

**DESKRESEARCH NAAR EFFECTIEVE INTERVENTIES  
GERICHT OP ARBEIDSPARTICIPATIE VAN MENSEN  
MET PSYCHISCHE AANDOENINGEN**

Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG - UMCG)

Auteurs: Bert Cornelius, Sandra Brouwer  
Met assistentie van: Irene Haverkort

In opdracht van de Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen (NVvA)

Groningen, september 2013

## **Inhoud**

1. Achtergrond	3
2. Methode	3
2.1 Zoekstrategie	3
2.1 Zoektermen	3
2.3 <i>Selectie van relevante literatuur</i>	4
3. Resultaten	4
3.1 Richtlijnen	4
3.2 Grijze literatuur	5
3.3 Wetenschappelijke literatuur	6
Referenties	8
Bijlage 1: Beschrijving richtlijnen	11
Bijlage 2: Beschrijving grijze literatuur	26
Bijlage 3: Beschrijving wetenschappelijke literatuur	31
Bijlage 4: Overige links	42

## **1. Achtergrond**

Lichamelijke en geestelijke gezondheid is een belangrijke voorwaarde om deel te kunnen nemen aan de maatschappij en om te kunnen werken. Omgekeerd leidt participatie vaak tot meer welbevinden, een betere gezondheid en minder aanspraak op zorg en uitkeringen. Op dit moment staan nog te veel mensen met een arbeidsbeperking langs de kant of vallen door gezondheidsklachten uit. Dit geldt in het bijzonder voor mensen met psychische aandoeningen.

Tegen deze achtergrond heeft het Ministerie SZW het project Mensen Met Mogelijkheden (MMM) geïnitieerd met het doel om de participatie van mensen met psychische aandoeningen te bevorderen, onder andere door goede praktijken te stimuleren en knelpunten weg te nemen bij en door professionals. Als onderdeel van dit project heeft het Ministerie aan de Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen (NVvA) gevraagd aan een eerste uitwerking van het project MMM een vervolg te geven en een multidisciplinaire handreiking c.q. werkwijzer voor de praktijk te maken voor professionals die te maken hebben met deze doelgroep. De handreiking beoogt bij te dragen aan gezamenlijke nascholing aan professionals ter ondersteuning van activiteiten gericht op de bevordering van arbeidsparticipatie van mensen met chronische psychische of psychiatrische aandoeningen of problemen. Voor de ontwikkeling van de handreiking is het nodig om bestaande kennis te ontsluiten over effectieve methodieken en praktijken om mensen met psychische problematiek te laten participeren in werk.

De NVvA heeft aan het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG) verzocht om desktop onderzoek te verrichten naar beschikbare literatuur, richtlijnen, methodieken, interventies en best-practices die effectief zijn bij activiteiten gericht op de bevordering van arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen. De NVvA heeft gevraagd om binnen deze search de aandacht speciaal te richten op de rol van de betrokken professional, c.q. houding en gedrag ten opzichte van de klant, multidisciplinaire samenwerking met andere professionals en effectiviteit. Dit rapport brengt verslag uit van de opzet en resultaten van deze desktop research en geeft een beschrijving van effectieve methodieken en interventies.

## **2. Methode**

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van de gehanteerde methode van de literatuurstudie in de desktop research.

### *2.1 Zoekstrategie*

Voor het zoeken naar relevante richtlijnen werd gezocht op de website Psyche en Werk van het Coronel Instituut, dat een overzicht geeft van relevante Nederlandse richtlijnen voor professionals die betrokken zijn bij arbeidsparticipatie van mensen met chronische psychische aandoeningen. In Google werd gezocht naar relevante grijze literatuur. In de elektronische database PubMed werd gezocht naar relevante systematische reviews van interventiestudies en de artikelen die in deze reviews werden geïnccludeerd. De publicatiedatum van de vroegste richtlijn vermeld door Psyche en Werk was bepalend voor de inclusie van relevante effectstudies: alleen literatuur met publicatiedatum na 01-01-2003 werd geïnccludeerd. De internetsearch vond plaats in de periode 3-9-2013 t/m 13-9-2013.

### *2.2 Zoektermen*

Bij de Google search werden de volgende trefwoorden gebruikt:

[psychische aandoening OR psychische stoornis OR psychische problemen] AND [interventie OR methodiek OR best-practice OR project OR programma OR richtlijn OR standaard OR protocol] AND [arbeidsparticipatie OR werkhervatting OR arbeidsrehabilitatie]. De documenten zijn op deze termen gescand, evenals de inhoudsopgave.

Bij de search in PubMed werd breed gezocht met de volgende termen:

["common mental disorder\*" OR "serious mental disorder\*"] AND intervention stud\* AND [work\* OR occupation\* OR return to work]. De volgende filters werden toegepast: systematic review, publication date 01-01-2003 to 31-12-2013, humans, English, adult 19+, Adult 19-44, middle aged\_ aged 45+ yrs, middle aged 45-64 yrs, young adult 19-24 yrs.

### 2.3 Selectie van relevante literatuur

De volgende inclusiecriteria werden gehanteerd om de relevantie van de gevonden literatuur te beoordelen:

- *Deelnemers*
  - personen met participatieproblemen (afstand tot de arbeidsmarkt en/of frequent kortdurend en/of langdurig ziekteverzuim);
  - met psychische c.q. psychiatrische problematiek;
  - met nu of in de toekomst arbeidsmogelijkheden;
  - in de leeftijdscategorie 18-65 jaar
- *Interventies*
  - gericht op het bevorderen van arbeidsparticipatie c.q. faciliteren van terugkeer naar werk;
  - met evidence- en/of practice-based effectiviteit.

## 3. Resultaten

### 3.1 Richtlijnen

De richtlijnen, interventie(s), de doelgroep(en) en betrokken professionals(s) worden in gepresenteerd in onderstaande matrix. Een meer uitgebreide beschrijving van de richtlijnen en bijhorende links zijn toegevoegd in Bijlage 1. De beschrijvingen zijn letterlijk overgenomen uit de oorspronkelijke richtlijnen, maar voor een betere leesbaarheid is de indeling hier en daar aangepast.

#### 3.1.1 Matrix richtlijnen

Ref	Richtlijn	Interventie	Doelgroep	Professional
1	Multidisciplinaire Richtlijn voor begeleiding bij het behouden van werk aan mensen met een ernstige psychische aandoening	Individuele Plaatsing en Steun (IPS), jobcoaching	mensen met een ernstige psychische aandoening die een reguliere betaalde baan wensen (te behouden)	IPS-therapeut, jobcoach
2	Multidisciplinaire Richtlijn Depressie	niet aanbevolen	volwassen patiënten met een depressieve stoornis	bedrijfsarts, verzekeringsarts, leidinggevende
3	Depressiepreventie. Handreiking voor bedrijfsartsen	interventies in de werksetting gericht op werk en betere toeleiding naar zorg	personen met een depressieve stoornis	bedrijfsarts

4	Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen	arbeidstherapie	personen met een angststoornis	bedrijfsarts
5	Multidisciplinaire richtlijn Werkdruk	organisatorisch en/of individueel: cognitieve gedragstherapie (CGT), ontspanningstherapie, persoon-werk interventies	werknemers onder werkdruk	bedrijfsarts, management, HRM
6	Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals	procescontingente, activerende en op CGT gebaseerde begeleiding	werknemers met overspanning en burn out	bedrijfsarts, huisarts, 1 <sup>e</sup> lijns psycholoog
7	Reductie van Werkstress in Gezondheidszorg en Onderwijs	stapsgewijze benadering om werkstress te reduceren	werknemers met werkstress	arboprofessional
8	Richtlijn 'werk en psychische klachten'	activerend, persoons- en omgevingsgericht, afstemming met het werk en andere professionals, tijd- en procescontingent	cliënten met psychische klachten	psycholoog
9	Richtlijn handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen	Voorlichting, rationale, praatadviezen, perspectief geven, positief etiketteren, piekeropdrachten, dag- en slaapstructuur, probleem- en oplossingsinventarisatie, schrijf- en registratieopdrachten, schemata, anticipatie- en saneringsopdrachten	werkenden met stress-gerelateerde klachten, lichte tot matige depressie, angststoornis en overige psychiatrische stoornis	bedrijfsarts

### 3.2 Grijze literatuur

De interventie, doelgroep(en), betrokken professionals(s) en de effectiviteit zoals vermeld in grijze literatuur worden gepresenteerd in onderstaande matrix. De effectiviteit (E) van de interventie is beoordeeld op vier niveaus: + goed; +/- matig; - onvoldoende; o niet bekend/nog in onderzoek. Een meer uitgebreide beschrijving van de interventie (met corresponderend nummer), effecten en links zijn toegevoegd in bijlage 2.

#### 3.2.1 Matrix grijze literatuur

Ref	Interventie	Doelgroep	Professional	E
10	Individual Placement en Support (IPS) en Multi System Therapy (MST)	jongeren met (ernstige) psychische problematiek en/of een verstandelijke beperking met justitiële of civiele maatregel	trajectbegeleiders en MST- therapeuten	+

11,12	Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH)	ernstige psychische aandoeningen	team van Regionale Instelling Beschermd Wonen (RIBW)	o
13	Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB)	ernstige, psychische of psychiatrische beperkingen	hulpverleners in psychiatrische ziekenhuizen (klinisch/poliklinisch), RIBW, arbeidsbemiddeling, toeleiding naar onderwijs	+
14	Individuele Plaatsing en Steun (IPS)	ernstige en langdurige psychische aandoeningen	trajectbegeleider GGZ	+
15	Ergotherapie	18-65 jaar met een depressieve stoornis (DSM-IV) en arbeidscontract	ergotherapeuten	+

### 3.3 Wetenschappelijke literatuur

De search in PubMed leverde 660 treffers op, waaronder vijf relevante systematic reviews (1-5). Met de sneeuwbal-methode werden nog twee systematic reviews gevonden (6,7). Vervolgens werden de studies geïdentificeerd die in deze zeven reviews geïncludeerd werden. Van deze geïncludeerde artikelen zijn in onderstaande matrix alleen die artikelen opgenomen die na 01-01-2003 zijn gepubliceerd en waarin Nederlands onderzoek wordt beschreven (8-16). Aanvullend werden nog drie relevante studies (17-19) geïdentificeerd. Na verwijdering van duplicaten konden op deze manier 12 Nederlandse studies in de matrix worden opgenomen.

