandering

- Voorafgaand aan de ontwikkeling en implementatie van de geïntegreerde aanpak bestaat er vanaf 2013 contact tussen UWV en Reinier van Arkel en is er een projectteam gevormd om de samenwerkingsmogelijkheden te onderzoeken.
- Er wordt een enquête afgenomen bij de behandelaren van het Centrum voor ambulante psychiatrie van Reinier van Arkel om de bestaande samenwerking tussen RvA en UWV te onderzoeken. Hieruit blijkt dat er nauwelijks rechtstreekse contacten tussen beide organisaties zijn.
- Op basis van de resultaten van de enquête worden door de projectleider twee bijeenkomsten georganiseerd. De thema's betreffen kennisoverdracht en samenwerking.

Ontwikkelfase pilot: wat gaan we doen en hoe?

- In het voorjaar van 2015 heeft het projectteam de grove contouren van een werkgerichte aanpak afgerond. Het behandelprotocol werkgerichte CGT wordt aangepast voor de populatie SGGZ, die geen werkplek heeft om naar terug te keren.
- UWV verstrekt een subsidie voor de pilot. Het samenwerkingscontract tussen UWV en RvA wordt getekend.

Vervolg ontwikkelfase pilot: realisatie van de voorwaarden voor implementatie

- Van september tot en met november 2015 wordt het bestaande protocol werkgerichte cognitieve gedragstherapie aangepast. De input vanuit het behandelteam en de cliëntenraad wordt hier op diverse momenten in meegenomen.
- Bepalen inclusiecriteria.
- Toevoegen van de uitvraag uitkeringsstatus aan de intakefase.
- Beschrijven van de logistieke samenwerkingsroute tussen GGZ, UWV en re-integratiebureau gaande het traject (zie bijlage 1).

- Bepalen van de meetinstrumenten.
- Ontwikkeling van een dubbelloops machtiging zodat UWV en GGZ onderling informatie uit kunnen wisselen aangaande de werkgerichte aspecten. De voorwaarden worden gedetailleerd beschreven en getoetst door de juriste van Reinier van Arkel (zie bijlage 2).
- Ontwikkeling van een training dag voor alle betrokkenen.
- Opstellen en bespreken met afdeling communicatie van een communicatieplan: o.a. folder (bijlage 3), bericht op intranet, een werkmap voor de deelnemers.

Vervolg ontwikkelfase pilot: verfijnen en afronden van de voorwaarden

- Opleveren van protocol en training en aansluitend een gezamenlijke training dag voor alle betrokken hulpverleners (GGZ, UWV, RIB). Aankondiging op intranet Reinier van Arkel.
- Reductie risico's: draagvlak creëren bij alle betrokkenen, in vroeg stadium zicht krijgen op uitkeringsstatus van deelnemers, pilot eventueel uitbreiden met WIA gerechtigden, veel aandacht voor motivatie.

Implementatiefase: over tot doen

- Pilot promoten bij andere teams binnen RvA en bij behandelaren.
- Om de geïntegreerde aanpak organisatie breed en extern te promoten wordt de pilot gepromoot bij andere behandelteams binnen RvA. Tevens wordt er een referaat gehouden op het congres van het Leerhuis.
- Fred Paling, Lid Raad van Bestuur UWV Nederland bezoekt op 21 januari 2016 de behandelaren van het pilotteam om zich te laten informeren over de nieuwe werkwijze.
- Er worden 7 intervisiebijeenkomsten van 1,5 uur georganiseerd, begeleid door Suzanne Lagerveld, met als doel verdieping, kennis en training op cliëntniveau van W-CGT voor de behandelaren van het pilot team. Bij enkele sessies worden de re-integratiecoaches ook uitgenodigd.

- De behandelaren ontvangen ‘coaching on the job’ over de toepassing van W-CGT door Suzanne Lagerveld.
- Vanuit gezamenlijke input wordt er een evaluatieformulier ontwikkeld om de voortgang van de individuele trajecten te kunnen monitoren
- Halverwege vindt er een tussenevaluatie van het project plaats met de betrokken partijen. Hieruit blijkt dat cliënten gemotiveerd zijn voor deelname. Behandelaren zijn bij de intakes nog onvoldoende alert op de innovatie wat voor een langzame instroom zorgt. Ook de afstemming tussen de betrokken partijen verdient meer aandacht. De doelgroep wordt uitgebreid met WIA en Wajong.
- Er kunnen uiteindelijk 19 cliënten geïnccludeerd worden voor de pilot.

Verdere implementatiefase en borging binnen de organisatie

- De laatste cliënten zijn in december 2016 geïnccludeerd en stromen dus in principe pas in december 2017 uit.
- In 2017 worden elke 6 weken intervisies gepland voor de behandelaren van team angst- en depressieve stoornissen. Structureel worden voortaan ook de betrokken re-integratiecoaches en UWV-collega's (verzekeringsarts en arbeidsdeskundige) uitgenodigd.
- De convenantcommissie UWV/GGZ is geïnteresseerd in de resultaten en wil mogelijkheden voor verdere uitrol inventariseren.

