

Sneller herstel van arbeidsparticipatie bij samenwerking van specialistische ggz en UWV; een pilotstudie

W.H.J.M. CISSEN-VAN HEUGTEN, P.T. VAN DER HEIJDEN, I. SLAATS, S.E. LAGERVELD

ACHTERGROND Psychische gezondheidsklachten behoren tot de belangrijkste oorzaken voor uitval op de arbeidsmarkt. Tegelijkertijd heeft werk een positieve invloed op de psychische gezondheid van mensen.

DOEL Beschrijven en evalueren van een geïntegreerde aanpak waarin de specialistische ggz en uwv samenwerken.

METHODE De geïntegreerde aanpak werd geëvalueerd voor een groep van 15 cliënten met angst- en depressieve stoornissen. Ervaringen met de aanpak werden in kaart gebracht met behandel-evaluatieverslagen, semigestructureerde interviews met cliënten, behandelaars, een verzekeringsarts, een arbeidsdeskundige en re-integratiecoaches. De mate van participatie werd gemeten met de Participatieladder, klachten werden gemeten op basis van reguliere ROM-metingen.

RESULTATEN De mate van arbeidsparticipatie van de cliënten bleek toegenomen tijdens de geïntegreerde aanpak: 8 cliënten vonden een werkervaringsplek en 2 een betaalde baan. Er werden geen aanwijzingen gevonden dat de aanpak een negatieve invloed had op het klachtherstel. Uit de interviews bleek dat cliënten zich goed geholpen voelden en een steunend netwerk van betrokken professionals hadden ervaren.

CONCLUSIE De geïntegreerde aanpak, inclusief werkgerichte therapie, wordt positief geëvalueerd door alle betrokkenen en lijkt bij te dragen aan arbeidsparticipatie.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)5, 326-334

TREFWOORDEN angst- en depressieve stoornissen, multidisciplinaire samenwerking, psychische klachten, re-integratie, werk, werkgerichte cognitieve gedragstherapie



ARTIKEL



Werk biedt diverse bronnen voor een goede mentale gezondheid zoals structuur, zingeving en eigenwaarde (Huber e.a. 2016; Winsemius & Ballering 2016; Carlier e.a. 2017a). Omgekeerd is de aanwezigheid van psychische klachten vaak een belemmerende factor voor optimale arbeidsparticipatie, in het bijzonder voor uitkeringsgerechtigden (Carlier e.a. 2014; Einerhand & Ravesteijn 2017). Verminderde arbeidsparticipatie, in de vorm van werkloosheid, ziekteverzuim of arbeidsongeschiktheid, brengt naast individueel leed hoge maatschappelijke kosten met zich mee (Layard 2017): de Organisatie voor Eco-

nomische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO 2014) schat deze kosten voor werkgevers en overheid in Nederland op ruim twintig miljard euro per jaar (Einerhand & Ravesteijn 2017). Om al deze redenen is het van belang dat er een effectief hulpaanbod voorhanden is, gericht op de (arbeids)participatie van mensen met psychische klachten.

Meer aandacht voor arbeidsparticipatie binnen de behandeling in de specialistische geestelijke gezondheidszorg (sggz) en een betere samenwerking tussen betrokken instanties zoals het Uitvoeringsinstituut Werknemersver-

zekeringen (uwv) worden gezien als belangrijk middel om dit te bereiken (Einerhand & Ravesteijn 2017). In 2012 hebben uwv en GGZ Nederland een convenant gesloten om met verbeterde samenwerking de arbeidsdeelname van mensen met psychische klachten te ondersteunen (uwv 2012).

Onderzoek van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) laat echter zien dat, ook na het sluiten van het convenant, er nog slechts beperkt structureel wordt samengewerkt door professionals van ggz en uwv. Voor zover bekend zijn er tot op heden geen *best practices* in de samenwerking tussen ggz en uwv beschikbaar die zodanig ontwikkeld zijn dat ze direct geschikt zijn voor bredere implementatie (Holwerda e.a. 2014).

In dit artikel beschrijven wij een uitwerking van het samenwerkingsconvenant tussen uwv en SGGZ en evalueren deze voor cliënten met angst- en depressieve stoornissen die geen baan hadden om naar terug te keren. Het project bestond uit: 1. directe samenwerking tussen SGGZ, uwv en gelieerde re-integratiebedrijven bij een re-integratietraject op maat en 2. werkgerichte cognitieve gedragstherapie (w-CGT) door SGGZ-professionals (Lagerveld & Cissen 2015). In dit exploratief artikel zetten wij de zogenaamde werkgerichte geïntegreerde aanpak uiteen en bespreken een eerste evaluatie.