De interventie, doelgroep(en), betrokken professionals(s) en de effectiviteit worden in gepresenteerd in onderstaande matrix. De effectiviteit (E) van de interventie is beoordeeld op vier niveaus: + goed; +/- matig; - onvoldoende/geen. Abstracts van de systematic reviews en van de geïncludeerde artikelen zijn toegevoegd, zie bijlage 3.

#### 3.3.1 Matrix wetenschappelijke literatuur

Ref	Interventie	Doelgroep	Professional	E
23	Minimal Intervention for Stress-related mental disorders with Sick leave (MISS)	persons with stress-related mental disorders on sick leave	primary care physician	-
24	activating intervention focused on understanding causes, developing and implementing problem-solving strategies and promoting early work resumption	patients with emotional distress or minor mental disorders	social worker	-
25	cognitive-behavioral treatment based Stress Management Training (SMT)	patients on sickness leave with work-related stress	psychologist	-
26	activating intervention with a graded activity approach	employees on sickness leave with adjustment disorder	occupational physician	+
27	participatory workplace intervention	sick-listed employees with distress	supervisor	-
28	guideline-based care	workers with mental health problems	occupational physician	-

29	brief CBT-derived intervention combined with both individual-focused and workplace interventions	people on sick leave owing to work-related psychological complaints	labour experts	+
30	combination of medication, clinical management and occupational therapy	sick listed adults with major depression	senior psychiatric residents and occupational therapists	+
31	psychiatric consultation providing treatment advice to the occupational physician	sick listed employees with common mental disorders	psychiatrist and occupational physician	+
32	problem solving intervention (SHARP-at work)	workers who returned to work after sickness absence due to common mental disorders	occupational physician	+
33	work-focused cognitive-behavioral therapy	employees on sick leave because of common mental disorders	psychotherapist	+
34	combination of medication, clinical management and shortened occupational therapy	sick-listed employees with major depression	psychiatric residents and occupational therapists	+

## Referenties

1. Richtlijn Werk en Ernstige psychische aandoeningen Concepttekst Multidisciplinaire Richtlijn voor begeleiding bij het behouden van werk aan mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA). 2013. Utrecht, Trimbos-instituut. Zie: <http://www.ggzrichtlijnen.nl/uploaded/docs/AUTORISEERBARE%20CONCEPTRICHTLIJN%20Werk%20en%20Ernstige%20Psychische%20Aandoeningen%201%20dec.pdf>
2. Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (derde revisie, 2013) incl. Module Depressie en Arbeid. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. 2013. Utrecht, Trimbos-instituut. Zie: [http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn\\_id=88](http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=88)
3. Depressiepreventie. Handreiking voor bedrijfsartsen versie 1.2. 2013. Utrecht, NVAB. Zie: <http://nvab.artsennet.nl/web/file?uuid=9e4a69e9-cf11-4df9-8548-0733bfe98b3d&owner=d690b108-7443-4a1b-90ca-5e687ea8d7de>
4. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. 2012. Utrecht: Trimbos-instituut. Zie: [http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn\\_id=35](http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=35)
5. Multidisciplinaire richtlijn Werkdruk. 2013. Utrecht, NVAB. Zie: <http://nvab.artsennet.nl/Richtlijnen/NVABrichtlijnen-en-procedurele-leidraden/Richtlijn-Werkdruk.htm>
6. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals. 2011. Amsterdam, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE). Utrecht, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG); Utrecht, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Zie: <http://www.psychischnwerk.nl/pw/article.php?id=6023>
7. Reductie van Werkstress in Gezondheidszorg en Onderwijs. Kenniskring STECR Werkwijzer. 2003. STECR. Zie: <http://www.stecr.nl/stecr/download/common/stecr-werkwijzer-werkstress-2004.pdf>
8. Richtlijn 'werk en psychische klachten'. 2005. Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE). Zie: <http://www.psynip.nl/website-openbaar-themas/sector-arbeid-organisatie/toolbox/richtlijn-werk-en-psychische-klachten.pdf>
9. Richtlijn handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen. 2007. Utrecht, NVAB. Zie: <http://nvab.artsennet.nl/Artikel-3/Psychische-Problemen.htm>
10. Van Gestel H et al. Individual Placement en Support (IPS) en Multi System Therapy (MST). 2012. Tranzo, Universiteit Tilburg. Zie: [https://www.tilburguniversity.edu/upload/f9c4bc32-c01b-4977-8078-681d452d8daa\\_ipsenmst.pdf](https://www.tilburguniversity.edu/upload/f9c4bc32-c01b-4977-8078-681d452d8daa_ipsenmst.pdf)
11. D.P.K. Roeg, J. van Weeghel, Ch. van Nieuwenhuizen. Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH). Tranzo, Universiteit Tilburg. Zie: <https://www.tilburguniversity.edu/nl/onderzoek/instituten-en-researchgroepen/tranzo/onderzoek/display/item-systematischrehabilitatiegerichtandelen-1/>
12. N. Bitter, J. van Weeghel, Ch. van Nieuwenhuizen, D. Roeg. Hoe effectief is het systematisch rehabilitatiegericht handelen? Een randomized controlled trial. 2012. Tranzo, Universiteit Tilburg. Zie:

- <https://www.tilburguniversity.edu/nl/onderzoek/instituten-en-researchgroepen/tranzo/onderzoek/lopend/rehabilitatiegerichthandelen/>
13. Swildens W et al. Effectiviteit van de Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB). 2011. Kenniscentrum Phrenos. Zie: <http://www.rehabilitatie92.nl/wp-content/uploads/2011/05/Methodebeschrijving-Individuele-Rehabilitatiebenadering-80.pdf>
  14. J.T. van Busschbach, H. Michon, M. van Vugt & A.D. Stant. Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland. Eindverslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie. Deel 2: Bevindingen na 30 maanden follow-up. 2011, Rob Giel Onderzoekcentrum, Groningen, & Trimbos-instituut, Utrecht. Zie <http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/behandeling-en-re-integratie/af/~media/files/gratis%20downloads/af1038%20effectiviteit%20van%20individuele%20plaatsing%20en%20steun%20in%20nederland.ashx>
  15. H.L. Hees, G. de Vries, M.W.J. Koeter en A.H.Schene. Depression & Occupation: Intervention Trial (Do-It Study). De effectiviteit van ergotherapie voor werknemers die verzuimen wegens depressie. 2011. Academisch Medisch Centrum (AMC), Universiteit van Amsterdam, Afdeling Psychiatrie, Stemningsstoornissen. Zie: <http://www.uwv.nl/overuwv/Images/Eindverslag%20Do%20It%20Study%20040611.pdf>
  16. Audhoe SS et al. Vocational interventions for unemployed: effects on work participation and mental distress. A systematic review. *J Occup Rehabil.* 2010 Mar;20(1):1-13.
  17. Arends I et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Dec 12;12:CD006389.
  18. Noordik E et al. Exposure-in-vivo containing interventions to improve work functioning of workers with anxiety disorder: a systematic review. *BMC Public Health.* 2010 Oct 11;10:598.
  19. Nieuwenhuijsen K et al. Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Apr 16;(2):CD006237.
  20. Kinoshita Y et al. Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Sep 13;9:CD008297.
  21. Furlan AD et al. Systematic review of intervention practices for depression in the workplace. *J Occup Rehabil* (2012) 22:312–321.
  22. Pomaki G et al. Workplace-Based Work Disability Prevention Interventions for Workers with Common Mental Health Conditions: A Review of the Literature *J Occup Rehabil* (2012) 22:182–195.
  23. Bakker IM, Terluin B, van Marwijk HW, van der Windt DA, Rijmen F, van Mechelen W, et al. A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stressrelated mental disorders and sick leave in primary care. *PLoS Clinical Trials* 2007;2(6):e26.
  24. Brouwers EP, Tiemens BG, Terluin B, Verhaak PF. Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial. *General Hospital Psychiatry* 2006;28(3):223–9.
  25. de Vente W, Kamphuis JH, Emmelkamp PM, Blonk RW. Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology* 2008;13(3):214–31.
  26. van der Klink JJL, Blonk RWB, Schene AH, van Dijk FJH. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational and Environmental Medicine* 2003;60(6):429–37.

27. Van Oostrom S H, VanMechelen W, Terluin B, De Vet H C W, Knol D L, Anema J R. A workplace intervention for sick-listed employees with distress: Results of a randomised controlled trial. *Occupational and environmental medicine* 2010;67(9):596–602.
28. Rebergen DS, Bruinvels DJ, Bezemer PD, van der Beek AJ, van Mechelen W. Guideline-Based Care of Common Mental Disorders by Occupational Physicians (CO-OP study): a randomized controlled trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2009;51(3):305–12.
29. Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Lagerveld SE, Houtman ILD. Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work and Stress*. 2006;20:129–44.
30. Schene AH, Koeter MWJ, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychol Med J Res Psychiatry Allied Sci*. 2007;37(3):351–62.
31. van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JAC, Drewes HW, van der Laan NC. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatry Dis Treat*. 2010;6:375–85.
32. Arends I, van der Klink JJL, van Rhenen W, de Boer MR, Bültmann U. Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: Results of a randomized controlled trial. Dissertation. Rijksuniversiteit Groningen, 2013.
33. Lagerveld SE, Blonk TWB, Brenninkmeijer V, Leoniek Wijngaards-de Meij L, Schaufeli WB. Work-Focused Treatment of Common Mental Disorders and Return to Work: A Comparative Outcome Study. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2012;17(2),220–234.
34. Hees HL, de Vries G, Koeter MW, Schene AH. Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med*. 2013 Apr;70(4):252-60.