5. Resultaten

Beantwoording van de onderzoeksvragen (zie bijlage 4):

- 1. Leidt een geïntegreerde aanpak tot sneller herstel van klachten bij cliënten met een UWV uitkering en angst- en of depressieve stoornissen?**

Nee. De indruk vanuit de pilot is dat de geïntegreerde aanpak niet leidt tot sneller herstel van klachten. De resultaten uit de tussentijdse evaluaties tonen aan dat de focus op werk ook geen negatieve invloed heeft op het herstel van de klachten. De aanpak biedt echter wel extra

ondersteuning en geeft een meer genuanceerde kijk op de mogelijkheden en beperkingen van cliënten. De verwachting is dat de hulp hierdoor meer passend aangeboden kan worden wat kan leiden tot een structureler herstel van klachten. (Zie bijlage 4).

2. Leidt een geïntegreerde aanpak tot verbetering van participatie bij cliënten met een uitkering bij het UWV en angst- en/of depressieve stoornissen?

Ja. De mate van participatie is significant verbeterd voor bijna alle deelnemers. Van de 15 cliënten die deelgenomen hebben aan de pilot zijn acht cliënten één trede gestegen op de participatieladder, vier deelnemers twee treden, één deelnemer drie treden. één deelnemer vier treden. Slechts één deelnemer is gelijk gebleven. Op het moment van onderstaande meting loopt de pilot voor enkele deelnemers nog door tot december 2017. De resultaten kunnen gezien worden als tussenstand. Dit betekent op moment van meting voor acht cliënten een werkervaringsplek en voor twee cliënten een betaalde baan

3. Leidt de pilot ertoe dat de behandelaren van team angst- en depressieve stoornissen, zowel binnen de pilot als daarbuiten, meer aandacht hebben voor werk en participatie?

Ja. De samenwerking tussen GGZ en UWV is in frequentie toegenomen. Ook hebben behandelaren meer aandacht voor het thema werk en re-integratie in de behandelingen.

6. Conclusie

De doelstelling om een geïntegreerde en gestandaardiseerde aanpak te ontwikkelen op basis van werkgerichte cognitieve gedragstherapie is behaald. De effectiviteit hiervan is in een pilot getoetst. De duidelijk verbeterde samenwerking tussen partijen door het parallel naast elkaar optrekken van ketenpartners vanuit een gekaderd behandel/re-integratieprotocol leidt volgens de betrokkenen tot versnelling van participatie. In die gevallen waarin binnen het re-integratietraject van een cliënt toch stagnatie optrede werd door de betrokkenen medewerkers

van GGZ en UWV ervaren, dat vanuit de gezamenlijk opgebouwde expertise over een cliënt, dit beter kan worden geduid. Dat kan aanleiding zijn voor de GGZ om het behandeldoel bij te stellen en voor UWV is dat behulpzaam in het streven de prognose zo realistisch mogelijk in te schatten. De geïntegreerde aanpak is daarmee van meerwaarde voor een betere diagnose.

De geïntegreerde aanpak leidt niet tot sneller herstel van klachten. Op de ROM meetinstrumenten wordt een lichte afname van klachten gezien. Vanuit de evaluaties met cliënten wordt geen klachttoename geconstateerd door de werkgerichte aanpak. Binnen de SGGZ hebben we te maken met zeer kwetsbare cliënten. Doordat werk al in een vroeg stadium als middel tot herstel ingezet wordt, leren cliënten hun vermijding te doorbreken, wat in het begin onvermijdelijk met angst en onzekerheid gepaard gaat. De confrontatie met het werkveld dat voor sommige al lang achter zich lag, betekent ook het verwerven van een reëel zicht op eigen mogelijkheden, beperkingen en valkuilen. De verwachting is echter dat aandacht voor de werkomgeving al tijdens de behandeling zal leiden tot functioneel herstel op de lange termijn wat de recidive kans van de angst- en of depressieve stoornis verkleint. De resultaten vanuit deze pilotstudie kunnen als heel bemoedigend worden beschouwd.

De samenwerking tussen GGZ, UWV en beide re-integratiebedrijven is intensief. Participatie is een duidelijk onderdeel van de behandeling geworden. Na de ontwikkelfase bleken de financiële kosten voor de uitvoering voor RvA beperkt tot één keer in de zes weken een intervisie van een half uur en gemiddeld elke drie weken twintig minuten afstemmingstijd tussen de ketenpartners. De coördinerende taak die gedurende de pilot bij de projectleider lag besloeg ongeveer twee uur per week.

Er is een bijpassende samenwerkingsovereenkomst tussen UWV en GGZ beschreven, waarin wederzijdse taken, verantwoordelijkheden en afstemmingsmomenten beschreven zijn. Deze practise based geïntegreerde aanpak is eenvoudig passend te maken als werkmodel voor andere zorgprogramma's binnen de SGGZ en andere UWV vestigingen. In de toekomst kan ook verbreding gezocht worden naar een andere belangrijke re-integratie partij (de gemeente).

7. Discussie

De pilot 'Sneller herstel door samenwerking tussen GGZ en UWV' kan gezien worden als een innovatieve en effectief gebleken behandelaanpak. De intrinsieke motivatie van behandelaars, tot een veranderde wijze van denken en handelen met betrekking tot re-integratie, is tot stand

gekomen met gebruikmaking van de zelf-determinatietheorie. Vanuit het gedachtegoed van de zelf-determinatietheorie zijn de behandelaren vanaf de projectopzet betrokken. Dit had een positief effect op de intrinsieke motivatie en het eigenaarschap bij de behandelaren. Vanaf het concept van het protocol is gebruik gemaakt van de expertise van de behandelaren waarop het protocol en de aanpak aangepast zijn.