Werkgerichte geïntegreerde aanpak

Deze aanpak bestaat uit een combinatie van behandeling en re-integratie. De start van het traject is de intake, indicatiestelling en opstellen van behandeldoelen binnen de SGGZ. Daarna volgt aanmelding bij uwv. De cliënt krijgt vervolgens een gesprek met de verzekeringsarts en arbeidsdeskundige van uwv. Doel van dit gesprek is het in kaart brengen van voorwaarden voor werk en werkomgeving en het beschrijven van een visie op re-integratie. Op basis hiervan stelt uwv een conceptplan van aanpak op. Dit plan van aanpak, zonder de alleen voor verzekeringsarts en SGGZ-behandelaar toegankelijke medische gegevens, vormt de basis voor het integrale behandel- en re-integratieplan.

Vervolgens wordt de deelnemer aangemeld bij een geselecteerd re-integratiebedrijf. De re-integratiecoach stelt in samenspraak met de deelnemer een re-integratieplan op. Nadien volgt binnen zes weken een viergesprek met de deelnemer, de behandelaar, de re-integratiecoach en de arbeidsdeskundige. Het behandelplan en het re-integratieplan wordt daarin op elkaar afgestemd. Dit is de formele start van de geïntegreerde aanpak die twaalf maanden duurt. Belangrijk onderdeel van de geïntegreerde aanpak is het vinden van een geschikte werkervaringsplek.

Voor de behandeling wordt werkgerichte cognitieve gedragstherapie (w-CGT) als uitgangspunt genomen. Er zijn

AUTEURS

HELMA CISSEN-VAN HEUGTEN, klinisch psycholoog, Reinier van Arkel, 's-Hertogenbosch.

PAUL VAN DER HEIJDEN, klinisch psycholoog en senior onderzoeker, Centrum voor Adolescentenpsychiatrie, Reinier van Arkel, 's-Hertogenbosch.

IEFKE SLAATS, psycholoog, Reinier van Arkel, 's-Hertogenbosch.

SUZANNE LAGERVELD, arbeids- en organisatiepsycholoog, Instituut Gak, Hilversum.

CORRESPONDENTIEADRES

Helma Cissen-van Heugten, Reinier van Arkel,
Bethaniestraat 2, 5211 LI 's-Hertogenbosch.
E-mail: H.cissen@reiniervanarkel.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-10-2018.

TITLE IN ENGLISH

Faster recovery of work participation through collaboration between specialist mental health care and Social Security Institute: a pilot study

aanwijzingen dat w-CGT bij mensen met lichte stemmings- en angstklachten de werkhervatting bevordert (Lagerveld e.a. 2012). Het bestaande w-CGT-behandelprotocol (Lagerveld & Blonk 2012) werd herschreven voor de uitkeringsgerechtigde SGGZ-doelgroep door onder meer het toevoegen van een re-integratietraject (Lagerveld & Cissen 2015). De behandeling begint met een werkgerichte rationale en het opstellen van een werkgericht behandelplan. De werkgerichte invalshoek gaat vanzelfsprekend niet ten koste van de aandacht voor de klachten in andere contexten. In de behandeling van bijvoorbeeld sociale fobie wordt werk als context gebruikt om therapiedoelen zoals het doorbreken van vermijding van sociale contacten te bewerkstelligen en effectievere copingvaardigheden aan te leren. De behandeling bestaat uit gemiddeld 16 wekelijkse sessies met daarna nog 4 maandelijkse sessies. De totale behandelduur is daardoor ongeveer 8 maanden. Door middel van graduele blootstelling aan werk in de vorm van goed begeleide, vroege en gedeeltelijke re-integratie in werk helpt de behandelaar, samen met de re-integratiecoach, cliënten om effectievere copingvaardigheden te ontwikkelen en hun werkgerichte cognities positiever te maken. Het vinden van een daadwerkelijke werk(ervarings)plek is het terrein van de re-integratiecoach, in nauwe afstemming met cliënt en behandelaar.

Een belangrijke meerwaarde van deze afstemming is dat de graduele blootstelling aan werk op maat kan worden aangeboden.

De betrokken professionals hebben voorafgaand aan de start van het project een gezamenlijke trainingsdag gevolgd. Verder volgen de betrokken behandelaars, die ten minste de basiscursus CGT gevolgd hebben, gedurende 7 maanden intervisiebijeenkomsten om vertrouwd te raken met W-CGT.

Gedurende de looptijd van het re-integratietraject is er conform de aanbevelingen van het UMCG (2014) sprake van gestructureerd overleg, in de vorm van casuïstiekoverleg, (frequentie één maal per 6 weken) waarbij kennisdeling en afstemming centraal staan. Daarnaast is er ongeveer elke 3 weken contact tussen SGGZ-behandelaar en re-integratiecoach over de voortgang van het behandelplan en de re-integratiedoelen.

