

# Ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn 'Werk en ernstige psychische aandoeningen'

N. VAN ERP, H. MICHON, D. VAN DUIN, J. VAN WEEGHEL

**ACHTERGROND** In Nederland is de arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) laag (18-19%). Het probleem is niet alleen het vinden, maar vooral ook het behouden van een betaalde baan.

**DOEL** Een richtlijn ontwikkelen om optimale arbeidsparticipatie van mensen met EPA te garanderen, zodat werkuitval bij deze doelgroep zoveel als mogelijk wordt voorkomen.

**METHODEN** Systematisch literatuuronderzoek (EBRO-methode), focusgroepen en casus-studies.

**RESULTATEN** Er is sterke evidentie voor de effectiviteit van de geïntegreerde aanpak Individual Placement and Support voor werkbehoud. Verder zijn er aanwijzingen dat zelf-managementstrategieën en -programma's en assessmentinstrumenten effectief zijn.

**CONCLUSIE** De richtlijn bevat aanbevelingen voor het verbeteren van de begeleiding van deze doelgroep bij werkbehoud. Nader onderzoek is nodig naar de effectiviteit van zelf-managementprogramma's en assessmentinstrumenten voor werkbehoud en naar de samenwerking tussen diverse sectoren.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)3, 193-202]

**TREFWOORDEN** arbeid, ernstige psychische aandoeningen, richtlijn

De betekenis van betaald werk is groot, ook voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) (Van Hoof e.a. 2010). Werk is in de eerste plaats een inkomstenbron en daarmee een middel tot zelfstandigheid en onafhankelijkheid. Daarnaast zorgt een betaalde baan voor een dag- en weekstructuur, is werk een belangrijke bron van sociale contacten, van persoonlijke waardering en zingeving. Echter de afstand tussen wens en werkelijkheid is groot als het gaat om arbeidsdeelname van mensen met EPA. In de Verenigde Staten en Europa komt de arbeidsdeelname van deze groep niet boven de 20% (Marwaha e.a. 2007; Salkever e.a. 2007). In Nederland zien we vergelijkbare percentages (Overweg & Michon 2011).

Ondersteuning van deze groep bij het vinden en behouden van betaald werk is beschikbaar vanuit reguliere arbeidsvoorzieningen, zoals de door UWV erkende re-integratiebedrijven en voorzieningen vanuit de gemeenten. Maar die ondersteuning is niet altijd toegespitst op de specifieke behoeften van mensen met EPA. Mede om die reden biedt ook de ggz haar cliënten ondersteuning bij het vinden en behouden van werk, overigens meestal wel in nauwe samenwerking met voornoemde re-integratiebedrijven. De laatste jaren is het accent steeds sterker op (her)intrede in het reguliere arbeidsproces komen te liggen (Michon & Van Weeghel 2010). Daarbij is het besef gegroeid dat het verkrijgen van een reguliere baan al niet eenvoudig is voor deze groep, maar dat het

behouden van dat werk doorgaans nog veel moeilijker is.

Daarom is op initiatief van de NVAB (beroepsvereniging bedrijfsartsen) en het Trimbos-instituut en in samenwerking met het Kenniscentrum Phrenos, cliëntenorganisaties en andere beroepsverenigingen, de multidisciplinaire richtlijn ‘Werk en ernstige psychische aandoeningen’ ontwikkeld (conceptversie december 2011 voor Autorisatiefase (<http://www.ggzrichtlijnen.nl>). Doelstelling van deze richtlijn is om optimale arbeidsparticipatie van mensen met EPA te garanderen, zodat werkuitval bij deze doelgroep zoveel mogelijk wordt voorkomen. De focus van de richtlijn ligt op baanbehoud, maar er zijn ook gerelateerde uitkomsten zoals arbeidsparticipatie en kans op betaald werk meegenomen.

In de richtlijn hebben de uitgangsvragen betrekking op:

- beïnvloedende factoren voor baanbehoud;
- effectieve zelfmanagementinterventies;
- best practices voor het inschatten van competenties;
- elementen van arbeidsbegeleiding;
- best practices in de samenwerking tussen actoren.

## DOELGROEP

Centraal in deze richtlijn staan mensen met EPA die willen (blijven) participeren in het arbeidsproces en ieder die betrokken is bij de begeleiding van deze personen. Het gaat om mensen die gezien de ernst van hun psychische problemen en de daarmee samenhangende beperkingen in het dagelijks leven langdurig behoefte hebben aan ondersteuning, al dan niet vanuit de geestelijke gezondheidszorg (Kroon & Pijl 2008). Hierbij wordt veelal over de drie D's gesproken.