## **BIJLAGE 1: RICHTLIJNEN**

### **1. ERNSTIGE PSYCHISCHE AANDOENINGEN (EPA)**

#### **1.1 Richtlijn Werk en Ernstige psychische aandoeningen. Concepttekst Multidisciplinaire Richtlijn voor begeleiding bij het behouden van werk aan mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA). 2013. Utrecht, Trimbos-instituut.**

#### ***Overzicht aanbevelingen***

##### *Beïnvloedende factoren*

1. De werkgroep adviseert om bij het zoeken en behouden van passend werk rekening te houden met de psychiatrische stoornis, de beperkingen die dat meebrengt voor het werk en de eisen van de specifieke werkplek om de plaatsing en de begeleiding op de werkplek te optimaliseren.

2. De werkgroep adviseert interventies in te zetten op *zowel* persoonlijke factoren (zoals cognitieve beperkingen en ernstige depressieve klachten) als op omgevingsfactoren (zoals de werkomgeving en de thuissituatie) en op de interactie daartussen. Hierbij dient men oog te hebben voor wat beïnvloedbaar is en wat niet.

3. De werkgroep adviseert in te zetten op het actief bevorderen van arbeidservaring, startkwalificaties, integrale zorg- en arbeidsbegeleiding, benefit-coaching, zelfmanagement en copingvaardigheden.

4. De werkgroep adviseert om werkgevers en de cliënt niet alleen te informeren over subsidies, mogelijkheden voor het inzetten van externe begeleiding en stages, maar hen hier ook actief bij te ondersteunen. Tevens dient bij beide partijen (werkgever en werknemer) de angst voor risico's (zoals financiële achteruitgang en extra kosten) verminderd te worden.

5. Ook algemene principes voor het bevorderen van duurzame inzetbaarheid in het reguliere arbeidsproces (zoals bevorderen van autonomie, passende taak (-omvang); taakvariatie, sociale steun, beloning- en taakzekerheid) dienen toegepast te worden. Deze principes werken ook voor de doelgroep van deze richtlijn.

6. De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de effectiviteit van verschillende vormen van stigma bestrijding. Men zou hierbij de effectiviteit van verschillende interventies onderling moeten vergelijken.

##### *Zelfmanagement*

1. De werkgroep beveelt (nadere) ontwikkeling en inzet van zelfmanagement-programma's (waaronder cognitieve training en herstelgroepen) aan voor het verkrijgen en behouden van werk.

2. De werkgroep pleit er voor om in bestaande en nog te ontwikkelen algemene zelfmanagementprogramma's expliciet aandacht te geven aan het verkrijgen en behouden van werk.

3. Ondanks gebrek aan wetenschappelijk bewijs beveelt de werkgroep inzet van onderzochte zelfmanagement strategieën (zoals versterken positief zelfbeeld, accepteren van beperkingen, grenzen stellen, pauzes nemen, anderen inschakelen en gezond leven) aan voor de praktijk. Professionals en ervaringsdeskundigen (die zelf ervaring hebben met zelfmanagement) kunnen cliënten hierbij desgewenst ondersteunen, waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de eigen kracht van cliënten zelf.

4. Actieve inzet van herstelgroepen voor het ondersteunen bij het aanleren van zelfmanagementtechnieken wordt door de werkgroep aangemoedigd.
5. De werkgroep beveelt het gebruik aan van assessment instrument "Inschatting Zelfmanagement van Psychische problematiek in de Arbeidsrehabilitatie", om in kaart te brengen welke strategieën betrokkene toepast in het kader van werkbehoud; en een eerste idee te krijgen van sterke kanten en leerdoelen op dat gebied.
6. De werkgroep adviseert grootschaliger onderzoek te doen naar de effecten van zelfmanagement op het behoud van werk .

#### *Inschatten competenties*

1. De werkgroep adviseert het gebruik van 'situationele assessment', d.w.z. assessment die het werkgedrag in kaart brengt van de betrokken werknemer in diens actuele werkomgeving.
2. De werkgroep beveelt aan om in de assessment niet alleen aandacht te hebben voor de vaktechnische vaardigheden, maar ook voor meer basale vaardigheden die nodig zijn om te werken. Voorbeelden daarvan zijn sociale en cognitieve vaardigheden.
3. De werkgroep adviseert het gebruik van de Work Behavior Inventory als situationeel assessmentinstrument (na vertaling in het Nederlands).
4. De werkgroep beveelt aan om altijd gebruik te maken van een combinatie van instrumenten en methodieken, bijvoorbeeld zowel test als interview.
5. De werkgroep beveelt aan om testen, schriftelijke vragenlijsten e.d. altijd te bespreken met betrokkene en de uitkomsten daarvan als onderdeel van de inschatting te zien.
6. De werkgroep adviseert om goed onderscheid te maken tussen enerzijds inschatting die moet leiden tot selectie en anderzijds inschatting van functioneren en competenties ter ondersteuning van duurzaam werken. De in deze richtlijn beschreven adviezen betreffen alleen deze tweede vorm van inschatting en dienen als hulpmiddel bij het nadenken over benodigde steun bij behoud van werk.
7. De werkgroep beveelt aan om verder onderzoek te doen naar effectief gebruik van assessmentinstrumenten waarbij een kernvraag is welke assessment(processen) en richtlijnen voor assessment effectief bijdragen aan duurzaam werken van mensen uit de doelgroep.

#### *Werkzame elementen interventies*

1. De werkgroep beveelt aan dat werknemers met ernstige psychische aandoeningen een beroep moeten kunnen doen op maat gesneden jobcoaching, opdat zij duurzaam inzetbaar blijven in het arbeidsproces. De jobcoaching moet zich zowel op de betreffende werknemer richten als ook op zijn sociale en fysieke werkomgeving. Ook het perspectief van de werkgever en inzicht in de bedrijfsvoering zijn hierbij van belang.
2. De werkgroep beveelt aan om IPS zo modelgetrouw mogelijk (dus conform de uitgangspunten van IPS) aan te bieden aan mensen met ernstige psychische aandoeningen die een reguliere betaalde baan wensen (te behouden).
3. De werkgroep beveelt aan om modelgetrouwe toepassing van IPS te bevorderen door middel van doorlopende monitoring van modelgetrouwheid, IPS-training en andere implementatieondersteuning.

4. Teneinde IPS in Nederland met succes te kunnen implementeren, is het ondermeer noodzakelijk dat er een bij de IPS-praktijk passende financiering beschikbaar komt.
5. In Nederland dient gericht onderzoek plaats te vinden naar de werkzame ingrediënten van IPS en andere arbeidsintegratie programma's.
6. De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de invloed van verschillende competenties van de therapeut, zoals empathisch vermogen en het vermogen om een cognitief kader te bieden, op de effectiviteit van de begeleiding.

#### *Samenwerking tussen actoren*

1. De werkgroep beveelt aan dat verschillende instanties integraal gaan samenwerken en netwerken opzetten rond de cliënten met een EPA diagnose (UWV, gemeenten, re-integratie bureaus, arbodiensten en GGz instellingen). Het zou wenselijk zijn dat de regie in deze samenwerking bij de GGz komt te liggen. De GGz dient daarbij voortdurend af te stemmen met de andere partijen. Wanneer de GGz niet of nauwelijks betrokken is bij het begeleidingstraject kan de regie bij één van de andere partijen liggen. De keus hierin dient afgestemd te zijn op de wens van de cliënt.
2. De werkgroep beveelt aan dat de inhoudelijke regie van het traject bij de cliënt ligt en dat de cliënt hierin zeggenschap krijgt. Inventariseer en bespreek met de werknemer welke knelpunten er zijn met betrekking tot werkbehoud hoe die eventueel in samenwerking met andere beroepsgroepen opgelost kunnen worden. Alle afspraken rond de inhoudelijke regie en de regie rondom de samenwerking dienen uiteraard binnen de op dat moment geldende wettelijke kaders te worden gemaakt.
3. De werkgroep beveelt integrale financiering aan voor arbeidsre-integratie en IPS. Hier dient vanuit verschillende partijen in geïnvesteerd te worden.
4. De werkgroep beveelt de verschillende beroepsgroepen aan beter op de hoogte te raken van elkaars werkwijze en verantwoordelijkheden. GGz hulpverleners moeten meer kennis krijgen over het belang van werk voor hun cliënten en de wet- en regelgeving op dit gebied. Bedrijfsartsen, arbeidsdeskundigen, verzekeringsartsen en werkgevers moeten meer kennis krijgen over ernstige psychische aandoeningen. Hiertoe zou gezamenlijke scholing kunnen worden ingezet.
5. De werkgroep beveelt aan dat samenwerking op gang wordt gebracht tussen de GGz en (door gemeente en UWV-) erkende jobcoach-organisaties, met jobcoaches welke staan ingeschreven in het register van de Beroepsvereniging. Deze organisaties hebben meer ervaring en kennis van de bewegingen op de arbeidsmarkt. Daarnaast is het van belang dat deze erkende jobcoach organisaties hun jobcoaches in IPS laten scholen (een kenmerk van IPS is dat intensiever wordt samengewerkt tussen GGz en arbeidsbegeleiders dan in gebruikelijke begeleiding).