Het traject eindigt met een viergesprek met de deelnemer, betrokken behandelaar, de re-integratiecoach en de arbeidsdeskundige van UWV.

Eerste evaluatie van geïntegreerde aanpak

De volgende vragen waren leidend bij de evaluatie van het project: 1. Hoe ervaren de betrokken professionals en cliënten de uitvoering? 2. In hoeverre leidt de aanpak tot verbetering van participatie bij cliënten met angst- en/of depressieve stoornissen en een uitkering bij het UWV? 3. In hoeverre leidt de aanpak tot meer herstel van psychische klachten bij cliënten met angst- en/of depressieve stoornissen en een uitkering bij het UWV?

Kwalitatieve gegevens over de ervaringen met de geïntegreerde aanpak werden bij de verschillende betrokkenen verzameld middels semigestructureerde *face-to-face*-interviews. Van het behandel/re-integratietraject van alle cliënten werden uitgebreide evaluatieverslagen gemaakt bij de viergesprekken aan het begin en aan het einde van het traject. Kwantitatieve gegevens over participatie en klachtenbeloop werden verkregen met standaard ROM-vragenlijsten voor en na de SGGZ-behandeling (pre-postmeting binnen de interventiegroep). De mate van klachtenherstel binnen de studiegroep werd afgezet tegen een reguliere steekproef van cliënten met angst- en depressieve stoornissen die in dezelfde periode zorg ontvingen, maar geen werkgerichte therapie kregen.

METHODE

Participanten

Voor deelname aan het onderzoek werden in de periode januari 2016-januari 2017 19 cliënten geworven die zich bij de SGGZ aanmeldden vanwege een angst- en/of depres-

sieve stoornis en die in de intakefase geïndiceerd werden voor een ambulante behandeling met CGT (zie **TABEL 1**). Het enige andere inclusiecriteria was het hebben van een ziektewetuitkering bij betreffende UWV-regio. Van de deelnemers werden er 4 geëxcludeerd omdat zij binnen maximaal 6 sessies stopten met de behandeling.

Procedure

Evaluatie van het project werd getoetst door de interne wetenschapscommissie van de instelling. De potentiële deelnemers kregen persoonlijke uitleg en een folder over de interventie. De behandelaar liet cliënten die gemotiveerd waren voor deelname een geïnformeerde toestemmingsverklaring en machtiging ondertekenen, op basis hiervan konden de benodigde gegevens worden uitgewisseld.

Halverwege het project werden, vanwege de trage instroom, de inclusiecriteria uitgebreid met cliënten die een WIA-uitkering (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen) en Wajong-uitkering (Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten) bij UWV hebben, waardoor 19 deelnemers konden worden geïnccludeerd.

Na afloop van het traject werden op volgorde van deelname 4 deelnemers geselecteerd voor een verdiepend interview over hun ervaringen. We kozen ervoor om 2 deelnemers met positieve participatieresultaten en 2 deelnemers met minder resultaat te interviewen. Hiernaast werden de 6 betrokken behandelaars, 1 verzekeringsarts, 1 arbeidsdeskundige en 2 re-integratiecoaches geïnterviewd.

Meetinstrumenten

Semigestructureerde interviews (Male 2011). Er werden 14 semigestructureerde interviews afgenomen door een onafhankelijk interviewer bij cliënten ($n = 4$) en professionals van alle betrokken partijen ($n = 10$). Hierbij werd aandacht besteed aan 'werkzame bestanddelen' in de inhoud, het proces en de inhoudelijke en praktische knelpunten. Daarnaast werden van alle cliënten uitgebreide evaluatieverslagen gemaakt bij begin en einde van de interventie, die meegenomen werden in het onderzoek. *Symptom Questionnaire-48 (SQ-48)*. Dit betreft een zelfrapportage maat voor algemeen ervaren psychische symptomen, met goede psychometrische kwaliteiten (Carlier e.a. 2017b). Voor deze studie gebruikten wij de totaalscore zoals deze werd gerapporteerd bij aanvang en afronding van de SGGZ-behandeling.

De Participatieladder (Gent e.a. 2008) is onderverdeeld in zes treden, van sociaal geïsoleerd tot werkend zonder ondersteuning. Deze werd door de cliënt en re-integratiecoach ingevuld, onder toezicht van de arbeidsdeskundige, voorafgaand aan en na afronding van het traject.