**Diagnose** Er moet sprake zijn van een ernstige psychische aandoening (*severe mental illness*) zoals beschreven in de DSM-IV-TR. Drie diagnoses zijn altijd meegenomen: schizofrenie/stoornissen in psychosespectrum; bipolaire

stoornis; depressie met psychotische kenmerken. De reden hiervoor is dat in veel studies geen melding wordt gedaan van de beperkingen en zorgbehoeften van de onderzochte groep, waardoor deze studies hadden moeten worden uitgesloten. Voor deze drie stoornissen is gekozen omdat deze stoornissen vaak als ernstig worden opgevat. Uit gegevens van een Nederlandse bevolkingsstudie (NEMESIS) blijkt dat in 1996 de jaarprevalentie van deze stoornissen tezamen 1,8% was, terwijl 3,1% gedurende het leven ooit één van deze stoornissen had gehad (zie Kroon & Pijl 2008).

Overige diagnoses, zoals persoonlijkheidsstoornis, angststoornis (inclusief posttraumatische stressstoornis), ADHD, autisme, depressie en dubbele diagnose, zijn meegenomen indien ze voldoen aan de criteria voor duur en disability. Verslaving is meegenomen als comorbide factor in de vorm van dubbele diagnose, evenals mogelijke andere comorbide problemen.

**Disability** Er moet sprake zijn van beperkingen in het functioneren in sociale rollen: zelfverzorging, het voeren van een huishouding en deelname aan het maatschappelijk leven, zoals sociale contacten en het verrichten van werk.

**Duur** Er moet sprake zijn van een minimale duur van de problematiek. Dit wordt vaak geoperationaliseerd als de duur van ggz-contact (meer dan twee jaar).

## METHODEN

### Richtlijnwerkgroep en technisch team

De multidisciplinaire richtlijn is ontwikkeld door de werkgroep Multidisciplinaire Richtlijn Werk en ernstige psychische aandoeningen, in opdracht van het programma Kennisbeleid Kwaliteit en Curatieve Zorg (KKCZ) van ZonMw. De richtlijnwerkgroep bestond uit een kerngroep en een klankbordgroep. Hierin waren beroepsverenigingen en organisaties vertegenwoordigd welke betrokken zijn bij de begeleiding van mensen met EPA in en naar

betaald werk (NVAB, NVVP, NVVA, NVVG, NHG, NIP, UWV, Vereniging jobcoaches, CEDRIS, DIVOSA, Kenniscentrum Phrenos, Anoiksis, LPGGZ, VMDB). Uitgenodigd, maar niet gekomen zijn werkgeversorganisaties VNO/NCW en MKB-Nederland. Al deze organisaties hebben de gelegenheid gekregen om commentaar te leveren op de conceptrichtlijn. Vervolgens is de richtlijn aan hen voorgelegd ter autorisatie.

De richtlijnwerkgroep is ondersteund door het technisch team van het Trimbos-instituut. Dit technisch team bestond uit een projectleider, informatiespecialist, literatuurreviewers, onderzoekers, ambtelijk secretaris en een projectassistente.

#### EBRO-methode

De richtlijn is ontwikkeld volgens de methodiek van de evidence-based richtlijnontwikkeling EBRO (CBO 2007). Om de uitgangsvragen te beantwoorden is systematisch gezocht naar relevante onderzoeksbevindingen. Als uitgangspunt is gezocht naar bestaande richtlijnen voor deze doelgroep (zoals de multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie en het verzekeringsgeneeskundige protocol Schizofrenie en verwante psychosen) en systematische reviews of meta-analyses.

De informatie uit de bestaande richtlijnen, systematische reviews en meta-analyses is aangevuld met informatie uit recent oorspronkelijk onderzoek (vanaf de datum van de laatste systematische review) van zo hoog mogelijk bewijsniveau (gecontroleerde trials en cohortonderzoek). In literatuuronderzoek is gezocht naar publicaties in de periode 1990-juni 2010 in de taalgebieden Engels, Nederlands of Duits. De kwaliteit van de geselecteerde artikelen is beoordeeld volgens de criteria van het EBRO-platform. Daarna zijn ze gegradeerd naar de mate van methodologische kwaliteit. Deze informatie is per uitgangsvraag samengevat in een evidencetabel. In de evidencetabel is beschreven: patiëntenpopulatie, de toegepaste interventie of diagnostische test, onderzochte predictoren, uitkomstmaten en onderzoeksresulta-

ten. Deze tabellen zijn in bijlage 1 van de richtlijn opgenomen (zie <http://www.ggzrichtlijnen.nl>).

De aanbevelingen zijn gebaseerd op wetenschappelijk bewijs en op overige overwegingen, zoals voorkeuren van cliënten en familie, kosten, beschikbaarheid en organisatorische aspecten. Het volgen van deze procedure vergroot de helderheid voor de gebruiker van de richtlijn.