## **2. LICHTE TOT MATIG ERNSTIGE PSYCHISCHE AANDOENINGEN**

### **2.1 Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (derde revisie, 2013) incl. Module Depressie en Arbeid. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. 2013. Utrecht, Trimbos-instituut.**

#### ***Aanbevelingen in Module Depressie en Arbeid***

1. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen dienen zich ervan bewust te zijn dat bij patiënten met een depressie affectieve en functionele beperkingen te verwachten in het functioneren in een arbeidssituatie.

2. Na het verdwijnen van de affectieve beperkingen kunnen nog functionele (cognitieve en fysieke) beperkingen blijven bestaan. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen dienen zich hiervan bewust te zijn bij hun advisering ten aanzien van werkhervatting/reïntegratie en ten aanzien van vaststellen van de beperkingen (FML lijst - functionele mogelijkhedenlijst) in het kader van de arbeidsongeschiktheidswetgeving.

3. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen dienen zich ervan bewust te zijn dat ernstige vermoeidheid en/of pijnklachten kunnen wijzen op het bestaan van een depressie, waarbij de prognose ten aanzien van verzuim en arbeidsongeschiktheid slechter is en de functionele beperkingen (cognitieve en fysieke) langer blijven bestaan.

4. Het is aan te bevelen om leidinggevenden (middenkader) bij te scholen op het onderwerp arbeid en depressie, zodat zij vroege verschijnselen van een depressie kunnen vaststellen bij hun werknemers. Zij kunnen dan tijdig ingrijpen met een advies ten aanzien van werktaken en verwijzing naar de bedrijfsarts voor advies.

5. Het aanbieden van een interventie aan depressieve patiënten met als belangrijkste doel de werkhervatting te bevorderen kan niet worden aanbevolen.

## **2.2 Depressiepreventie. Handreiking voor bedrijfsartsen versie 1.2. 2013. Utrecht, NVAB**

### ***Effectiviteit depressiepreventie in arbeidscontext***

Onderzoeken naar de effectiviteit van depressiepreventie specifiek in de arbeidscontext zijn schaars. Nieuwenhuijsen concludeert in haar Cochrane-review dat er van symptoom-reducerende behandelingen zoals (een combinatie van) medicatie, versterkte eerstelijnszorg en psychologische interventies nog onvoldoende bewijs is voor effect op arbeidsongeschiktheid (Nieuwenhuijsen et al, 2008). Er zijn wel indicaties dat interventies die in de werksetting plaatsvinden en gericht zijn op het werk en een betere toeleiding naar de juiste zorg, meer succesvol zijn in het verminderen van verzuim en productiviteitsverlies (Schene et al., 2007; Wang et al., 2007). Serieuze aandacht en ondersteuning door leidinggevenden en collega's lijkt ook tot beter (werk)resultaat te leiden dan het invaliderende stigmatiseren door collega's en leidinggevenden (McDaid et al., 2008).

### *Referenties*

Nieuwenhuijsen K, Bültmann U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Verbeek JH, Feltz-Cornelis CM van der. Interventions to improve occupational health in depressed people. Cochrane Database Syst Rev 2008;16(2):CD006237. Review.

Schene AH, Koeter MWJ, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. Psychological Medicine 2007;37(3):351-62.

Wang PS, Simon GE, Avorn J, Azocar F, Ludman EJ, McCulloch J, Petukhova MZ, Kessler RC. Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. JA-MA. 2007 Sep 26;298(12):1401-11.

McDaid (ed.) (2008). Mental Health in Workplace settings. Consensus paper. Luxembourg: European Communities. Zie: <http://ec.europa.eu/health>.

## **2.3 Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. 2012. Utrecht: Trimbos-instituut.**

### ***Interventies gericht op participatie aan het maatschappelijk leven***

#### *Ondersteuning van het netwerk*

Met ondersteuning van het netwerk wordt ondersteuning bedoeld die thuis, in de relationele sfeer, geboden wordt om de behandeling zo goed mogelijk aan laten sluiten bij die thuissituatie. Hiermee kan het behaalde effect van de behandeling verstevigd en geconsolideerd worden en terugval worden voorkomen. Dit vindt plaats door enerzijds het netwerk te informeren en anderzijds hun te leren zo goed mogelijk met de cliënt om te gaan. Tevens wordt ondersteuning geboden om de eigen grenzen te leren bewaken om te voorkomen dat personen uit het netwerk er zelf aan onderdoor gaan. Hiernaast wordt zo nodig praktische ondersteuning georganiseerd, bijvoorbeeld in de vorm van gespecialiseerde gezinszorg. Netwerkondersteuning omvat elementen van psycho-educatie, emotionele ondersteuning, het geven van praktische tips en adviezen en het bespreken van mogelijke copingmechanismen. Gesprekken met het thuisfront worden meestal thuis gehouden en er worden zo nodig praktische zaken geregeld. Kennis van de sociale kaart is hierbij van groot belang.

#### *Arbeidstherapeutisch werken bij angststoornissen*

Arbeidstherapie is een van de reïntegratie-instrumenten die de bedrijfsarts kan hanteren wanneer medewerkers door ziekte zijn uitgevallen. Andere werkvormen zoals „tijdelijk ander werk“ of „eigen werk met beperkingen“ worden ook beschouwd als „arbeidstherapie“.

#### *Definitie arbeidstherapie*

- Arbeidstherapie zien we als een middel om de reïntegratie op te starten bij een medewerker die binnen enkele maanden in staat zal zijn het oude werk weer op te pakken. Arbeidstherapie gaat uit van de volgende veronderstellingen:
- Arbeidstherapie draagt bij tot het herstel van betrokkene.
- Arbeidstherapie is een reïntegratie-instrument.
- Arbeidstherapie is een eerste stap in het reïntegratietraject dat moet leiden tot werkhervatting in eigen of andersoortig loonvormend werk.
- Arbeidstherapie is tijdelijk.
- Het werk op arbeidstherapeutische basis levert geen loonwaarde op.

#### *Doelstelling arbeidstherapie*

Het doel van arbeidstherapie is in het algemeen om een eerste stap te zetten in het reïntegratietraject naar werk met loonwaarde. Het bespoedigt de reïntegratie en beperkt de verzuimduur omdat de werknemer contact met de werkplek opbouwt en de daginvulling weer structuur krijgt. Hierbij ontstaat bij alle partijen meer inzicht in de mate en/of aard van belastbaarheid van de medewerker met arbeidsverzuim. Wanneer de ziekteoorzaak mede in het werk gelegen is kan arbeidstherapie ingezet worden om zicht te krijgen op deze werkfactor en kan het onderdeel worden van de behandeling. Bij angststoornissen en meer in het bijzonder sociale fobie en de PTSS geldt dit a fortiori.

#### *Gebruikelijke werkwijze*

De regierol voor de vorm, de duur en de inhoud van de arbeidstherapie ligt veelal bij de bedrijfsarts. Afhankelijk van de aard van de angststoornis is er contact met de behandelaar, de huisarts, de psycholoog of met andere hulpverleners. De positie van de bedrijfsarts leent zich bij uitstek om de verbinding te leggen tussen de behandeling van de angstproblematiek en het werk. Arbeidstherapie wordt ingezet na overleg met en met instemming van werknemer en werkgever. De werkgever maakt in deze fase nog geen harde afspraken over de kwaliteit van het functioneren. Dit maakt de arbeidstherapie

echter niet geheel vrijblijvend, want er moeten wel afspraken gemaakt worden over werktijden (wanneer kom je, wanneer ga je weg) en aard van de werkzaamheden binnen het mogelijkheden- en beperkingenpatroon van betrokkene (afgeronde klussen bij voorkeur). Ook is het soms noodzakelijk om een vorm van coaching door een collega of door de leidinggevende zelf aan te bieden. Soms ook wordt een hulpverlener ingeschakeld in de persoon van bedrijfsmaatschappelijk werkende of ergotherapeut. Bij arbeidstherapie is er meestal sprake van stapsgewijze groei. Dit betekent dat de werkgever en werknemer bij herhaling evalueren hoe de arbeidstherapie verloopt. Er wordt dus van de werkgever verwacht dat hij feedback geeft over hoe het terugkeerproces verloopt, zowel naar de werknemer als naar de bedrijfsarts. De afspraken zijn toetsbaar. In toenemende mate zien we dat de behandelend psycholoog zelfstandig contact heeft met de werkgever omtrent de vorderingen. Deze informatie kan in de therapie van belang zijn, zeker bij werkgerelateerde angststoornissen.

### ***Aanbevelingen***

De effectiviteit van arbeidstherapie is niet op basis van wetenschappelijk onderzoek aangetoond, al is de algemene opvatting dat hiermee de behandeling van angststoornissen wordt ondersteund. Arbeidstherapie is in het kader van arbeidsreïntegratie aan te bevelen ter ondersteuning van de behandeling van de angststoornis en het verbeteren van de sociale beperkingen.

## **2.4 Multidisciplinaire richtlijn Werkdruk. 2013. Utrecht, NVAB**

### ***Effectiviteit van interventies bij hoge werkdruk***

Interventies kunnen zich richten op het verbeteren van:

- de kwaliteit van de werkcontext (o.a. afname van werkdruk, toename van werkhulpbronnen);
- psychologische uitkomsten (o.a. reductie van stress, psychosomatische klachten, mentale gezondheid of werktevredenheid);
- fysieke uitkomsten (o.a. fysieke gezondheid, nek- of rugklachten, fysieke stressmaten);
- gedragsmatige uitkomsten (o.a. reductie ziekteverzuim, productiviteit) n.a.v. hoge werkdruk.