Analyse

We analyseerden de gegevens vanuit de semigestructureerde interviews en evaluatieverslagen op herhaalde thema's en subthema's in lijn met een inhoudsanalyse (Lincoln & Guba 1985). De treden op de Participatieladder werden zonder statistische toetsing vergeleken tussen pre- en postmeting binnen de studiegroep. De studiegroep (n = 15) werd wat betreft klachtenbeloop vergeleken met een steekproef cliënten met angst- en depressieve stoornissen (minus de studiegroep; n = 165) die bij dezelfde instelling zorg kregen ten tijde van de studieperiode. Van deze referentiegroep was niet bekend wat de werk- of uitkeringsstatus was. Middels een t-toets voor gepaarde steekproeven werden verschillen tussen de begin- en eindmeting van beide groepen geanalyseerd. Daarnaast werd met een t-toets voor onafhankelijke steekproeven bekeken of er verschillen waren tussen de beide groepen ten tijde van de aanmelding.

RESULTATEN

Ervaringen met de geïntegreerde aanpak

SAMENWERKING EN ONDERLINGE AFSTEMMING

Alle betrokken professionals en de geïnterviewde cliënten ervoeren de samenwerking, als kenmerkend element van de geïntegreerde aanpak, als effectief, positief en belangrijk. uwv had binnen deze aanpak een bijzondere rol gezien zij een machtspositie had over het inkomen van cliënten. Dit maakte de sggz-professionals aanvankelijk huiverig voor samenwerking. Juist door samen te werken bleek er een vertrouwensrelatie tussen beide organisaties te ontstaan.

Een ggz-behandelaar benoemde het als volgt: *'De samenwerking tussen partijen, waardoor ieder vanuit zijn referentiekader meedacht over de participatiemogelijkheden van de cliënt, heb ik als positief ervaren'*.

Cliënten gaven aan dat zij zich door de samenwerking meer begrepen en gesteund hadden gevoeld. Eén van hen verwoordde dit als volgt: *'Het was prettig dat alle partijen tegelijkertijd op de hoogte waren, dat ik niet bij iedereen apart verhaal hoefde te doen, echt heel fijn. Heeft het herstel wel versneld.'* Een andere cliënte benoemde: *'De ervaring uit het verleden heeft geleerd dat uwv je vooral achter de vordden aan zit, maar dat was nu helemaal niet zo'*. Dat vertrouwen bleek een belangrijk aspect voor participatie: uwv werd meer gezien als een organisatie die erop gericht is om mensen verder te helpen.

Het intensieve persoonlijke contact (tijdens de training, de 6-weekse casuïstiekbespreking, voortgangsgesprekken en tussentijds professioneel overleg) werd door alle betrokken professionals gezien als basis voor wederzijds vertrou-

wen en korte lijnen. Enkele behandelaars benoemden het zinvol te vinden dat er direct (telefonisch of face-to-face) contact mogelijk was met de professionals van uwv. De verzekeringsarts benoemde het feit dat medewerkers van uwv aanwezig waren bij de casuïstiekbesprekingen als baanbrekend.

Alle geïnterviewden benadrukten het belang van 'oefenwerkplekken' in de vorm van een stage, werkervaringsplek, vrijwilligerswerk of een parttimebaan. Bij het zoeken naar en behouden van deze oefenplekken was een zorgvuldige afstemming tussen sggz en re-integratiecoach een randvoorwaarde.

Door een frequente onderlinge afstemming tussen de partijen werden de mogelijkheden en beperkingen van cliënten sneller zichtbaar. Een snelle terugkoppeling werkte daarbij bevorderend voor zowel het behandelproces als de re-integratie. Eén cliënte gaf aan: *'Niet zozeer de mogelijkheden, want ik weet heel goed wat die zijn. Maar de beperkingen zijn heel duidelijk geworden, door deze aanpak ben ik daar sneller achter gekomen. Hierdoor heb ik een baan kunnen vinden die ik emotioneel aankan.'*

Werkgerichte therapie

Alle 6 behandelaars benoemden dat door de werkgerichte therapie, door het toetsen van irrationele cognities over werk en exposure in vivo in de vorm van een werkervaringsplek, de participatiekansen van cliënten verbeterd waren. Vooral graduele blootstelling aan werk vanaf de start van het behandeltraject benoemden zij als nuttigste aspect.

De 2 re-integratiecoaches merkten op dat cliënten die werkgerichte therapie ontvingen, meer openstonden voor re-integratie en zich positiever ontwikkelden binnen het re-integratietraject dan cliënten met psychische klachten die dergelijke ondersteuning niet ontvingen.

Evaluatie van arbeidsparticipatie

Binnen de observatieperiode van deze studie (1 jaar) waren 10 van de 15 cliënten aan het werk: 8 cliënten hadden een werkervaringsplek en 2 cliënten een betaalde baan. Aanvullend lieten 2 cliënten weten dat zij net buiten de observatieperiode (ongeveer 2 maanden later) ook een betaalde baan hadden gevonden.