#### Focusgroepen en casusstudies

In aanvulling op het literatuuronderzoek is bij de ontwikkeling van deze richtlijn gebruikgemaakt van focusgroepen en casusstudies. Dit betekent dat de richtlijn niet alleen gebaseerd op wetenschappelijke kennis, maar ook op kennis en ervaringen uit de praktijk.

De focusgroepen hebben als doel om meer inzicht te krijgen in de visies en standpunten van de diverse betrokkenen. In samenwerking met het Athena-instituut van de VU (die het proces van cliëntenparticipatie bij deze richtlijn geëvalueerd heeft) zijn vier focusgroepen georganiseerd: één met cliënten met EPA, één met cliëntenvertegenwoordigers, één met familieleden van cliënten en één met re-integratieprofessionals. In de bijeenkomsten hebben een exploratie en verdieping van de uitgangsvragen plaatsgevonden. Ook is een dialoogbijeenkomst georganiseerd, waarbij cliënten (vertegenwoordigers), familieleden en professionals ideeën en opvattingen hebben uitgewisseld en overige overwegingen en aanbevelingen hebben geformuleerd.

Daarnaast zijn acht casusstudies uitgevoerd om het re-integratieproces van werknemers met EPA in kaart te brengen. Hierin zijn de ervaringen beschreven van de werknemers en de actoren die een rol vervullen of recentelijk vervuld hebben in het re-integratieproces. Per casus zijn drie actoren geïnterviewd: de werknemer, de re-integratieprofessional (bijvoorbeeld jobcoach of bedrijfsarts) en de werkgever of leidinggevende.

## RESULTATEN

### Beïnvloedende factoren

De eerste uitgangsvraag van de richtlijn is: met welke beïnvloedende factoren voor baanbehoud dient in de begeleiding van cliënten rekening te worden gehouden? Voor de literatuurstudie zijn 13 artikelen geselecteerd: 2 kwalitatieve studies, 5 reviews en 6 longitudinale studies.

Uit de kwalitatieve studies (Becker e.a. 2007; Henry & Lucca 2004) komen factoren naar voren die mensen met EPA helpen bij het behouden van werk. Zelfmanagement van symptomen en copingvaardigheden zijn belangrijk om met terugval te kunnen omgaan. Ook parttime werken kan herstel faciliteren (Becker e.a. 2007). Uit beide studies spreekt het belang van goede en – indien nodig – langdurige ondersteuning. Verder is een goede relatie met de begeleider van belang, omdat die mensen het vertrouwen kan geven dat ze het werk aankunnen.

In de reviews en longitudinale studies worden de beïnvloedende factoren onderverdeeld in persoonsgebonden factoren en omgevingsfactoren.

**Persoonsgebonden factoren** Deze komen in alle geselecteerde studies aan de orde. De wetenschappelijke resultaten op het terrein van psychische symptomen zijn niet geheel eenduidig. Uit de review van Michon e.a. (2005) blijkt geen duidelijk verband tussen symptomen en betaald werk. Uit de reviews van Tsang e.a. (2010) en Marwaha en Johnson (2004) komt naar voren dat negatieve symptomen de kans op betaald werk verminderen. Volgens Lagerveld e.a. (2010) is er redelijk bewijs dat ernstige depressieve symptomen samenhangen met meer arbeidsbeperkingen. Uit de longitudinale studie van Biegel e.a. (2010) blijkt dat meer symptomen de kans op betaald werk van mensen met een dubbele diagnose verminderen.

Uit twee longitudinale studies (Gold e.a. 2002; Mueser e.a. 2001) en één review (Tsang e.a. 2010) komt cognitief functioneren als predictor voor

betaald werk naar voren. Verder blijkt uit vier studies (Marwaha & Johnson 2004; Michon e.a. 2005; Mueser e.a. 2001; Tsang e.a. 2010) dat het (sociale) functioneren een positieve invloed heeft op arbeidsparticipatie. Ook is een sterkere *self-efficacy* (de mate waarin betaald werk door de persoon zelf als haalbaar wordt gezien) een voorspeller voor betaald werk (Michon e.a. 2005).

Een gunstig arbeidsverleden blijkt vaak (Burke-Miller e.a. 2006; Catty e.a. 2008; Mueser e.a. 2001; Tsang 2010) een positieve invloed te hebben op de arbeidsparticipatie. Ook zijn aantal opleidingsjaren en het opleidingsniveau voorspellers van het verkrijgen en behouden van betaald werk (Burke-Miller 2006; Salkever 2003; Tsang e.a. 2010). Verder hebben jongeren meer kans op betaald werk dan ouderen (Burke-Miller 2006; Lagerveld e.a. 2010; Salkever 2003; Tsang e.a. 2010).

**Omgevingsfactoren** Naar de invloed van omgevingsfactoren is nog weinig systematisch onderzoek verricht. Er zijn aanwijzingen dat vooroordelen van werkgevers over mensen met EPA een belemmerende rol spelen bij de arbeidsparticipatie van deze doelgroep. Ook de angst bij mensen met EPA om er financieel op achteruit te gaan, lijkt een negatieve rol te spelen (Marwaha & Johnson 2004).