### *Organisatorische interventies*

Vanwege de lage kwaliteit van het bewijs kunnen er geen aanbevelingen op het gebied van organisatorische interventies worden geformuleerd.

Organisatorische interventies zijn gericht op het veranderen van de (objectieve) werkcontext, terwijl persoon-werk interventies gericht zijn op verbeteren van fit tussen de werknemer en werkcontext. Echter het aantal studies (n=6) alsmede de kwaliteit van de studies was beperkt, waardoor geen harde uitspraken kunnen worden gedaan over de effectiviteit van deze typen interventies. Gebaseerd op deze resultaten doet de werkgroep zelf een aantal suggesties met betrekking tot het opzetten en uitvoeren van organisatorische interventies.

De werkgroep hecht er groot belang aan te benadrukken dat een hoge werkdruk (mede) kan ontstaan als gevolg van objectieve werkstressoren in combinatie met een gebrek aan werkhulpbronnen in de werkomgeving. De onderstaande procesbeschrijving biedt mogelijk enige houvast bij het implementeren en uitvoeren van organisatorische interventies.

### *Stap 1: Kwalitatieve fase voor vaststellen werkdruk en werkhulpbronnen*

Plan een kwalitatieve oriëntatiefase om werknemers uit verschillende lagen van de organisatie (bijvoorbeeld management, staf, directie, uitvoering) worden ondervraagd over o.a. oorzaken van werkdruk, beleving van werkdruk, alsmede andere werkstressoren en werkhulpbronnen binnen de organisatie. Deze kwalitatieve fase is

nodig om specifieke kennis over de aan- of afwezigheid van werkdruk en werkhulpbronnen vast te kunnen stellen.

*Stap 2: Kwantitatieve fase voor vaststellen werkdruk en werkhulpbronnen*

Plan een kwantitatieve onderzoeksfase in waarbij (oorzaken van) werkdruk, alsmede andere werkstressoren en werkhulpbronnen zoals gespecificeerd in de kwalitatieve fase kan worden vastgesteld in de organisatie. Zo'n analyse kan bijvoorbeeld plaatsvinden door afname van vragenlijsten bij alle werknemers.

*Stap 3: Opstellen en implementatie van een interventieplan*

Stel vervolgens een interventieteam samen van mensen uit verschillende lagen van de organisatie (bijvoorbeeld management, staf, directie, Human Resources, uitvoering), teneinde de betrokkenheid bij de interventie te vergroten. Het interventieteam kan afwegingen maken van de mogelijke acties, kosten, en het tijdsplan waarbinnen gesignaleerde werkstressoren in een specifieke werkomgeving kunnen worden verminderd, of specifieke werkhulpbronnen die kunnen worden versterkt. Op basis hiervan dient er een prioritering plaats te vinden van acties.

*Stap 4: Nameting, borging en evaluatie van interventie*

Na afronding van de interventie is evaluatie gewenst om te constateren of de acties inderdaad succesvol zijn geweest in het behalen van hun doelen. Dit kan bijvoorbeeld door vragenlijsten met specifieke werkstressoren en werkhulpbronnen, zoals vastgesteld in de kwantitatieve fase, nogmaals af te nemen. Op basis hiervan kan worden vergeleken of de gestelde doelen zijn gehaald. Is werkdruk inderdaad verlaagd? Zijn werkhulpbronnen toegenomen? Zijn negatieve consequenties van werkdruk voor de gezondheid en het functioneren van werknemers afgenomen? Wanneer de interventie het gewenste effect heeft gesorteerd, dan is borging van het interventieproces van belang. Borging betekent dat de interventieprocessen en -activiteiten worden geïntegreerd in werkprocessen, methodieken en protocollen van de organisatie. Indien de interventie niet effectief is gebleken dient er een evaluatie plaats te vinden. Zo'n evaluatie kan een kwalitatief karakter hebben, waarbij verschillende werknemers uit de organisatie worden geïnterviewd over de ervaringen rondom het interventieplan dat is doorgevoerd. Uit deze informatie kunnen ideeën worden gegenereerd om de acties aan te scherpen, of om nieuwe acties door te voeren.

*Overige opmerkingen aangaande organisatorische interventies*

De hierboven genoemde stappen voor wat betreft het opzetten, uitvoeren en evalueren van organisatorische interventies worden met opzet breed omschreven. Ze zijn vooral gericht op het interventieproces zelf en niet zozeer op inhoudelijke maatregelen. De voornaamste reden is dat er nog maar weinig interventies op organisatieniveau zijn gepubliceerd om harde uitspraken te kunnen doen over het effect van specifieke maatregelen. Echter, er kan redelijkerwijs worden aangenomen dat het verminderen van het kwantitatieve en kwalitatieve werkaanbod kan leiden tot een verlaging van de ervaren werkdruk bij werknemers. Daarnaast is er enig bewijs uit longitudinaal onderzoek dat werkhulpbronnen (bijvoorbeeld het vergroten van regelmogelijkheden voor werknemers, toename van sociale steun, of het verbeteren van feedback) negatieve consequenties van werkdruk op gezondheid en functioneren kunnen verminderen. Het vergroten van werkhulpbronnen binnen organisaties waar een hoge werkdruk heerst is daarom aan te raden. Er zijn veel nieuwe trends te signaleren op het gebied van organisatie interventies met als doel het aanbrengen van kwalitatieve verbeteringen van de werkcontext. Echter, de mate waarin deze specifieke maatregelen effectief zijn in het verlagen van werkdruk of werknemers oplevert die beter kunnen omgaan met een hoge werkdruk is nog onvoldoende onderzocht.

*Interventies op individueel niveau*

Er is enig bewijs dat interventies op het individuele niveau, met name cognitieve gedragstherapie en ontspanningstherapie, positieve effecten sorteerden op een toename van de kwaliteit van de werkcontext (o.a. afname van werkdruk) en de psychische

gezondheid van werknemers. Verder zijn er aanwijzingen dat individuele interventies positieve effecten sorteren op fysieke en gedragsmatige uitkomsten. Gebaseerd op deze resultaten doet de werkgroep een aantal aanbevelingen met betrekking tot het opzetten en uitvoeren van de eerder genoemde interventies. De ervaring van een structureel hoge werkdruk kan beperkt blijven tot één of enkele werknemer(s). Dan is het verstandig om werknemer(s) interventies op het individueel niveau aan te bieden die bewezen effectief zijn gebleken in het verlagen van werkdruk of het verminderen van negatieve consequenties van werkdruk. Hierbij kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van de onderstaande stappen.

*Stap 1: Gesprek werknemer met leidinggevende of deskundige*

Ga eerst een gesprek met de werknemer aan over de mogelijke oorzaken van een (zeer) hoge werkdruk, alsmede mogelijke stress- of gezondheidsklachten die gepaard kunnen gaan met een hoge werkdruk zoals in bijlage 3.3 genoemd.

*Stap 2: Keuze en doorlopen van interventie*

Bewezen effectieve interventies: cognitieve gedragstherapie en ontspanningstherapie. Afhankelijk van de genoemde oorzaken en/of aard van de hoge werkdruk zijn er bij distress diverse interventies op het individuele niveau mogelijk. In de richtlijn "Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals" staan verschillende interventies beschreven. Onderstaand worden twee mogelijke interventies beschreven die bewezen effectief zijn gebleken in het beter kunnen omgaan met een hoge werkdruk, te weten: cognitieve gedragstherapie en ontspanningstherapie. Daarnaast bespreken we ook persoon-werk interventies als mogelijk succesvol.

*Cognitieve gedragstherapie*

Er is bewijs dat cognitieve gedragstherapie leidt tot een kleine toename van de ervaren kwaliteit van de werkcontext door de werknemer (o.a. een ervaren afname van werkdruk). Daarnaast is er bewijs dat cognitieve gedragstherapie leidt tot een verbetering van de psychische en fysieke gezondheid van de werknemer. Gedragstherapie en cognitieve therapie zijn los van elkaar ontstaan (MDRL Overspanning en Burn-out). Bij cognitieve therapie wordt veel belang gehecht aan de invloed van denken op het gevoelsleven en het doen. In gedragstherapie staat het gedrag van de cliënt centraal. Problematisch gedrag wordt geïnventariseerd en beter passend gedrag wordt in oefeningen of door middel van huiswerk geoefend in een gezamenlijke onderneming van cliënt en eerstelijnspsycholoog. De laatste 10 jaar zijn beide therapievormen naar elkaar gegroeid en verweven geraakt. Tegenwoordig worden zij vaak in een naam genoemd. Er zijn verschillende soorten en vormen van cognitieve gedragstherapie. De meeste cliënten komen individueel maar de behandeling kan ook in groepen, met echt)paren of gezinnen. Een aantal bekende benaderingen uit de cognitieve gedragstherapie zijn: constructionele gedragstherapie, dialectische gedragstherapie, schema-gerichte cognitieve therapie, Rationeel-erotische therapie (RET) Cognitive based mindfulness, Eye Movement Reprocessing Desensitization (EMDR) of oplossingsgerichte gedragstherapie (VGCT 2009).

*Ontspanningstherapie*

Er is sterk bewijs dat deze interventievorm leidt tot een significante toename van de ervaren kwaliteit van de werkcontext door de werknemer (waaronder afname van werkdruk). Daarnaast is er sterk bewijs dat ontspanningstherapie leidt tot een verbetering van de psychische gezondheid van werknemers. Bij ontspanningstherapieën ligt de nadruk op fysieke of mentale ontspanningsoefeningen met als doel het beter kunnen omgaan met stressvolle gebeurtenissen op het werk (o.a. als gevolg van een hoge werkdruk). Ontspanningsoefeningen in het literatuuroverzicht richten zich met name op (combinaties van) meditatie, ademhalingsoefeningen en oefeningen voor spierontspanning. De gemiddelde interventieduur van ontspanningsoefeningen is gemiddeld één tot drie maanden.