Hoewel het participatieniveau bij aanvang varieerde tussen de cliënten laat **TABEL 1** zien dat bijna alle cliënten een of meer treden waren gestegen op de Participatieladder. Slechts 1 deelnemer was gelijkgebleven. 8 cliënten waren één trede gestegen, de overige 7 maakten een stijging van twee treden (n = 4), drie treden (n = 1), vier treden (n = 1) of vijf treden (n = 1). Hoewel cliënten nog aanzienlijke psychische klachten op de SQ-48 rapporteerden, was de mate van participatie bij bijna alle cliënten verbeterd.

TABEL 1 Kenmerken van deelnemers aan pilotonderzoek naar arbeidsintegratie en mate van herstel van klachten

Geslacht	Situatie	Leeftijd	Opleidingsniveau	Participatieladder		Klachtniveau	
				Begin	Eind	Begin	Eind
Vrouw	Ziektewet	27	Lbo	3	4	63	103
Vrouw	Ziektewet	27	Lbo 2	1	2	86	78
Vrouw	Wajong	29	Mavo	4	4	65	59
Vrouw	Wajong	31	Mbo 4	2	3	56	57
#Vrouw	Ziektewet	32	Mbo 2	3	4	67	39
Vrouw	Ziektewet	49	Mbo 2	3	4	108	100
Vrouw	Ziektewet	39	Mbo 4	2	3	84	48
Vrouw	Ziektewet	46	Mbo 4	1	6	127	-
#Vrouw	Ziektewet	47	Hbo	2	4	97	79
Man	WIA	33	Mbo 3	3	6	96	89
Man	Ziektewet	44	Lbo	1	3	121	121
Man	Ziektewet	47	Hbo	3	4	61	62
Man	Ziektewet	56	Mbo 4	3	4	86	111
Man	Ziektewet	56	Hbo	1	3	103	86
Man	Ziektewet	57	Wo	2	4	101	105

1 = sociaal geïsoleerd, 2 = sociale contacten buitenshuis, 3 = deelname aan activiteiten, 4 = onbetaald werk, 5 = betaald werk met ondersteuning, 6 = betaald werk

De met # aangemerkte cliënten meldden op eigen initiatief dat ze 2 maanden na afronding van de geïntegreerde aanpak een baan gevonden hadden. De schuingedrukte cliënten betreffen degenen die geïnterviewd werden.

Lbo = lager beroepsonderwijs, Mavo = middelbaar algemeen vormend onderwijs, Mbo = middelbaar beroepsonderwijs, Hbo = hoger beroepsonderwijs, Wo = wetenschappelijk onderwijs. De toegevoegde cijfers geven het niveau aan.

Naast de effecten op arbeidsparticipatie, waren er ook resultaten wat betreft andere vormen van participatie. Enkele cliënten die bij aanvang sociaal geïsoleerd waren, namen na het traject deel aan sociale contacten buitenshuis of activiteiten (trede 2 en 3 van de Participatieladder, zie **TABEL 1**).

Herstel van klachten

De gemiddelde aanvangs- en eindscore van de studiegroep en de reguliere populatie zijn weergegeven in **TABEL 2**. Het afkappunt op de SQ-48 voor klinisch herstel ligt op 54 punten. Dit betekent dat cliënten van beide groepen gemiddeld geen klinisch herstel bereikten.

De studiegroep liet geen significante daling in klachten zien ($t(13) = 1,714; p > 0,05$), de reguliere steekproef wel ($t(164) = 4,324; p < 0,05$). Er kon geen significant verschil in klachtenafname tussen de groepen worden vastgesteld ($t(175) = 0,117; p > 0,05$).

Wat betreft klachtenherstel gaven 8 van de 14 geïnterviewden aan dat de geïntegreerde aanpak bijdroeg aan een sneller klachtenherstel. Dit betroffen 2 cliënten, 4 behandelaars en 2 re-integratiecoaches. Eén cliënt benoemde dit als volgt: *‘Therapie heeft het meest geholpen, maar begrip van uwv en re-integratie heeft zoveel rust gegeven dat mijn psychische klachten sneller hersteld zijn’*.

TABEL 2 Verschil in SQ-48-scores voor pilotgroep en reguliere populatie

Groep	N	SQ-score bij aanvang (Gem. (SD))	SQ-score bij eind (Gem. (SD))	p	d
Pilotgroep	15	90,36 (20,91)	81,14 (25,20)	0,11	0,40
Reguliere steekproef	165	92,95 (24,67)	84,87 (30,64)	0,00	0,29

DISCUSSIE

In dit exploratieve artikel beschreven en evalueerden wij een aanpak die als doel heeft om cliënten met angst- en/of depressieve stoornissen te helpen bij arbeidsparticipatie. Alle cliënten, op één na, zijn één of meerdere treden gestegen op de Participatieladder. Bij afronding van het traject hebben 8 cliënten een werkervaringsplek en 2 cliënten een betaalde baan. Uit de evaluatieverslagen en interviews komt naar voren dat de beschreven aanpak bijdraagt aan (arbeids)participatie. Zo geven alle SGGZ-professionals aan dat de geïntegreerde aanpak participatie meer stimuleert dan reguliere therapie dat doet. Het effect kan volgens alle betrokkenen deels toegeschreven worden aan de werkgerichte therapie (w-CGT) en deels aan de samenwerking tussen de verschillende partijen.