In de *focusgroepen* en *casusstudies* hadden de belemmerende factoren in de eerste plaats betrekking op de gevolgen van de psychische aandoening, zoals concentratieproblemen, vermoeidheid en gespannenheid. Verder zijn er soms belemmeringen in de werksituatie, zoals te weinig coaching en een gebrek aan rustperiodes. Daarnaast ervaren mensen soms weinig begrip bij collega's en leidinggevenden. Belemmerende omgevingsfactoren zijn onzekerheid over de financiën en problemen in de thuissituatie.

Werkbehoud wordt bevorderd door factoren in de werkomgeving (goede werksfeer, rustruimte), aanpassingen in werk(tijden) en ondersteuning door re-integratieprofessionals, leidinggevenden en maatjes op de werkvloer. Ook open-

heid van de werknemer tegenover de werkgever kan een positieve invloed hebben op baanbehoud doordat er meer begrip wordt gekweekt.

### Zelfmanagement

De tweede uitgangsvraag is: wat zijn effectieve zelfmanagementinterventies voor het behouden van een baan? Hierbij is zowel gekeken naar wat mensen zelf al doen (zelfmanagement- en copingstrategieën) als naar programma's die zelfmanagement bij deze doelgroep beogen te bevorderen. De literatuurstudie leverde 4 kwalitatieve studies op en 3 RCT's.

De kwalitatieve studies richten zich vooral op de vraag wat mensen doen om hun baan te behouden. In een studie van Silver (2004) onder 12 ervaringsdeskundigen worden externe en persoonlijke zelfmanagementstrategieën onderscheiden. Externe strategieën betreffen vooral de (in)formele ondersteuningsnetwerken waar ervaringsdeskundigen gebruik van maken. Bij persoonlijke strategieën gaat het om veranderingen in attitude (motivatie, positief zelfbeeld), cognitie (probleemoplossing, accepteren van beperkingen) en gedrag (opkomen voor jezelf, pauzes nemen). Provencher e.a. (2002) vonden bij 14 werkende en niet-werkende mensen dat de zelfmanagementstrategieën samenhangen met de herstelfase. In de eerste fase hanteren veel mensen passieve en vermijdende strategieën. Later proberen zij meer controle te krijgen op hun leven en richten zij zich op het voorkomen van uitval en stressreductie. In de derde fase krijgen deze mensen meer grip op hun problemen en hanteren zij proactieve strategieën, zoals realistische doelen stellen.

Drie RCT's zijn uitgevoerd naar de effecten van zelfmanagementprogramma's op arbeidsparticipatie of werkbehoud. In de RCT van Lysaker e.a. (2005) ( $n = 50$ ) is een programma met cognitieve gedragstherapie vergeleken met standaard ondersteuningsgroepen. Na 5 maanden hadden de deelnemers aan gedragstherapie gemiddeld meer weken gewerkt (20,39 (SD: 8,00) vs. 13,71 (SD: 10,44); effect size = 0,71;  $p = 0,02$ ). De RCT van Mueser e.a.

(2005) ( $n = 35$ ) vergeleek de toevoeging van de Libermanmodule 'Omgaan met werk' aan begeleid werken (supported employment) met alleen begeleid werken. Na 18 maanden waren er geen significante verschillen tussen beide groepen in het aantal gewerkte uren en dagen. In een studie van Vauth e.a. (2005) ( $n = 138$ ) worden drie condities vergeleken: toevoeging van computergestuurde cognitieve training (CAST) aan arbeidsrehabilitatie (AR), toevoeging van een training zelfmanagementvaardigheden voor negatieve symptomen (TSSN) aan AR en standaardzorg (AR). Na 18 maanden hadden deelnemers aan CAST plus AR vaker werk gevonden dan deelnemers aan standaardzorg (65 vs. 43%, absolute risicoreductie = 0,22;  $NNT = 4,54$ ).

Ook in de focusgroepen en casusstudies werd het belang van goede zelfmanagementstrategieën onderstreept. Op het werk proberen mensen met EPA hun energie op een efficiënte manier te verdelen, hun werktijden aan te passen en rustmomenten in te bouwen. Buiten het werk proberen mensen gezond te leven en hun medicatie tijdig in te nemen. Daarnaast helpt het om zelfdiscipline te hebben, de eigen grenzen te kennen en de problemen te leren accepteren.