### *Persoon-werk interventies*

Een kritisch punt is dat ontspanningstherapieën – en in mindere mate cognitieve gedragstherapieën – niet ingaan op mogelijkheden die de werknemer zelf heeft om aanpassingen aan te brengen in de werkomgeving. Met andere woorden, er wordt veel onderzoek verricht naar het beter kunnen omgaan met werkdruk, maar niet direct op veranderingen die de werknemer in de directe werkomgeving kan aanbrengen om zo de kwaliteit van de werkcontext te vergroten. In dit verband zijn er nieuwe trends in de Arbeid en Organisatie literatuur, gericht op “job crafting” of een “sterke kanten” benadering. In het Achtergronddocument bij deze richtlijn is nadere informatie opgenomen over deze typen interventies. Echter, er zijn meer peer-reviewed publicaties nodig op dit gebied om duidelijke uitspraken te kunnen doen over de effecten van dit soort persoon-werk interventies.

### *Stap 3: Evaluatie van de interventie*

Tot slot dient een evaluatiegesprek te worden gehouden om vast te stellen of de individuele interventie succesvol is geweest in het behalen van het doel. Wanneer de interventie het gewenste effect heeft gesorteerd dan is er voorlopig geen verdere actie nodig. Indien de interventie niet effectief is gebleken dient er een evaluatie plaats te vinden van de mogelijke oorzaken. Zo’n evaluatie kan een kwalitatief karakter hebben, waarbij de werknemer wordt bevraagd over de ervaringen voor, gedurende en na de interventie. Uit zo’n gesprek kunnen nieuwe ideeën worden gegenereerd om tot een interventiekeuze te komen die beter aansluit bij de werknemer. Figuur 3 geeft een stroomdiagram weer, gericht op keuze, uitvoering en evaluatie van interventies bij hoge werkdruk.

## **2.5 Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals. 2011. Amsterdam, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE). Utrecht, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG); Utrecht, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)**

### ***Aanbevelingen***

Er zijn voldoende evidenties en steun om aan te nemen dat een procescontingente, activerende en op CGT gebaseerde begeleiding effectief is op verzuimreductie, vooral wanneer deze begeleiding uitgevoerd wordt door professionals in de arbeidscontext.

- De behandelaars hebben geen afwachtende rol maar volgen actief het proces van de patiënt en interveniëren op het juiste moment met de juiste aanpak.
- Overspanning heeft een gunstig natuurlijk beloop. Op basis van de huidige inzichten heeft de werkgroep consensus bereikt dat zo snel mogelijk, in ieder geval binnen twee weken gestart dient te worden met de volgende interventies: voorlichting, geven van perspectief en een activerende en structurerende begeleiding door bedrijfsarts, huisarts of eerstelijns psycholoog.
- Om langdurige uitval te voorkomen of terugkeer naar werk te realiseren, gaat de voorkeur uit naar begeleiding door een professional die contact heeft met het werksysteem en daar ook concrete invloed op kan uitoefenen.
- Als klachtenvermindering op de voorgrond staat gaat de voorkeur uit naar behandeling door een eerstelijnspsycholoog of een huisarts. De behandeling dient gebaseerd te zijn op principes van de cognitieve gedragstherapie. Enige terughoudendheid met het inzetten van een behandeling gericht op klachtenreductie is gewenst, zeker gedurende de eerste 6 weken, omdat het natuurlijk beloop van overspanning gunstig is.

- Voor medicatie is in principe geen plaats in de behandeling van overspanning/burnout. Medicatie is hooguit tijdelijk (twee weken) in te zetten bij behoefte om ernstig hinderende symptomen zoals slaapproblemen en functionele lichamelijke klachten te verminderen.

### ***Fase-indeling***

Voor een doelmatige begeleiding van overspanning en burnout is een benadering effectief, waarbij het herstel van het probleemoplossend vermogen in verschillende fasen wordt onderverdeeld. Deze aanpak wordt procescontingent genoemd en kent drie fasen:

- de crisisfase
- de probleem- en oplossingsfase
- de toepassingsfase

Wanneer de behandelaar de patiënt volgens dit model consequent en activerend begeleidt, kan deze meestal binnen 3 maanden weer controle over zijn functioneren krijgen en (gedeeltelijk) zijn maatschappelijke en privéactiviteiten oppakken en aan het werk gaan. Bij patiënten met een vertraagd herstel initieert de behandelaar interventies die erop gericht zijn het zelfredzaam vermogen van de patiënt te versterken en/of belemmerende factoren te helpen oplossen.

### ***Voorbeelden van interventies***

#### *Crisisfase*

Basisinterventies:

Voorlichting geven, perspectief bieden, rationale geven (acceptabele verklaring voor de klachten en problemen met perspectief op herstel), adviseren over dagstructuur

Aanvullende interventies (bijvoorbeeld bij stagnatie):

Praatadviezen, positief heretiketteren, piekeropdrachten, gerichte adviezen voor dagindeling en en slaapstructuur

#### *Probleem- en oplossingsfase*

Basisinterventie:

Stimuleren van de patiënt om oplossingen te zoeken voor de factoren die bijdragen aan (het ontstaan van) overspanning of burnout.

Aanvullende interventie:

Probleem- en oplossingsinventarisatie met behulp van schrijf- en registratieopdrachten

#### *Toepassingsfase*

Basisinterventie:

Stimuleren van de patiënt om de gevonden oplossingen toe te passen in zijn dagelijkse situatie (werk, privé, sociaal)

Aanvullende interventies:

Opdracht om te anticiperen op mogelijke belemmeringen bij oppakken van rollen en taken, opdracht om belastende factoren te saneren, opdracht om zelf een werkhervattingschema te maken, adviezen aan de werkgever over aanpassingen en maatregelen in de werkomgeving die het herstel kunnen ondersteunen.

## **2.6 Reductie van Werkstress in Gezondheidszorg en Onderwijs. Kenniskring STECR Werkwijzer. 2003. STECR.**

### ***Samenvatting***

De Kenniskring Reductie van werkstress door de werknemer in de gezondheidszorg en het onderwijs is vanaf het voorjaar van 2002 een jaar lang bezig geweest met het samenstellen van een Werkwijzer Good practices stressreductie voor genoemde sectoren. Het project gaat uit van STECR. De primaire doelgroep van de Werkwijzer bestaat uit professionals werkzaam binnen arbodiensten, aangesloten bij STECR. Naast veel lees- en schrijfwerk om de 'state-of the art' in stressreductie te verzamelen en toegankelijk te maken, zijn er drie momenten van terugkoppeling geweest: een workshop, een expertmeeting en een openbaar debat.

De Kenniskring heeft voor de domeinbepaling en het te hanteren begrippenkader aansluiting gezocht bij het werk van het Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid in het werk. Niet alleen om te profiteren van de kennis van internationale experts, maar ook uit praktische overwegingen zoals eenduidigheid in terminologie en definities en toegankelijkheid van publicaties.

Een algemeen model voor arbeidsgebonden stress is gebruikt om de relatie tussen gevaren en risico's en de mogelijke negatieve gevolgen en effecten van werkstress, inzichtelijk te maken. Bronnen en symptomen van stress zijn in kaart gebracht en er is een onderscheid gemaakt in niveaus waarop het ontstaan van stress zich afspeelt. Naast de niveaus individu en organisatie, zijn de niveaus van interventie aangeduid met primaire, secundaire en tertiaire interventie. Primaire interventie of bronaanpak wordt als het effectiefst en meest bestendig beschouwd, maar beide andere interventies zijn in de re-integratiepraktijk eveneens van belang.

Het algemene werkstressmodel is in een volgende stap gezien in combinatie met de basisdienstverlening van de arbodienst zoals aangegeven in de arboregelgeving. De basisdienstverlening is als het ware in het algemene model geplaatst. Dit heeft geresulteerd in twee manieren van werken aan stressreductie. Het eerste is een stappenplan voor de diagnose van en de begeleiding bij werkstress van de individuele werknemer. Het tweede is een stappenplan voor een proces van risicomanagement op het niveau van de organisatie. De twee werkwijzen beogen allebei stressreductie door primaire preventie, zij het dat de vertrekpunten verschillen. Beide stappenplannen zijn door de Kenniskring verder uitgewerkt.

De mogelijke stressoren en interventies voor stressreductie binnen de zorg en het onderwijs krijgen uiteraard veel aandacht. Daarnaast is aangegeven welke problemen de arboprofessional tegenkomt die gunstig of ongunstig kunnen zijn bij stressreductie, zowel in het algemeen als specifiek voor beide sectoren.

Kenmerkend voor het stappenplan voor de diagnose van en de begeleiding bij werkstress van de individuele werknemer, is het werken met zogeheten stressorenprofielen. Het opstellen daarvan gebeurt met aandachtspuntenlijsten met mogelijke stressoren voor de werk- en privésituatie en een aparte lijst voor persoonskenmerken die mogelijk van invloed zijn op het copinggedrag. De voortdurende terugkoppeling naar zoveel mogelijk betrokkenen en belanghebbenden bij stressreductie is kenmerkend voor beide stappenplannen.