De resultaten zijn in lijn met een eerdere studie van Lagerveld e.a. (2012) naar w-CGT bij werknemers met lichtere angst- en depressieve klachten. We konden niet aantonen dat de geïntegreerde aanpak tot (meer) klachtherstel leidt. 8 van de 14 geïnterviewden, onder wie 2 cliënten met positieve participatieresultaten, hebben echter wel subjectief ervaren dat de geïntegreerde aanpak bijdraagt aan klachtherstel.

Voor zover ons bekend is dit het eerste project waarin een effectieve *practice-based* samenwerking tussen uwv en ggz beschreven is voor cliënten met matige tot ernstige angst- en depressieve stoornissen binnen de SGGZ die geen werkplek hebben om naar terug te keren. Een eerder onderzochte participatieve ondersteunende methode (POM) binnen uwv, bij mensen met psychische klachten, bleek niet succesvol. Dit werd geweten aan de geringe protocoltrouw en te beperkte samenwerking tussen partijen (Lammers e.a. 2016).

Dat de geïntegreerde aanpak positief geëvalueerd wordt, komt mogelijk doordat al voorafgaand aan de start geïnvesteerd is in het creëren van een vertrouwensrelatie tussen ggz en uwv. Hierdoor ontstond bij de professionals een uitwisseling van kennisoverdracht en een gedeeld eigenaarschap. Een andere mogelijke verklaring is de sterke integratie van de aanpak. Door de transparante samenwerking tussen partijen hebben cliënten bovendien de regie zelf in handen wat hun autonomie bevordert en een positief effect heeft op hun self-efficacy.

Op klachtniveau worden op de ROM-metingen geen significante verschillen gemeten tussen voor- en nameting waarbij we moeten aantekenen dat de statistische power erg beperkt is. Het hoge klachtniveau bij einde van de SGGZ-behandeling wordt vaker gezien en heeft mogelijk te maken met diverse variabelen zoals de hoge ernst bij de voormeting, de aard van de psychische klachten, leefomstandigheden en toevallige gebeurtenissen in het leven van de cliënt (De Beurs e.a. 2017). Doordat werk binnen de

geïntegreerde behandelaanpak 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 betekent ook het verwerven van een reëel zicht op eigen mogelijkheden, beperkingen en valkuilen.

In lijn met eerder onderzoek van Lagerveld en Blonk (2012) lijkt werkgerichte graduele blootstelling ook in deze studie een belangrijk aspect in w-CGT. De verwachting is dat aandacht voor de werkomgeving al tijdens de behandeling leidt tot functioneel herstel op de lange termijn, wat de kans op recidive van de angst- en of depressieve stoornis verkleint. Dit stemt overeen met het onderzoek binnen een landelijk cohort van werklozen en bijstandsgerechtigden (Carlier e.a. 2017a). Het hebben van (betaald) werk kan volgens Carlier e.a. (2017a) beschouwd worden als een effectieve interventie om de psychische gezondheid te versterken. Werk dient echter wel aan te sluiten bij de mogelijkheden en behoeften van de cliënt op een manier die energie oplevert (Van Oosten & Burdorf 2017). Hier ligt een belangrijke aandachtspunt voor de SGGZ-behandelaar. Wat betreft de ervaringen met de uitvoering van de geïntegreerde aanpak kunnen we als een belangrijk positief resultaat beschouwen dat het mogelijk is gebleken om samenwerking tussen partijen vorm te geven ondanks de schijnbaar tegenstrijdige belangen. Een samenwerking die door cliënten positief gewaardeerd werd voor hun herstel.

Beperkingen en aandachtspunten

Een eerste beperking is de trage instroom van cliënten binnen de geïntegreerde aanpak, waardoor er slechts 19 cliënten geïncludeerd konden worden. Dit heeft enerzijds te maken met de reorganisatie binnen de instelling gedurende de looptijd van de studie. Anderzijds zijn er ook minder cliënten met een ziekteverzuim van uwv in behandeling binnen het team angst- en depressieve stoornissen dan aanvankelijk ingeschat is.