De gezamenlijke training werkte competentie verhogend en maakte van de interventie een gezamenlijke inspanning. Het gegeven dat cliënten vrijwel zonder uitzondering intrinsiek gemotiveerd bleken voor deelname aan de pilot was een extra stimulerende factor. De regelmatige voortgangsevaluaties tussen cliënt, SGGZ-behandelaar, re-integratiecoach en UWV arbeidsdeskundige waren steeds meer een bekrachtiging van het gegeven met een gezamenlijk project bezig te zijn. Op natuurlijke wijze vond er een uitwisseling van kennis en ervaring plaats. De prettige samenwerking die hierdoor tussen partijen ontstond werd als weldadig ervaren in een tijd waarin de GGZ kampte met de noodzaak van bezuinigingen en reorganisaties.

De geïntegreerde aanpak is vanaf de start een warm hart toegedragen vanuit de voormalige voorzitter van de Raad van Bestuur van Reinier van Arkel. Dit is na diens vertrek overgenomen door zijn collega binnen de Raad van Bestuur. Om de voorwaarden te scheppen voor een goede implementatie binnen team angst- en depressieve stoornissen heeft conform ‘The theories of diffusion of innovation’, de teammanager van dat team, deel uit gemaakt van het projectteam. Zij is als vroege adopter van het project, samen met de projectleider een drijvende kracht geweest bij de ontwikkeling, implementatie en de mogelijke uitrol naar de andere teams. De directie van de RVE is steeds meegenomen in de ontwikkelingen. De afgevaardigde van de cliëntenraad heeft kritisch meegekeken. De betrokkenheid van sleutelfiguren en cliëntenraad geeft een belangrijke aanzet tot het verder implementeren van de geïntegreerde behandelaanpak.

8. Aanbevelingen

Samenwerken met partners binnen de ketenzorg is niet vanzelfsprekend en impliceert een zeker risico in borging. Vanuit het projectteam worden daarom de volgende aanbevelingen aangereikt:

- Een enthousiast team van deskundigen binnen UWV (verzekeringsarts en Arbeidsdeskundige) en GGZ-kant die voor enkele uren vrijgemaakt wordt voor deze taak. Dit in samenwerking met een medewerker van zorglogistiek.
- Aan UWV-zijde enkele voorlopers (verzekeringsarts en arbeidsdeskundige) die het project positief ondersteunen en uitdragen. Aan GGZ-zijde een behandelteam wat positief staat tegenover innovatie. Team angst- en depressieve stoornissen viel bij de projectleider bij de ontwikkeling en implementatie van de zorgtrajecten op als een team wat positief kritisch is en bereid is een nieuwe aanpak te omarmen.
- Betrekken van de cliëntenraad. Binnen RvA is een afgevaardigde van de cliëntenraad al vanaf de ontwikkeling van het behandelprotocol betrokken en deze heeft ook inspraak gehad. Gaande de uitvoering van de pilot is de cliëntenraad op de hoogte gehouden over het verloop. Het betrekken van de cliëntenraad van UWV is ook een aandachtspunt.
- De aanpak dient gedragen te worden door het hoger management van de organisatie.
- Enkele kennismakingsbijeenkomsten vooraf voor GGZ en UWV-medewerkers (kennisoverdracht, bespreken van dilemma's in kader samenwerking). Doel: creëren van draagvlak bij beide organisaties.
- Een protocol voor de aanpak waar deelnemers vooraf op punten kritisch over mee hebben mogen denken, zodat er zoveel mogelijk aansluiting is.
- Een gezamenlijke training dag voorafgaand aan de start. Doel: helderheid over de wijze van aanpak en opbouw van een plezierige samenwerking. Gezien de wisseling van collega's binnen de teams wordt aanbevolen deze training dag jaarlijks te herhalen.
- regelmatige gezamenlijke interviews.
- Korte lijnen: uitwisseling telefoonnummers en mailadressen.

9. Literatuur:

Broeck, Van den, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., Lens, W., Andriessen, M. (2009) De Zelf-Determinatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer. *Gedrag & Organisatie* 22, nr. 4.

- Buurke, L. (2015). *Convenant UWV en GGZ: resultaten en vervolg*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Cissen, W.H.J.M. (2013). *Werken werkt! Werkgerichte cognitieve gedragstherapie biedt symptoomreductie én toekomstperspectief*. De Ark.
- Gallo, K.P., Barlow, D. H. (2012). Factors Involved in Clinician Adoption and Nonadoption of Evidence-Based Interventions in Mental Health. *Clinical Psychology: Science and Practise*, V 19 N1.
- Lagerveld, S., Langelaan, S., Schelvis, R., Kamperman, A., Bal, M. (2011). TNO-rapport. Professionalisering re-integratie dienstverlening: Ontwikkeling van een individugerichte zelfsturingsinterventie. Een literatuurstudie naar zelfsturing. Leiden: TNO.
- Lagerveld, S. E. , Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V. Wijgaards-Meij,L., Schaufeli, W.B. (2012). Work-Focused Treatment of Common Mental Disorders and Return to Work: A Comparative Outcome Study. *Journal of Occupational Health Psycholgy*, 17, 220-234.
- Renner, F., Cuijpers, P., Huibers, M. J. H. (2014). *The effect of psychotherapy for depression on improvements in social functioning: a meta-analysis*. *Psychological Medicine*, 44, 2913-2926.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A. & Jarrett, R. B. (2009). Deterioration in psychosocial functioning predicts relaps/recurrence after cognitive therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 112, 135-143.