### Inschatten competenties

De derde uitgangsvraag is: wat zijn best practices voor het inschatten van competenties in het vinden en behouden van werk? Bij competenties gaat het niet alleen om specifieke arbeidsvaardigheden, maar ook om cognitieve vaardigheden, werkmotivatie en arbeidstevredenheid. Er zijn 6 studies geselecteerd: 1 systematische review, 1 RCT, 3 validiteitsstudies en 1 cohortstudie. Aangezien de afzonderlijke studies allemaal betrekking hebben op instrumenten die in Nederland niet gebruikt worden, beperken we ons hier tot de resultaten van de systematische review.

In de review van Peer en Tenhula (2010) zijn 12 instrumenten geselecteerd: 9 situationele assessments and 3 performance-based assessments. Bij

situationele assessments worden deelnemers in hun natuurlijke werkomgeving geobserveerd door een onderzoeker. Bij *performance-based assessments* worden deelnemers beoordeeld in een niet-natuurlijke setting, zoals laboratoriummetingen. Uit de studie komt naar voren dat er geen gouden standaard voor assessmentinstrumenten is. De auteurs trekken de volgende conclusies:

- situationele assessments zijn praktischer in gebruik en efficiënter;
- nadeel van situationele assessments is dat een observator nodig is die de deelnemer op de werkplek observeert;
- performance-based assessments vereisen meer tijd, training en materialen. Verder is de generaliseerbaarheid naar 'echte' werksituaties twijfelachtig.

Uit de *focusgroepen* en *casusstudies* blijkt dat re-integratieprofessionals de competenties vooral inschatten door middel van gesprekken met de werknemer. Aandachtspunten hierbij zijn het arbeidsverleden, de opleiding, de wensen en interesses van de werknemer, de sociale vaardigheden, het geheugen en de probleemanalyse. Ook wordt gekeken hoe iemand in het gesprek overkomt en wordt aan naastbetrokkenen gevraagd naar de kwaliteiten van de werknemer. Verder gaat men soms op de werkvloer kijken hoe iemand functioneert en wordt gesproken met de leidinggevende en collega's, of wordt gebruik gemaakt van een beroepskeuzetest of proefplaatsing.

#### Werkzame elementen interventies

In de multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie wordt *individual placement and support (IPS)* als een effectieve interventie beschouwd. IPS heeft de volgende kenmerken: iedere cliënt die regulier werk wil, mag meedoen, er wordt snel gezocht naar betaald werk, de wensen van de cliënt staan centraal, er wordt langdurige ondersteuning geboden aan de persoon en de werkomgeving, en de arbeidsbegeleider is lid van een ambulante behandelteam (Becker & Drake 2003). Dat er een

effectief model beschikbaar is, was dus inmiddels bekend. Daarom is als vierde uitgangsvraag van de richtlijn geformuleerd: Welke elementen van arbeidsbegeleiding kan men het beste inzetten om te komen tot baanbehoud? De literatuurstudie leverde 4 RCT's, 2 quasi-experimentele studies, 1 cross-sectionele studie en 1 cohortonderzoek op.

Catty e.a. (2008) vonden dat een werkwijze volgens het IPS-model de kans op het behoud van betaald werk vergroot ( $p < 0,10$ ). Ook in een studie van Becker e.a. (2006) wordt een positief verband aangetoond tussen modelgetrouw werken en de kans op betaald werk ( $p = 0,05$ ).

Mueser e.a. (2001) hebben het verband tussen succesvolle matching (van arbeidswens en baan) en werkbehoud onderzocht. De 31 IPS-clieñten die werk vinden dat aansluit bij hun wensen, behouden significant langer hun baan dan de 17 cliëñten bij wie dit niet het geval is (gemiddeld 29 versus 15 weken).

Uit de *focusgroepen* en *casusstudies* komt naar voren dat de mogelijkheden en beperkingen van de werknemer zorgvuldig in kaart moeten worden gebracht, zodat het werk daarop kan worden afgestemd. Ook moet er actief gewerkt worden aan empowerment, autonomie, zelfontplooiing en zelfmanagement van de werknemer. Verder dient de interventie zich te richten op de financiële aspecten van werk en op manieren om begrip op de werkvloer te creëren voor de situatie van de werknemer. Bij dreigende uitval is het belangrijk dat de professional snel reageert en de begeleiding intensiveert om uitval te voorkomen. Ook tijdens de ziekte van de werknemer is intensief contact tussen werknemer, leidinggevende en professional noodzakelijk. Bij werkhervatting zijn de volgende elementen van belang: een geleidelijke opbouw van uren, werkaanpassingen en een nauwe afstemming tussen arbeidsbegeleiding en ggz-hulpverlening.

## Samenwerking tussen actoren

De laatste uitgangsvraag is: wat zijn best practices in de samenwerking tussen actoren om te komen tot behoud van werk? De literatuurstudie leverde 4 kwalitatieve studies, 1 implementatiestudie, 1 multisite RCT en 1 pre-poststudie op.