De Werkwijzer eindigt met het noemen van zeven succesfactoren van good practices in stresspreventie:

1. Adequate risicoanalyse
2. Grondige planning en een stapsgewijze benadering

3. Combinatie van op het werk en op de werknemer gerichte maatregelen
4. Contextspecifieke oplossingen
5. Professioneel interventiepersoneel en maatregelen op basis van concrete bewijzen
6. Sociaal overleg, 'partnership' en betrokkenheid van de werknemers;
7. Duurzame preventie en steun van de directie

Hoewel er in de praktijk voorbeelden zijn van de geschetste aanpak, realiseert de Kenniskring zich dat het werken met deze Werkwijzer een verandering betekent voor de doorsnee arbodienstverlening. De Kenniskring hoopt wel dat deze Werkwijzer een stap vooruit is in de richting van stressreductie in het algemeen en in het bijzonder voor de sectoren gezondheidszorg en onderwijs.

## **2.7 Richtlijn 'werk en psychische klachten'. 2005. Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE).**

### ***Inleiding***

Deze richtlijn is een eerste stap om een werkgerichtere werkwijze van psychologen te bevorderen. Met deze monodisciplinaire richtlijn willen het NIP en de LVE bereiken dat psychologen meer worden ingezet bij de behandeling en reïntegratie van werknemers en werkzoekenden. Met andere woorden, het handelen van psychologen dient zich niet (alleen) te beperken tot een klachtgerichte dan wel inzichtgevende benadering, maar moet mede – meer dan tot nu toe het geval is – worden gericht op de relatie tussen werk(gever) en werknemer. Werkhervatting dient een expliciet onderdeel van deze aanpak te zijn.

De richtlijn Werk en psychische klachten betreft het betrekken van werk en het werksysteem in de behandeling en begeleiding van cliënten met psychische klachten. In de richtlijn wordt geen onderscheid gemaakt naar aard, oorzaak en ernst van psychische klachten. Aandacht voor het werk en het werksysteem kan bij een diversiteit aan klachten relevant zijn. Ook bij klachten die niet per definitie arbeidsgerelateerd zijn.

### ***Aanwijzingen en aandachtspunten***

De richtlijn geeft aandachtspunten en aanwijzingen voor een werkgerichte werkwijze van psychologen. Niet in alle gevallen zullen alle genoemde aspecten van de richtlijn van belang zijn in de behandeling en begeleiding. Op basis van het stellen van open vragen aan cliënt wordt duidelijk welke werkaspecten relevant zijn. De richtlijn geeft richting aan vragen die gesteld kunnen worden en aanwijzingen voor acties die ondernomen kunnen worden. Het is aan de psycholoog om de grenzen van het eigen kennen en kunnen te weten en te verwijzen naar andere professionals wanneer een (werkgericht) aspect van de behandeling of begeleiding zijn professionele grenzen overschrijdt. De beroepscode van het NIP legt de psycholoog de professionele verantwoordelijkheid op om de moeilijkheden te onderkennen die kunnen ontstaan uit het vervullen van verschillende professionele rollen ten aanzien van een of meer betrokkenen. Bij voorkeur vermijdt de psycholoog het ontstaan van meervoudige rollen'.

Het uitgangspunt is dat de psycholoog deskundig is op het terrein van de behandeling en begeleiding van psychische klachten. De richtlijn geeft hiervoor geen verdere invulling.

### ***Uitgangspunten van de richtlijn***

De uitgangspunten van de richtlijn zijn activerend, persoons- en omgevingsgericht, afstemming met het werk en andere professionals, tijd- en procescontingent.

### *Activerend*

Cliënt is de centrale actor in het herstelproces. De richtlijn is van toepassing op cliënten die werken of die willen werken. De psycholoog ondersteunt cliënt om actief het eigen herstel te bevorderen, waarbij werk onderdeel van het herstel uitmaakt.

### *Persoons- en omgevingsgericht*

Bij de interventies wordt gewerkt aan het vergroten van de belastbaarheid van cliënt (persoonsgericht). En er is aandacht voor de belasting vanuit de werkomgeving (omgevingsgericht).

### *Afstemming met het werk of andere professionals*

Vanuit de regierol van cliënt is het aan cliënt om contact met het werk en eventuele andere professionals te onderhouden. Indien dit nodig wordt geacht door cliënt of de psycholoog, neemt de psycholoog contact op met het werk en of andere professionals die cliënt begeleiden. In overeenstemming met de beroepscode voor psychologen gebeurt dergelijk afstemming nadat cliënt hiertoe uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven aan de psycholoog. En nadat cliënt en psycholoog samen de noodzaak, het doel en de inhoud van dergelijk contact of gegevensuitwisseling hebben vastgesteld.

### *Tijdcontingent*

In geval van verzuim houden zowel cliënt als de psycholoog rekening met de termijnen zoals in de wet verbetering Poortwachter wordt aangegeven.

## **2.8 Richtlijn handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen. 2007. Utrecht, NVAB.**

### ***Samenvatting***

De interventies c.q. activerende begeleiding zijn erop gericht het probleemoplossend vermogen van de werkende en diens leidinggevende –verder- te versterken. In dit proces is een aantal rollen en taken te onderscheiden. De bedrijfsarts is verantwoordelijk voor het begeleiden van dit proces en ziet erop toe dat de rollen en taken adequaat worden ingevuld.

### *Procesbegeleider*

In deze rol is de bedrijfsarts bij uitstek de begeleider die het herstelproces volgt en beoordeelt, de zelfzorg van de werkende stimuleert en zo nodig andere zorgsystemen mobiliseert.

### *Interventierol gefocust op de werkende*

In deze rol ondersteunt de bedrijfsarts de begeleidingsrol met behandelinterventies.

### *Interventierol gefocust op het werksysteem*

In deze rol heeft de bedrijfsarts als coach/adviseur contact met de werkomgeving: op indicatie om het effect van de interventie te evalueren en om indien nodig de interventie te continueren.

### ***Wat te doen bij andere dan stressgerelateerde psychisch problemen?***

De activerende interventies zijn vooral gericht op de stressgerelateerde component, dat wil zeggen op de interactie van de werkende met eisen, problemen en gebeurtenissen in de omgeving. Ook bij depressies, angststoornissen en overige psychiatrie speelt de stressgerelateerde component een belangrijke rol.

### *Stap 1: eerste week, ziekmelding*

1e telefonisch contact tussen werknemer en leidinggevende (1e of 2e dag van ziekmelding). Leidinggevende vraagt naar de oorza(a)k(en) voor het verzuim, de relatie

van het verzuim met werk, onder welke condities en wanneer werknemer eventueel weer aan het werk zou kunnen.

a) bij aangeven snelle hervatting (binnen 1 week) ongeacht de oorzaak geen actie of verdere vragen nodig (indien frequent kortdurend verzuim (4e melding in 12 maanden) gesprek aankondigen na werkhervatting om te kijken of er sprake is van overbelasting)

b) bij evident somatische problematiek of aanwezigheid cq. vermoeden van een psychiatrische stoornis standaard behandel en begeleidingstraject volgen, en eventueel werkaanpassing realiseren.

c) indien betrokkene geen snelle hervatting kan aangeven (binnen week) verder vragen Van het gesprek wordt een kort schriftelijk verslag van afspraken gemaakt. Aangegeven wordt dat over 1 week opnieuw contact wordt opgenomen.

#### *Stap 2: tweede week*

Als het werk niet is hervat, of geen uitzicht is op hervatting, wordt opnieuw telefonisch contact gezocht. Leidinggevende vraagt naar stand van zaken, is er helderheid over de oorzaak van het verzuim, is er vooruitgang, is er hulp gezocht, nagedacht over mogelijke oplossingen, wat kan de werkgever doen.

a) als werk wordt hervat binnen 1 week geen verdere acties

b) als er positieve respons is, afspraak maken om over werkproblematiek en/of aangepaste werkzaamheden te spreken

c) als verzuim onduidelijk blijft: bedrijfsarts inschakelen

#### *Stap 3: derde, vierde, vijfde week*

Als na twee weken ziekmelding het werk niet is hervat en het verzuim chronisch dreigt te worden (verzuimprognose is langer dan 4 weken), dan dient een probleemoriëntatie plaats te vinden. De probleemoriëntatie geeft een eerste zicht op de oorzaken en beperkingen die een rol spelen bij de klachten en het verzuim. Geeft de probleemoriëntatie te weinig aanknopingspunten, dan dient een vervolgonderzoek plaats te vinden. Daarbij kan een psychiatrisch onderzoek geïndiceerd zijn.

a) leidinggevende onderhoudt contacten met werknemer over mogelijke oplossingen, activiteiten die ontplooid kunnen worden en /of over aangepaste werkzaamheden, concrete afspraak maken en actie ondernemen.

b) leidinggevende vraagt een arbodienst/bedrijfsarts om een probleemoriëntatie<sup>2</sup> en zonodig een vervolgonderzoek<sup>3</sup> op te (laten) stellen.

c) op basis van de probleemoriëntatie (en evt. vervolgonderzoek) en advisering van de arbodienst/bedrijfsarts over het begeleidingstraject, stellen leidinggevende en werknemer (schriftelijk) een begeleidingstraject vast, en voeren dit vervolgens uit, daarbij desgewenst ondersteund door andere adviseurs of hulpverleners. De werknemer is hierbij telkens nauw betrokken en zoveel mogelijk een actieve deelnemer. De werknemer voorziet de werkgever van de benodigde informatie (met respect voor privacy gevoelige medische informatie en het beroepsgeheim van de arts of hulpverlener).

#### *Stap 4: 6e – 12e week, en daarna:*

Indien aan het einde van de 6e week nog geen concreet zicht is op werkhervatting en het verzuim lijkt complex te zijn en langdurig te worden, dan is een (multifactoriële) probleemanalyse nodig.