10. Bijlagen

Bijlage 1

Wie doet Wat?

Pilot: intake fase

RvA intaker (week 1)

- Screent/ werft cliënten/ dubbelloops machtiging/folder
- Geeft zo nodig input aan verzekeringsarts (VA) voor probleemanalyse

UWV (week 1 t/m 3)

- Checkt op screening
- Client heeft gesprek met VA (probleemanalyse) en arbeidsdeskundige (AD) (plan van aanpak)
- AD matcht re-integratiebureau (RIB) aan cliënt

RIB (week 4)

- Heeft intake met cliënt

Pilot: behandel fase

Week 1 t/m 5

- RvA behandelaar: behandelt volgens W-CGT, geeft input voor re-integratieplan van RIB, stelt (werkgericht) behandelplan op
- RIB coach: stelt concept re-integratieplan op

Week 6: plannen op elkaar afstemmen/integreren

- Allen: Bespreken concept re-integratieplan in 4 gesprek (RIB, UWV, RVA, cliënt).
- RIB maakt 'definitief' geïntegreerd re-integratieplan

Week 7 t/m max 52

- RvA behandelaar: Behandelt volgens W-CGT, Vertaalt definitieve re-integratieplan naar (deel)behandelplan
- RIB: voert samen met cliënt het re-integratieplan uit

Afstemming/ evaluatie onderling:

- RIB/ RvA behandelaar: 2 wekelijks
- UWV (AD) & RvA behandelaar: week 12, 18 en bij afronding
- Allen: Wanneer nodig/ bij stagnatie

Bijlage 2

Machtigingsformulier:

voor het uitwisselen van medische gegevens tussen de behandelaar bij Reinier van Arkel en de verzekeringsarts van UWV

Mijn gegevens

Naam:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Geboortedatum:

BSN:

Gegevens Reinier van Arkel:

Behandelaar:

Gegevens UWV

Verzekeringsarts: P. van de Pol: M. Venselaar arts in opleiding tot verzekeringsarts

UWV kantoor: den Bosch

Adres: Magistratenlaan 160-162

5223 MA 's – Hertogenbosch

Waarvoor geeft u toestemming?

Door middel van deze machtiging geeft u de behandelaar van Reinier van Arkel toestemming om informatie te verstrekken aan de bovengenoemde verzekeringsarts van het UWV over de ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of klacht(en) op grond waarvan u arbeidsongeschikt bent.

De verzekeringsarts van het UWV gebruikt deze informatie voor het opstellen van een probleemanalyse en om, na overleg met de arbeidsdeskundige, vast te stellen óf en zo ja, wanneer u in aanmerking kan komen voor een interventie zoals plaatsing in (vrijwilligers) werk of een werkervaringsplaats als middel om de therapie bij Reinier van Arkel te ondersteunen..

U geeft via deze machtiging óók de verzekeringsarts van het UWV toestemming om informatie te verstrekken aan uw behandelaar bij Reinier van Arkel over de ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of klacht(en) op grond waarvan u arbeidsongeschikt bent.

Ik verklaar toestemming te geven aan bovengenoemde behandelaar bij Reinier van Arkel, om gegevens over mijn gezondheid aan de verzekeringsarts van het UWV te verstrekken. Ook verklaar ik toestemming te geven aan de verzekeringsarts van het UWV om gegevens over mijn gezondheid te verstrekken aan de behandelaar van Reinier van Arkel.

Hierdoor kunnen beiden zich een beter oordeel vormen over de arbeidsrelevante beperkingen van mijn ziekte en het beste moment voor de start van een interventie afstemmen.

Met uw toestemming mag de behandelaar van Reinier van Arkel, de volgende gerichte vragen van de verzekeringsarts van UWV beantwoorden:

- 1) Op grond van welke ziekte, aandoening, gebrek of klacht heeft u beperkingen van cliënt aangenomen?
- 2) Wat waren uw bevindingen bij (psycho) diagnostisch onderzoek ?
- 3) Welke therapie gaat u inzetten en hoe lang zal deze vermoedelijk gaan duren?
- 4) Acht u inzet van een UWV interventie al aan de orde?
- 5) Wat zijn uw verwachtingen met betrekking tot de prognose?

Met uw toestemming mag de verzekeringsarts van UWV, de volgende gerichte vragen

van de behandelaar van Reinier van Arkel beantwoorden:

- 1) Welke arbeidsrelevante beperkingen, acht u bij cliënt aan de orde?
- 2) Acht u inzet van een UWV interventie al aan de orde?
- 3) Wat zijn uw verwachtingen met betrekking tot de prognose voor wat betreft hervatting in werkzaamheden en wat zijn uw professionele overwegingen hierbij?