Uit de studie van Cook e.a. (2005) blijkt dat geïntegreerd werken, dat wil zeggen een nauwe samenwerking tussen arbeidsbegeleiders en ggz-hulpverleners, de kans vergroot om 40 uur of meer per maand te werken (53 vs. 31%; oddsratio: 1,43;  $p < 0,001$ ). Rinaldi en Perkins (2007) vonden dat bij de geïntegreerde aanpak gedurende een jaar 37% ( $n = 124$ ) van de cliënten betaald werk verkreeg of behield, tegen 17% bij de niet-geïntegreerde werkwijze ( $n = 45$ ). Uit de studie van Drake e.a. (2003) blijkt dat geïntegreerde programma's succesvoller zijn in het betrekken en behouden van cliënten bij arbeidsbegeleiding dan niet-geïntegreerde programma's. Ook was er een betere communicatie tussen de diverse professionals en leidde een geïntegreerde benadering tot meer inzicht in elkaars werkwijze.

Uit een onderzoek van Van Erp e.a. (2007) komt naar voren dat de geïntegreerde aanpak met IPS ook in Nederland kans van slagen heeft, mits er sprake is van heldere samenwerkings- en financieringsafspraken en een adequate projectleiding en arbeidsbegeleiders en hulpverleningsteams getraind worden in IPS.

De uitkomsten van de *focusgroepen en casusstudies* wijzen erop dat een zorgvuldige afstemming tussen de re-integratieprofessionals (jobcoaches, bedrijfsartsen) en andere professionals (ggz-hulpverleners, verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen) noodzakelijk is. Dit is van belang voor een eenduidige aanpak naar de werknemer, voor de continuïteit in de begeleiding en om te overleggen over de begeleiding. Korte lijnen en regelmatig face-to-facecontact zijn hierbij essentieel. Verder moet er regelmatig contact zijn met de leidinggevende en eventueel de collega's van de werknemer, vooral wanneer een werknemer minder goed func-

tioneert. Ook een goede samenwerking tussen professionals en naastbetrokkenen is van belang.

## DISCUSSIE

### Aanbevelingen

Op basis van de onderzoeksresultaten heeft de richtlijnwerkgroep tal van aanbevelingen geformuleerd. Hier vatten we de belangrijkste samen.

- In de begeleiding bij baanbehoud dient men rekening te houden met de psychische stoornis, de beperkingen die deze meebrengt voor het werk en de eisen van de specifieke werkplek. Verder moet ook ingezet worden op omgevingsfactoren, zoals de wet- en regelgeving en de thuissituatie.
- Zelfmanagementprogramma's, waaronder cognitieve training en herstelgroepen, dienen nader ontwikkeld en ingezet te worden voor baanbehoud.
- Daarnaast wordt het gebruik van assessmentinstrumenten die het werkgedrag van de werknemer in diens actuele werkomgeving in kaart brengen, aanbevolen. Hierbij dient men niet alleen aandacht te hebben voor vaktechnische, maar ook voor sociale en cognitieve vaardigheden.
- Aanbevolen wordt om IPS zo modelgetrouw mogelijk aan te bieden. Mensen met EPA moeten een beroep kunnen doen op op maat gesneden jobcoaching, die zich zowel op de betreffende werknemer als op zijn of haar sociale en fysieke werkomgeving richt.
- Verder dienen de verschillende instanties (UWV, gemeenten, re-integratiebureaus, arbodiensten en ggz-instellingen) integraal samen te werken rond mensen met EPA. Ook moeten de verschillende beroepsgroepen zich beter op de hoogte stellen van elkaars werkwijze en verantwoordelijkheden.

## Vervolgonderzoek

Om de lacunes in kennis verder op te vullen is meer onderzoek nodig. Zo is nader onderzoek gewenst naar de effecten van zelfmanagementstrategieën en -programma's op het behoud van werk. Ook is onderzoek naar effectief gebruik van assessmentinstrumenten voor werkbehoud noodzakelijk. Verder dient in Nederland gericht onderzoek plaats te vinden naar de werkzame ingrediënten van IPS en andere arbeidsintegratieprogramma's en naar de samenwerking tussen sectoren. Ten slotte wordt aanbevolen om nader onderzoek te doen naar de effectiviteit van verschillende vormen van stigmabestrijding in relatie tot werk, zoals programma's voor het verminderen van zelfstigma bij mensen met EPA.

## Focusgroepen en casusstudies

Deze richtlijn heeft een bijzonder karakter omdat ze niet alleen gebaseerd is op wetenschappelijke kennis, maar ook op praktijkkennis en ervaringskennis (focusgroepen en casusstudies). Redenen hiervoor waren dat het wetenschappelijk bewijs bij sommige uitgangsvragen nog beperkt is en dat de richtlijn nauw moest aansluiten bij de dagelijkse re-integratiepraktijk.