Een tweede, belangrijke, beperking is verder het ontbreken van een vergelijkbare controlegroep. Wat betreft de kwalitatieve resultaten kan er sprake zijn van bevooroordeeld zijn van de beoordelaars. Behandelaars kunnen nu eenmaal moeilijk inschatten of en in welke mate cliënten beter worden van de geboden behandelingen (Lilienfield e.a. 2016). Deze resultaten tonen echter inzicht in het enthousiasme binnen de dagelijkse praktijk waarin de betrokken professionals zich de nieuwe aanpak eigen hebben weten te maken.

Een derde beperking is dat we bij onze evaluatie klachten en participatie alleen gemeten hebben tijdens het geplande behandel/re-integratietraject gedurende één jaar. Een follow-up-evaluatie had meer informatie kunnen geven over

de structurele effecten op klachten en participatie op de langere termijn.

Een vierde beperking tot slot is dat er sprake is van selectiebias: alleen deelnemers die gemotiveerd waren voor de beschreven aanpak werden geïnccludeerd.

Vervolgonderzoek wordt aanbevolen in een grotere groep cliënten om na te gaan wat het effect van de werkgerichte geïntegreerde aanpak op de klachten en participatie op de lange termijn is. Tevens is het interessant om onderzoek te doen naar de temporele relatie van beide constructen. In hoeverre voorkomt deze aanpak klachtenrecidief en hoe is het verloop in de tijd? Meer duidelijkheid over de invloed van integratie van werkaspecten binnen de psychiatrische behandeling zal behandelaars binnen de sggz in het algemeen motiveren om werk te integreren binnen hun reguliere behandeling en hierin tevens de samenwerking op te zoeken met ketenpartners.

Knelpunten en aanbevelingen

Het samenwerken met ketenpartners die anders opgeleid zijn, vraagt continu aandacht voor samenwerking. De casuïstiekbesprekingen en de viergesprekken hebben hierin een belangrijke meerwaarde. Het waarborgen van de privacy van de cliënt is ook een knelpunt. De betrokkenen stellen een beveiligd netwerk voor waarin onderling overlegd kan worden.

De arbeidsdeskundige van uwv en de re-integratiecoaches hebben ervaren dat de geïntegreerde aanpak hun veel extra tijd kost en agendatechnisch lastig te plannen is. In de doorontwikkeling van de aanpak wordt aandacht geschonken aan het terugdringen van de administratietijd en aan verbetering van de logistiek.

De extra tijd binnen uwv lijkt vooral te verklaren vanuit een verschuiving naar voren in het proces. De rol van de afdeling Ziektewet van uwv veranderde binnen de geïntegreerde aanpak van het accent op claimbeoordeling naar begeleiding bij re-integratie. De aanpak neemt binnen de sggz-behandeling structureel nauwelijks extra tijd in beslag. Een aandachtspunt bij verdere implementatie is


het feit dat de uitkeringssituatie tijdens de sggz-intake op dit moment nog onvoldoende structureel uitgevraagd wordt, waardoor potentiële cliënten voor de geïntegreerde aanpak gemist worden.

Dit project betekent voor de sggz-behandelaars, die opgeleid zijn zich te richten op de stoornis van de cliënt, een duidelijke verbreding van hun behandelfocus. De samenwerking tussen partijen versterkt daarbij de expertise van alle betrokken professionals. Bij een verdere verbreding van de behandelaanpak is het belangrijk dat de focus gericht blijft op samenwerkingsaspecten door een continu scholingsaanbod en gezamenlijke casuïstiekbesprekingen.

CONCLUSIE

Een gelijktijdig op behandeling en re-integratie gericht samenwerkingsprotocol beschrijft hoe samenwerking vormgegeven kan worden tussen ggz en uwv, waarbij men recht doet aan de cliënt. De geïntegreerde aanpak legt het accent niet op de ziekte en problemen, maar op veerkracht, zelfredzaamheid en het hervinden van de zin in het leven. De geïntegreerde aanpak is hiermee een praktijkvoorbeeld van de door Huber e.a. (2016) ontwikkelde bredere visie op gezondheid, 'positieve gezondheid' genoemd.

Deze studie is een eerste aanwijzing, op de korte termijn, dat door therapie werkgericht te maken en samen te werken met ketenpartners, de participatie van cliënten binnen de sggz bevordert wordt. Om een duidelijk effect te meten, ook op langere termijn, is meer onderzoek nodig. Dit project heeft concrete uitwerking gegeven aan het convenant tussen uwv en GGZ Nederland over betere samenwerking bij de arbeidsdeelname van mensen met psychische klachten en biedt kansen voor verdere implementatie.

 Peter van der Pol, verzekeringarts, en Eric Groenendaal, arbeidsdeskundige, hebben een bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van de geïntegreerde aanpak en de discussie.