Mij is duidelijk wat het doel is van deze gegevensverstrekking.

Het is mij tevens bekend dat er een wetenschappelijk onderzoek zal plaatsvinden om vast te stellen of deze samenwerking tussen Reinier van Arkel en UWV leidt tot een verbetering van participatie in algemene zin. Ik heb er geen bezwaar tegen dat mijn gegevens volstrekt anoniem en op generlei wijze tot mijn persoon herleidbaar, hiervoor gebruikt worden.

's -Hertogenbosch

Datum

Handtekening

Bijlage 3 folder



Werk, regie, herstel

Verruim uw mogelijkheden in werk

Wilt u weer meedoen in de maatschappij? Wilt u de regie hebben over uw leven? Wilt u sneller herstellen?

Werk hebben heeft grote invloed op de psychische gezondheid van mensen: wie werk heeft, is gelukkiger en meer tevreden over zijn leven. Daarnaast zijn mensen die het gevoel hebben dat ze regie over hun leven hebben óók gelukkiger. Deze gedachten vormen het uitgangspunt van de samenwerking tussen Reinier van Arkel en UWV. Onder het motto "Sneller herstel" bieden zij een uniek behandel- en re-integratietraject aan.

Voor wie?

U kunt aan dit traject deelnemen als u:

- een ziektebewijst uitkering van het UWV in Den Bosch hebt
- bij Reinier van Arkel met een behandeling voor angstklachten of stemmingsklachten start

Wat houdt het in?

Een jaar lang werken u, Reinier van Arkel en UWV nauw samen om uw behandeling zo

goed mogelijk aan te laten sluiten op een succesvolle terugkeer naar werk. In het traject hebt u, behalve met uw behandelaar, ook regelmatig contact met een re-integratiecoach.

Als u gaat deelnemen aan dit behandeltraject, werkt het als volgt:

- u hebt een gesprek met een verzekeringsarts en een arbeidsdeskundige van het UWV
- de verzekeringsarts en arbeidsdeskundige maken een plan van aanpak, dat naar uw behandelaar bij Reinier van Arkel, de re-integratiecoach en naar uzelf wordt verzonden
- samen met de re-integratiecoach stelt u een re-integratieplan op, waarin uw doelstellingen staan
- deze re-integratiedoelstellingen bespreekt u samen met de verzekeringsarts, arbeidsdeskundige, re-integratiecoach en behandelaar. In dit gesprek kunt u meer vertellen over de doelen die u wilt behalen
- de re-integratiecoach stuurt uw re-integratieplan op naar het UWV
- het re-integratietraject gaat van start zodra UWV uw re-integratieplan heeft goedgekeurd

En dan?

Uw behandeling bij Reinier van Arkel gaat van start: uw behandeling is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Tegelijkertijd wordt het re-integratieproces opgestart. De re-integratiecoach helpt u met het vinden van een werkervaringsplek. U hoeft niet helemaal van uw klachten hersteld te zijn om deze stap te zetten. In de behandeling wordt in nauwe samenwerking met u steeds op twee fronten tegelijkertijd gewerkt: klachtenvermindering én een begin maken met re-integratie. Uw behandelaar zal er samen met u steeds op letten dat de gestelde doelen haalbaar voor u zijn en dat de re-integratieactiviteiten bijdragen aan uw herstel. Uw ervaringen op de werkervaringsplek bieden concrete en bruikbare handvatten, waar u samen met uw behandelaar dieper op in kunt gaan.

Uw behandelaar, re-integratiecoach, verzekeringsarts en arbeidsdeskundige zullen in nauw overleg met u regelmatig contact hebben over de voortgang van uw traject.

lees verder op de achterzijde

Toestemming om gegevens uit te wisselen

Om te zorgen dat uw behandelaar en de verzekeringsarts een goed beeld hebben van uw klachten en hoe die een rol spelen bij re-integreren, vragen wij uw toestemming voor het uitwisselen van gegevens. Dit gaat met behulp van een machtigingsformulier. U geeft dan de behandelaar van Reinier van Arkel toestemming om gegevens over uw klachten aan de verzekeringsarts van het UWV te verstrekken. Tegelijkertijd geeft u de verzekeringsarts toestemming om gegevens over uw gezondheid aan uw behandelaar te verstrekken.

Meer informatie en aanmelden

Wilt u meer weten over dit unieke behandel- en re-integratietraject? Laat het weten aan uw behandelaar bij Reinier van Arkel. Hij of zij kan u ook voor het traject aanmelden.