We kunnen concluderen dat de toevoeging van de focusgroepen en casusstudies aan het richtlijntraject om drie redenen zinvol is geweest. Het heeft de wetenschappelijke kennis: bevestigd of ontkracht (zoals bij beïnvloedende factoren, zelfmanagement en samenwerking actoren), op belangrijke punten aangevuld (zoals bij beïnvloedende factoren, assessment en werkzame elementen) en verder geconcretiseerd, zodat de kennis beter aansluit bij de praktijk (zoals bij zelfmanagement, werkzame elementen en competenties).

Een derde reden waarom focusgroepen en casusstudies aan het richtlijntraject zijn toegevoegd, is om het perspectief van cliënten en familieleden een belangrijke plek te geven in de ontwikkeling van deze richtlijn. Dat deze aanpak geslaagd is, blijkt uit onderzoek van het Athena-


instituut (Broerse e.a. 2011), die de cliëntenparticipatie in deze en andere richtlijnen heeft onderzocht. De inbreng van het cliënten- en familieperspectief vanuit focusgroepen en casusstudies werd door de betrokkenen als een belangrijke aanvulling gezien op de bijdrage van cliëntenvertegenwoordigers.

## Implementatie en evaluatie

De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn is geen doel op zich; belangrijk is dat deze in de praktijk gebruikt gaat worden. Daarom is in een verspreidings- en implementatieplan aangegeven welke activiteiten zinvol zijn voor implementatie van de richtlijn (zoals gezamenlijke scholing van verschillende disciplines) en met welke indicatoren gemeten kan worden of de richtlijn effect heeft. Het evalueren van de richtlijn aan de hand van deze indicatoren valt echter buiten het bestek van dit project. Daarom moeten nieuwe initiatieven ertoe leiden dat deze richtlijn naar behoren wordt geïmplementeerd en geëvalueerd.

## CONCLUSIE

Op het terrein van werkbehoud en EPA is inmiddels de nodige wetenschappelijke evidentie ontwikkeld. Zo is er een effectieve manier om mensen met EPA te begeleiden bij het behouden van betaald werk, namelijk met individual placement and support (IPS). Vooral de geïntegreerde aanpak is hierbij succesvol. Een zorgvuldige afstemming tussen re-integratieprofessionals en ggz-hulpverleners bevordert een duidelijke aanpak en continuïteit in de begeleiding. Ook zijn er aanwijzingen dat zelfmanagementprogramma's en instrumenten voor in- vivoassessment het baanbehoud kunnen bevorderen, al is nog niet duidelijk welke van deze programma's en instrumenten effectiever zijn dan andere.

 Wij danken de leden van de kerngroep en klankbordgroep

voor hun actieve bijdrage aan de inhoud van de richtlijn.



## LITERATUUR

- Becker DR, Drake RE. A working life for people with severe mental illness. New York: Oxford University Press; 2003.
- Becker DR, Xie H, McHugo GJ, Halliday J, Martinez RA. What predicts Supported Employment program outcomes? *Community Ment Health J* 2006; 42: 303-3.
- Becker D, Whitney R, Bailey E, Drake RE. Long-term employment trajectories among participants with severe mental illness in Supported Employment. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 922-8.
- Biegel DE, Stevenson LD, Beimers D, Ronis RJ, Boyle P. Predictors of competitive employment among consumers with co-occurring mental and substance use disorders. *Res Soc Work Pract* 2010; 20: 191-201.
- Broerse JEW, van der Ham AJ, Pittens CACM, van Veen SC, van Tulder MW. De optimalisatie van patiëntenparticipatie in richtlijnontwikkeling. Deel 2: Beschrijving van vier casussen en eindconclusie. Amsterdam: Athena Instituut, Vrije Universiteit; 2011.
- Burke-Miller JK, Cook JA, Grey DD, Razzano LA, Blyler CR, Leff HS, e.a. Demographic characteristics and employment among people with severe mental illness in a multisite study. *Community Ment Health J* 2006; 42: 143-59.
- Catty J, Lissouba P, White S, Becker T, Drake RE, Fioritti A, e.a. Predictors of employment for people with severe mental illness: results of a international six-centre randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 224-31.
- CBO. Evidence-based richtlijnontwikkeling. Handleiding voor werkgroepleden (update). Utrecht: CBO; 2007.
- Cook JA, Lehman AF, Drake R, McFarlane WR, Gold PB, Leff HS, e.a. Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *Am J Psychiatry* 162; 10: 1948-56.
- Drake RE, Becker DR, Bond GR, Mueser KT. A process analysis of integrated and non-integrated approaches to supported employment. *J Vocat Rehabil* 2002; 18: 51-8.
- Erp NHJ van, Giesen FBM, van Weeghel J, Kroon H, Michon HWC, Becker D, e.a. A multisite study of implementing Supported Employment in the Netherlands. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 1421-6.
- Gold JM, Goldberg RW, McNary SW, Dixon LB, Lehman AF. Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1395-402.
- Henry AD, Lucca AM. Facilitators and barriers to employment: The perspectives of people with psychiatric disabilities and employment service providers. *Work* 2004; 22: 169-82.
- Hoof F van, Knispel A, Meije D, van Wijngaarden B, Vijselaar J. Trendrapportage GGZ 2010. Deel 1 Organisatie, structuur en financiering. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
- Kroon H, Pijl B. Het aantal mensen met ernstige psychische stoornissen in de GGZ. Trends in de periode 1995-2004 op basis van psychiatrische casusregisters. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008.
- Lagerveld S, Bültmann U, Franche RL, van Dijk H, Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis MC, e.a. Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. *J Occup Rehabil* 2010; 20: 275-92.
- Overweg K, Michon H. Factsheet Panel Psychisch Gezien. Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.
- Lysaker PH, Bond G, Davis LW, Bryson GJ, Bell MD. Enhanced cognitive-behavioral therapy for vocational rehabilitation in schizophrenia: Effects on hope and work. *J Rehabil Res Dev* 2005; 42: 673-82.
- Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 337-49.
- Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Stafford M, Angermeyer MC, Brugha T, e.a. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 30-7.
- Michon H, van Weeghel J. Rehabilitatieonderzoek in Nederland: overzicht van onderzoek en synthese van recente bevindingen. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 683-94.
- Michon HWC, van Weeghel J, Kroon H, Schene AH. Person-related predictors of employment outcomes after participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes: A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 408-16.
- Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR. A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2001; 27: 281-96.
- Mueser KT, Aalto S, Becker D, Ogdan JS, Wolfe RS, Schiavo D, e.a. The effectiveness of skills training for improving outcomes in Supported Employment. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 1254-60.
- Peer JE, Tenhula W. Assessment of vocational functioning in serious mental illness: A review of situational assessment and performance based measures. *J Vocat Rehabil* 2010; 32: 175-89.
- Provencher HL. The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 2002; 26: 132-44.