LITERATUUR

- Beurs de E, Carlier, IVE, Warmerdam EH. Comorbiditeit op as I en de uitkomst van de behandeling. Tijdschr Psychiatr 2017; 59: 150-8.
- Carlier BE, Schuring M, Burdorf A. Influence of an interdisciplinary re-employment programme among unemployed persons with mental health problems on health, social participation and paid employment. J Occup Rehab 2017a; 1: 147-57.
- Carlier BE, Schuring M, Lenthe van FJ, Burdorf A. Influence of health on job-search behavior and re-employment; the role of job-search cognitions and coping resources. J Occup Rehab 2014; 24: 670-9.
- Carlier IVE, Kovács V, Noorden van MS, Feltz-Cornelis van der C, Mooij N, Schulte-van Maaren YWM, e.a. Evaluating the responsiveness to therapeutic change with routine outcome monitoring: a comparison of the Symptom Questionnaire-48 (SQ-48) with the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Outcome Questionnaire-45 (OQ-45). Clin Psych Psychother 2017b; 24: 61-71.

- Einerhand M, Ravesteijn B. Psychische klachten en de arbeidsmarkt. *ESB Gezondheidszorg* 2017; 4754: 2-4.
- Gent MJ, Horssen C, Malle L, Slotboom S. De Participatieladder. Meetlat voor het participatiebudget. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek; 2008.
- Holwerda A, Fokkens AS, Engbers C, Brouwer S. Onderzoeksrapport Samenwerkingsverbanden tussen GGZ en UWV gericht op re-integratie van mensen met een matige tot ernstige psychische stoornis. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen; 2014.
- Huber M, Vliet van M, Boers I. Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016; 160: A7720.
- Lagerveld S, Blonk RWB. Behandelprotocol Werkhervatting bij psychische klachten. Hoofddorp: TNO; 2012.
- Lagerveld SE, Cissen WHJM. Werkgerichte Cognitieve Gedragstherapie voor mensen zonder werk met psychische klachten. Een protocol voor behandeling door GGZ-therapeut in samenwerking met UWV. Utrecht: Zinziz; 2015.
- 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.
- Lammers L, Schaafsma FG, Bonefaas-Groenewoud K, van Mechelen W, Anema JR. Effectiveness of a return to work program for workers without an employment contract, sick-listed due to common mental disorders: a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2016; 42: 469-80.
- 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/izawol.321.
- Lilienfeld SO, Ritschel LO, Lynn SJ, Cautin RL, Lutzman RD. Why ineffective psychotherapies appear to work: a taxonomy of causes of spurious therapeutic effectiveness. *Perspect Psychol Sci* 2016; 9: 355-87.
- Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage; 1985.
- Male van J. Methoden en technieken in kwalitatief onderzoek. *KWALON* 2011; 16: 6-13.
- OESO. *Mental Health and Work: Netherlands*. Parijs: OESO; 2014.
- Oosten A, Burdorf L. Arbeid als medicijn. Vergeet de bijsluiters niet. *TPP* 2017; 4: 69-73.
- UWV, GGZ Nederland. *Convenant tussen Geestelijke Gezondheidszorg Nederland en Uitkeringsinstituut Werknemers Verzekeringen*. Amsterdam: UWV; 2012.
- Winsemius A, Ballering C. Wat werkt bij sociaal en gezond? Over de bijdrage van sociale factoren aan gezondheid. Utrecht: Movisie; 2016.

SUMMARY

Faster recovery of work participation through collaboration between specialist mental health care and Employee Insurance Agency (UWV): a pilot study

W.H.J.M. CISSEN-VAN HEUGTEN, P.T. VAN DER HEIJDEN, I. SLAATS, S.E. LAGERVELD

- BACKGROUND** Mental health complaints are among the most important causes for drop-out in the of labour market. At the same time, work has a positive influence on people's psychological health.
- AIM** To describe and evaluate the integrated approach of specialist mental health care and Employee Insurance Agency (uwv).
- METHOD** The integrated approach was evaluated for a group of 15 clients with anxiety and depressive disorders. Experiences with the approach were explored by treatment evaluation reports and semi-structured interviews with clients, practitioners, an insurance physician, a labour expert and several reintegration coaches. The degree of work participation was measured with the Participation Scale and the complaints were measured by regular ROM measurements.
- RESULTS** The degree of work participation increased during the integrated approach: 8 clients found an unpaid work experience placement, 2 found a paid job. No indications were found that the approach negatively influenced complaint recovery. The interviews showed that clients felt helped and that they experienced a clearly supportive network of committed professionals.
- CONCLUSION** The integrated approach, including work-focused therapy, was evaluated positively by all stakeholders and seems to contribute to work participation.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)5, 326-334

KEY WORDS anxiety and depressive disorders, multidisciplinary collaboration, psychological complaints, reintegration, work, work-focused cognitive behavioral therapy