Bijlage 4 Onderzoek naar effectiviteit

Participanten en procedure

De onderzoekspopulatie van onze pilotstudie bestond uit 19 cliënten met een angst- en of depressieve stoornis die in de periode van januari 2016 tot en met juni 2017 deelnamen aan een gecombineerd behandel/re-integratietraject binnen het zorgprogramma angst- en depressieve stoornissen van SGGZ Reinier van Arkel in Den Bosch. 15 deelnemers, waaronder negen vrouwen en zes mannen, hebben het volledige traject doorlopen en zijn geïnccludeerd voor het onderzoek. De leeftijd van de deelnemers varieerde van 27 tot 56 jaar. Het opleidingsniveau varieerde van LBO tot academisch. 12 deelnemers hebben een ziektewetuitkering, 1 een WIA en 2 een Wajong uitkering. Vier deelnemers zijn al in de beginfase drop out geraakt en gestopt met de behandeling bij RvA. Dit betrof drie mannen met een WIA-uitkering en een vrouw met een ziektewetuitkering. De vrouw heeft, mede dankzij de werkgerichte aanpak van de behandelaar, haar werk bij een voormalig werkgever, al in de beginfase hervat. Hierdoor is het niet gekomen tot een samenwerking met het UWV. Van de andere drie kan gezegd worden dat één deelnemer niet gemotiveerd was voor een veranderingsgerichte behandeling waardoor de behandeling in goed overleg beëindigd is. Één persoon durfde een veranderingsgerichte behandeling niet aan, hij was wel sterk gemotiveerd voor de werkgerichte aanpak. Zijn SGGZ behandelcontact is afgesloten en hij is doorgegaan met het re-integratietraject. Één persoon bleek als hoofddiagnose middelenmisbruik te hebben. De onzekerheid bij aanvang over de start van het traject betekende decompensatie in alcoholmisbruik. Hij is verwezen naar verslavingszorg en zijn SGGZ contact is afgesloten.

Een behandeling bestond uit gemiddeld 16 wekelijkse sessie W-CGT en daarna nog 4 maandelijks sessies, de totale GGZ behandelduur is daardoor ongeveer 8 maanden. Parallel daaraan liep vanaf aanvang een op maat re-integratietraject met een duur van 1 jaar. Werkhervatting in vrijwilligerswerk/betaald werk wordt door de SGGZ behandelaar gezien als (middel) bevordering van herstel. Vanuit re-integratie oogpunt (UWV) wordt werk gezien als doel van herstel. Bij start en afronding van het traject is er een gepland contact tussen alle ketenpartners (SGGZ, UWV, RIB) in aanwezigheid van de cliënt. Gemiddeld was er daarnaast elke 3 weken contact tussen SGGZ behandelaar en re-integratiecoach in verband met een zorgvuldige afstemming. De cliënt werd in deze evaluaties altijd actief betrokken

middels een eigen werkmap, vragenlijsten om input te leveren voor de voortgangsevaluaties en face to face tijdens de evaluatiemomenten. Voor verdere uitleg over de inhoud van de geïntegreerde aanpak wordt er verwezen naar het voor de pilot ontwikkelde protocol ‘Werkgerichte cognitieve gedragstherapie voor mensen zonder werk met psychische klachten’ (Lagerveld & Cissen, 2015). Dit protocol is gebaseerd op het behandelprotocol van Blonk & Lagerveld: ‘Werkhervatting bij psychische klachten’. Om de effectiviteit van de innovatie te toetsen zijn er begin- en eindmetingen afgenomen bij de deelnemers middels selfreport en ROM vragenlijsten.. De aanvangsklachten van de 15 deelnemers zijn als steekproef afgezet tegen de reguliere populatie angst- en depressieve stoornissen (N= 947) in zorg in oktober 2016.

1. Leidt een geïntegreerde aanpak tot sneller herstel van klachten bij cliënten met een UWV uitkering en angst- en of depressieve stoornissen?

Uit de driemaandelijke voortgangsrapportages van cliënten en de afgenomen interviews, door een onafhankelijk interviewer, kan opgemaakt worden dat cliënten zich door de samenwerking tussen partijen ten behoeve van hun re-integratietraject positief gesteund en serieus genomen voelen. Cliënten tonen zich overwegend positief over de geïntegreerde aanpak. De samenwerking tussen partijen vanuit GGZ en re-integratie, waardoor de neuzen dezelfde kant op wijzen ten behoeve van hun herstel, wordt als prettig en ondersteunend ervaren.

Het opdoen van positieve contacten met collega's binnen de werkervaringsplek wordt door cliënten als ondersteunend ervaren. Werk wordt binnen de therapie gezien als middel tot herstel. Cliënten zien dit ook als zodanig en rapporteren het positieve effect van een betere dag structuur en het ervaren van een oefenomgeving waarin ze hun grenzen leren aangeven en zich gesteund voelen om op te komen voor hun eigen belangen. De confrontatie met het werkveld, dat voor sommige al lang achter zich lag, betekent ook het doorbreken van vermijding en verwerven van een reëel zicht op eigen mogelijkheden, beperkingen en valkuilen.

Door deel te nemen binnen een werkomgeving kwamen bij drie cliënten de onderhoudende klachten op persoonlijkheidsgebied meer naar voren wat geleid heeft tot een vervolgbehandeling binnen het zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen. Bij twee cliënten

werd een autismespectrum stoornis geconstateerd, waardoor geanticipeerd kon worden op passende werkmogelijkheden.

De mate van klachten van de pilotdeelnemers zijn tevens kwantitatief gemeten met behulp van de SQ-48, een ROM zelfbeoordelingslijst voor algemeen psychisch functioneren. Er wordt gebruik gemaakt van een independence sample T-test. De SQ-48 is in totaal door 847 cliënten ingevuld. De pilotdeelnemers hebben allen de lijst ingevuld. De begin totaalmeting van de grote groep is 91, de beginmeting van de pilotgroep is 90. Deze verschillen zijn niet significant. Dit betekent dat we te maken hebben met gelijkwaardige groepen op niveau van de klachten. Voor beide geldt dat er sprake is van matig tot ernstige angst- en depressieve klachten conform de inclusiecriteria voor specialistische GGZ. De metingen afgenomen aan het begin en het einde van een behandeltraject leverden voor de pilotdeelnemers geen significante verschillen op in klachtafname (zie tabel 1). Hierbij dient opgemerkt te worden dat we een zeer kleine N hebben.