- Rinaldi M, Perkins R. Comparing employment outcomes for two vocational services: Individual placement and support and non-integrated pre-vocational services in the UK. *J Vocat Rehabil* 2007; 27: 21-7.
- Salkever DS, Karakus MC, Slade EP, Harding CM, Hough RL, Rosenheck e.a. Measures and predictors of community-based employment and earnings of persons with schizophrenia in a multisite study. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 315-24.
- Silver T. Coping with dual challenges as providers with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 28: 165-71.
- Tsang HWH, Leung AY, Chung RCK, Bell M, Cheung W. Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998. *Aust N Z J Psychiatry* 2010; 44: 495-504.
- Vauth R, Corrigan PW, Clauss M, Dietl M, Dreher-Rudolph M, Stieglitz RD, e.a. Cognitive strategies versus self-management skills as adjunct to vocational rehabilitation. *Schizophr Bull* 2005; 31: 55-66.

## AUTEURS

NICOLE VAN ERP, wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, programma Re-integratie, Utrecht.

HARRY MICHON, senior wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, programma Re-integratie, Utrecht, en lector duurzaam werken, Fontys Hogeschool.

DANIËLLE VAN DUIN, wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, programma Zorginnovatie, Utrecht, en stafmedewerker Implementatie en Onderzoek, Kenniscentrum Phrenos.

JAAP VAN WEEGHEL, directeur wetenschap, Kenniscentrum Phrenos te Utrecht, manager zorgontwikkeling en onderzoek, Dijk en Duin, en bijzonder hoogleraar Psychiatrische Rehabilitatie, Universiteit van Tilburg.

Correspondentieadres: Nicole van Erp, Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht.

E-mail: nerp@trimbos.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-9-2012.

## SUMMARY

Development of the multidisciplinary guideline on 'Work and severe mental illness' – N. van Erp, H. Michon, D. van Duin J. van Weeghel –

**BACKGROUND** In the Netherlands only a comparatively low percentage (18-19%) of persons with severe mental illness (SMI) are in paid employment. The problem consists not only of finding a job but also of holding it down.

**AIM** To develop guidelines that will ensure that patients with SMI have the best possible access to paid employment and that the drop-out rate for this group is as low as possible.

**METHOD** We reviewed the literature systematically and reviewed the results revealed by focus groups and case studies.

**RESULTS** There is strong evidence that the integrated approach 'Individual Placement and Support' is effective in keeping people in employment. There are indications that self-management strategies and programmes and assessment instruments are also effective in this regard.

**CONCLUSION** The guidelines recommend that persons with SMI should be given continuing support so they can remain in paid employment. More research is needed into how effective self-management programmes and assessment instruments can be in keeping this group of persons in employment. Collaborations between various sectors also needs to be further investigated.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)3, 193-202]

**KEY WORDS** guidelines, severe mental illnesses, work