Op grond van de resultaten kan de eerste onderzoeksvraag negatief beantwoord worden. De geïntegreerde aanpak leidt niet tot sneller herstel van klachten. De aanpak geeft echter wel een meer genuanceerde kijk op de mogelijkheden en beperkingen van cliënten. De verwachting is dat de hulp hierdoor meer passend aangeboden kan worden hetgeen kan leiden tot een structureel herstel van klachten.

2. Leidt een geïntegreerde aanpak tot verbetering van participatie bij Cliënten met een uitkering bij het UWV en angst- en/of depressieve stoornissen?

Om inzicht te krijgen in het sociaal maatschappelijk functioneren is gebruik gemaakt van de WHODAS. Dit betreft een kwantitatief meetinstrument om beperkingen vast te stellen in het functioneren van mensen met een gezondheidsprobleem. De WHODAS bestrijkt zes domeinen: begrijpen & communiceren (cognitie), bewegen & zich verplaatsen (mobiliteit), zelfverzorging, omgaan met anderen, activiteiten (werk & studie) en deelname aan de samenleving (participatie). De WHODAS biedt informatie over de gevolgen van de stoornis voor het dagelijks functioneren. De WHODAS wordt eveneens gemeten met ROM metingen. Middels een paired sample t test is bekeken of er een significant verschil te zien is tussen Whodas meetmoment 1 (die af is genomen voor de werkgerichte CGT) en Whodas meetmoment 2 (die afgenomen is na of tijdens de werkgerichte CGT). Geconcludeerd kan worden dat er geen significant verschil waar te nemen is. Er is wel een duidelijke trend te

Tabel 1*paired sample t-test*

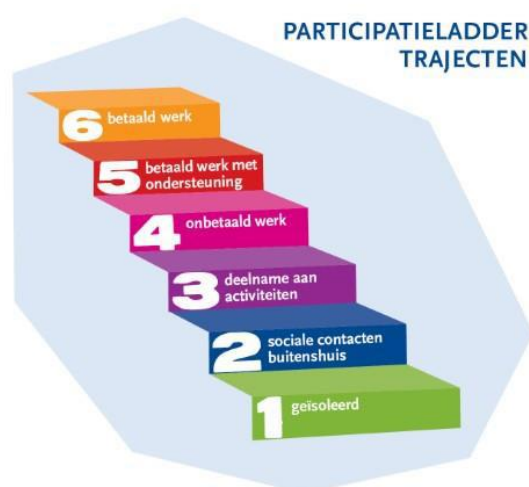
	Begin		Eind		t-test
	M	SD	M	SD	
Whodas begrijpen. & communiceren	2.54	1.00	2.44	.84	Niet significant
Whodas bewegen. & verplaatsen	1.90	.80	1.8	.70	Niet significant
Whodas Zelfzorg	1.80	.70	1.60	.90	Niet significant
Whodas omgaan met mensen	2.50	.86	2.66	1.16	Niet significant
Whodas activiteiten	2.86	1.18	2.39	.77	Niet significant
Whodas deelname aan de samenleving	2.79	.95	2.78	.80	Niet significant
SQ -48	90.28	21.64	84.21	29.78	Niet significant

bespeuren op het gebied van vermindering van ervaren beperkingen op activiteiten, deze is niet significant. De hypothese is dat ervaren verbetering van sociaal maatschappelijk functioneren meer persistent blijkt op de lange termijn.

De participatieladder wordt gehanteerd om de verbetering in participatie te meten. De resultaten bij aanvang en bij afronding van het traject worden gemonitord. De Participatieladder is een meetinstrument waarmee je van iedere burger kunt vaststellen

wat diens mate van participatie in de samenleving is. De ladder is onderverdeeld in zes treden, van sociaal geïsoleerd tot werkend zonder ondersteuning (zie figuur 1). De metingen worden opgenomen in de voortgangsverslagen door de re-integratiecoach en zijn bepaald in afstemming met de cliënt en SGGZ behandelaar.

Van de 15 cliënten die deelgenomen hebben aan de pilot zijn acht cliënten één trede gestegen op de participatieladder, vier deelnemers twee treden, één deelnemer drie treden. Één deelnemer vier treden. Slechts één deelnemer is gelijk gebleven. Op het moment van onderstaande meting loopt de pilot voor enkele deelnemers nog door tot december 2017. De resultaten kunnen gezien worden als tussenstand.



Dit betekent op moment van meting voor acht cliënten een werkervaringsplek en voor twee cliënten een betaalde baan.

Tabel 2

Deelnemers Pilot

Geslacht	Situatie	leeftijd	Opleidingsniveau	Begin trede	Eind trede	Traject
Vrouw	Ziektewet	27	LBO	3	4	Onbetaald werk
Vrouw	Ziektewet	27	LBO 2	1	2	Sociale contacten buitenshuis
Vrouw	Wajong	29	Mavo	4	4	Onbetaald werk
Vrouw	Wajong	31	MBO 4	2	3	Deelname aan activiteiten
Vrouw	Wajong	32	MBO 2	3	4	Onbetaald werk
Vrouw	Ziektewet	49	MBO 2	3	4	Onbetaald werk
Vrouw	Ziektewet	39	MBO 4	2	3	Deelname aan activiteiten
Vrouw	Ziektewet	46	MBO 4	1	5	Betaald werk met ondersteuning
Vrouw	Ziektewet	47	HBO	2	4	Onbetaald werk
Man	WIA	33	MBO 3	3	6	Betaald werk
Man	Ziektewet	44	LBO	1	3	Deelname aan activiteiten
Man	Ziektewet	47	HBO	3	4	Onbetaald werk
Man	Ziektewet	56	MBO 4	3	4	Onbetaald werk
Man	Ziektewet	56	HBO	1	3	Deelname aan activiteiten
Man	Ziektewet	57	WO	2	4	Onbetaald werk

Ondanks het feit dat cliënten nog aanzienlijke beperkingen in hun functioneren ervaren is hun mate van participatie significant verbeterd. De verwachting is dat werk als middel tot herstel pas op de langere termijn effectief zal zijn op ervaren mogelijkheden en beperkingen. Cliënten met angst- en depressieve stoornissen neigen tot vermijdingsgedrag. Door participatie in een werkervarings- of betaalde baan is dan ook de verwachting dat werk op de korte termijn als oncomfortabel ervaren wordt, pas op de langere termijn worden hiervan positieve effecten verwacht. Onderzoeksvraag twee, of de ge-integreerde aanpak leidt tot verbetering van participatie, bij cliënten met een uitkering bij het UWV en angst- en of depressieve stoornissen kan positief beantwoord worden.

3. Leidt de pilot ertoe dat de behandelaren van team angst- en depressieve stoornissen, zowel binnen de pilot als daarbuiten, meer aandacht hebben voor werk en participatie?

Om bovenstaande onderzoeksvraag te beantwoorden werd een passende vragenlijst ontwikkeld en werden de behandelaren door een onafhankelijke persoon geïnterviewd. Hieruit bleek dat bij de beginmeting de behandelaren enkel schriftelijk contact met de collega's van het UWV hadden op diens verzoek. Een jaar na aanvang van de pilot wordt veel frequenter proactief telefonisch contact gezocht door de GGZ behandelaar. Dit betreft specifieke vragen over geïnccludeerde cliënten. De weg naar de UWV collega's wordt echter ook makkelijker gevonden om informatie te vragen over onder andere wet- en regelgeving betreffende re-integratie trajecten of werkmogelijkheden voor overige cliënten. Behandelaren rapporteren unaniem dat ze in het geheel genomen werk meer in het vizier hebben. Ook bij overige cliënten wordt een arbeidsgerichte rationale gehanteerd en een arbeidsanamnese afgenomen. Er wordt eerder samenwerking gezocht met ketenpartners op het gebied van re-integratie zodat behandeling parallel kan gaan met re-integratie. De behandelaren rapporteren na een jaar deelname aan de pilot unaniem geloof te hechten in perspectief op werk binnen de behandeling als middel tot herstel. Waar re-integratie eerder in de laatste fase van behandeling ingezet werd, wordt de meerwaarde van samenwerking met een re-integratiecoach parallel aan de psychologische behandeling als positief gewaardeerd.

Het protocol W-CGT wordt als vertrekpunt gebruikt, maar niet naar de letter nageleefd. De complexe problematiek van cliënten binnen de SGGZ maakt dat er sprake is van co-morbide psychopathologie en problematiek op meerdere levensgebieden. De samenwerking met de re-integratiecoach wordt dan ook als ondersteunend ervaren. Voor de behandelaren zit de kracht van de werkgerichte aanpak in deze samenwerking. De thematiek van integratie wordt heel dichtbij gehaald. De samenwerking met de re-integratiecoaches en UWV-collega's is, gaande men elkaar beter leerde kennen en meer gezamenlijke ervaringen gedeeld heeft, vertrouwder geworden.

De collega's van het UWV zijn verantwoordelijk voor de vaststelling van een uitkering. Dat blijft uiteraard een spanningsveld. Desalniettemin hebben de behandelaren ervaren dat de collega's van het UWV graag samenwerken aan een gemeenschappelijke doelstelling en niet

zwart-wit of negatief zijn. De overtuiging dat samenwerking tussen partijen ten behoeve van participatie effectief is, wordt door de behandelaren steeds meer doorgegeven aan de hun toegewezen cliënten. Weer meetellen en meedoen in de maatschappij wordt steeds meer gezien als een belangrijk doel van de behandeling. Daarmee krijgt aandacht voor re-integratie steeds meer een plaats vanaf de start van de zorgtrajecten binnen het zorgprogramma angst- en depressieve stoornissen van Reinier van Arkel. Onderzoeksvraag drie of de pilot ertoe leidt dat de behandelaren van team angst- en depressieve stoornissen, zowel binnen de pilot als daarbuiten, meer aandacht hebben voor werk en participatie kan hiermee positief beantwoord worden.