- a) bedrijfsarts of een andere deskundige voert op verzoek van leidinggevende een uitgebreide (multifactoriële) probleemanalyse uit.
- b) op basis van de (multifactoriële) probleemanalyse volgt een beoordeling van de aanpak voor herstel en reïntegratie tot dan toe.
- c) op basis van een advies van de bedrijfsarts, en eventuele andere adviseurs en hulpverleners, stellen leidinggevende en werknemer uiterlijk in de 12e week vast welke andere interventies zo mogelijk in gang gezet moeten worden.
- d) leidinggevende/werkgever en werknemer hebben de mogelijkheid een deskundigenoordeel bij de Uvi aan te vragen over loondoorbetaling, reïntegratie-inspanningen, aanwezigheid passend arbeid en passendheid van aangeboden arbeid.
- e) Leidinggevende en werknemer verkennen mogelijkheden van inzet van REA-subsidies; en worden via de Arbodienst geïnformeerd over financiële consequenties van eventuele WAO-toetreding, en eventueel via een aangevraagd SV-consult.
- f) leidinggevende en werknemer geven uitvoering aan de gemaakte afspraken over interventies, desgewenst daarbij ondersteunt door andere hulpverleners en adviseurs. Regelmatige evaluatie na 12e week: Leidinggevende/werkgever, werknemer, en bedrijfsarts hebben regelmatig contact (uiterlijk om de zes weken) over de voortgang van het herstel en de mogelijkheden tot reïntegratie. Afspraken over voortgang, evaluatiemomenten en bijstellingen van het herstel- en begeleidingstraject worden schriftelijk vastgelegd.

#### *Stap 5: terugvalpreventie*

Terugvalpreventie is onderdeel van een goede (snelle en op functioneren gerichte) begeleiding. Begeleiding is met name in de eerste weken van het verzuim van groot belang. Centraal staat niet alleen wat de werknemer en leidinggevende/werkgever willen maar evenzeer wat haalbare doelen zijn. Zonodig wordt, voor en tijdens de periode van werkhervatting, tussen leidinggevende en medewerker en tussen bedrijfsarts en werknemer aandacht besteed aan hoe voorkómen kan worden dat de werknemer opnieuw uitvalt. Centraal hierbij staat de vraag wat er in de werksituatie en in de omgang daarmee door de werknemer moet veranderen om herhaling te voorkomen. Daarnaast kan aan de orde komen welke signalen (moeten) worden herkend en welke acties de leidinggevende en de werknemer gaan ondernemen als die signalen weer gaan optreden.

#### *Stap 6: preventiebeleid*

Voor de langere termijn is het van belang na te gaan of de factoren in het werk die een rol spelen of hebben gespeeld bij het individuele geval ook van betekenis zijn voor de gezondheid of het functioneren van andere collega's binnen de afdeling of bedrijf. Hiermee wordt waardevolle informatie verkregen voor de nadere invulling van de risico-inventarisatie en – evaluatie, een PAGO of een nader onderzoek.

## **BIJLAGE 2: GRIJZE LITERATUUR**

### **1. Van Gestel H et al. Individual Placement en Support (IPS) en Multi System Therapy (MST). 2012. Tranzo, Universiteit Tilburg.**

#### ***Beschrijving***

Dit praktijkgerichte onderzoek behelst de ontwikkeling van een methodiek van arbeids- en schooltoeleiding ten behoeve van jongeren met (ernstige) psychische problematiek en/of een verstandelijke beperking, aan wie een justitiële of civiele maatregel is opgelegd. De beoogde trajectbegeleiding wordt gebaseerd op (a) de methodiek van Individual Placement and Support (IPS), een bewezen effectieve methodiek voor de arbeids- en schooltoeleiding van (jonge) mensen met ernstige psychische aandoeningen en (b) op Multi Systeem Therapie (MST), een bewezen effectief behandelprogramma voor de eerdere genoemde doelgroep. De verwachting is dat een combinatie van beide technieken maakt dat de positieve effecten van MST beter generaliseren naar de echte werk- of leeromgeving en dat deze effecten ook op langere termijn beklijven. De methodiek zal systematisch ontwikkeld worden, toegepast en verbeterd worden en uiteindelijk overdraagbaar worden gemaakt. Daarnaast worden belemmerende en bevorderende factoren en de eerste resultaten bij de implementatie van de methodiek vastgelegd.

Dit onderzoek was onderwerp van een workshop tijdens het 5e Nationale Rehabilitatie Congres, 17 april 2013 te Utrecht. Op de congres website is aanvullend de volgende informatie gevonden:

#### ***Beschrijving***

Jongeren met (ernstige) psychische problematiek of een verstandelijke beperking, aan wie een justitiële of civiele maatregel is opgelegd, verlaten dikwijls voortijdig hun school of opleiding en slagen er vaak niet in om een plaats op de arbeidsmarkt te verwerven. Op dit moment ontbreekt het in Nederland aan een welomschreven, empirisch gefundeerde methodiek van trajectbegeleiding, gericht op schooldeelname en arbeidsintegratie van deze groep jongeren. In dit onderzoek is gekeken of een al bewezen effectieve methodiek voor arbeids- en schooltoeleiding, Individual Placement and Support (IPS), zodanig kan worden aangepast dat deze ook geschikt is voor deze jongeren. Daarnaast is onderzocht in hoeverre de aangepaste methodiek van trajectbegeleiding aansluit op verschillende vormen van systeemgerichte hulpverlening (dat wil zeggen: hulpverlening gericht op het gezin en de omgeving van de jongere).

In dit onderzoek zijn derhalve de principes en werkwijze van Multi Systeem Therapie (MST) als uitgangspunt gehanteerd. Het onderzoeksproject had de volgende doelen:

- Systematische ontwikkeling en beschrijving van een - mede op IPS en MST gebaseerde methodiek van trajectbegeleiding, die optimaal is toegesneden op de problemen en mogelijkheden van deze jongeren
- Het theoretisch inkaderen van deze methodiek van trajectbegeleiding
- Identificatie van belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van de methodiek
- Evaluatie van de bevindingen van jongeren, trajectbegeleiders en significante anderen met deze methodiek aan de hand van casuïstiek, interviews met betrokkenen en eerste resultaten.

De methodiek is ontwikkeld aan de hand van relevante literatuur, een consultatieronde met landelijke experts en op basis van empirische kennis (interviews met betrokkenen uit het werkveld). Tot de doelgroep behoorden jongeren vanaf 12 jaar, met (ernstige) gedragsproblemen en met (ernstige) psychische problematiek of een verstandelijke beperking, aan wie een justitiële of civiele maatregel was opgelegd. Een voorwaarde om in aanmerking te komen voor trajectbegeleiding binnen het onderzoek was dat de jongere een systeemgerichte interventie onderging of had doorlopen.

### *Effect*

De methodiek is op verschillende manieren geëvalueerd. Allereerst werden de trajecten geëvalueerd aan de hand van interviews met cliënten, trajectbegeleiders en MST-therapeuten. Verder werd bij de cliënten de Nederlandse versie van de Herth Hope Index (HHI) afgenomen en de Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA), om een eerste indruk te krijgen of er tijdens de trajecten verandering optrad in respectievelijk ervaren hoop voor de toekomst en kwaliteit van leven.

Trajectbegeleiders vulden een checklist in om na te gaan of ze zich aan de principes van de methodiek hielden (bij aanvang van het traject en vijf á zes maanden later). Ook werden de contacten en bezigheden van de trajectbegeleiders en de resultaten van de trajecten vastgelegd. De gegevens werden kwalitatief en kwantitatief geanalyseerd. De resultaten wezen uit dat de methodiek veelbelovend is. De eerste resultaten waren positief en ook de uitvoerders, MST-therapeuten en cliënten waren positief over de methodiek. Daarnaast zien ook andere betrokkenen uit het werkveld de voordelen van deze methodiek en de noodzaak om partijen bij elkaar te brengen.

Zie: <http://www.rehabilitatiecongres.nl/deelsessies>

## **2. D.P.K. Roeg, J. van Weeghel, Ch. van Nieuwenhuizen. Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH). Tranzo, Universiteit Tilburg.**

### ***Beschrijving***

Het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) is een van de twee dominante benaderingen in de Nederlandse rehabilitatiepraktijk voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (de andere is de Individuele Rehabilitatie Benadering). Het SRH omvat een goed uitgewerkte methodiek en wordt op vele plaatsen in Nederland in praktijk gebracht. Er is echter nog geen (gecontroleerd en gerandomiseerd) onderzoek gedaan naar de mogelijke opbrengsten van het SRH voor deelnemende cliënten.

### ***Effect***

Nog niet bekend.

De website van Tranzo vermeld over SRH nog het volgende:

*N. Bitter, J. van Weeghel, Ch. van Nieuwenhuizen, D. Roeg. Hoe effectief is het systematisch rehabilitatiegericht handelen? Een randomized controlled trial.*

Veel mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen hebben een klein sociaal netwerk, beschikken over weinig materiële hulpbronnen en vervullen een beperkt aantal maatschappelijke rollen. Hoewel zij veelal dezelfde levenswensen hebben als andere burgers, is het voor hen veel moeilijker om deze te realiseren. Rehabilitatiemethodieken ondersteunen cliënten bij het kiezen, krijgen en behouden van gewenste sociale rollen, op geleide van de doelen die de cliënt zelf wil verwezenlijken.

Een bekende en veel toegepaste rehabilitatiemethodiek in Nederland is het 'Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen' (SRH). Centraal in het SRH staat 'het aangaan van een persoonlijk-professionele relatie en daarbinnen nauw aansluiten bij de wensen en behoeften van de cliënt'. Dit met het doel de kwaliteit van leven te verbeteren. Het SRH is een integrale rehabilitatiebenadering, dit betekent dat de cliënt als mens in zijn geheel centraal staat. Er wordt samen met de cliënt gewerkt aan: het realiseren van de wensen van de cliënt, leren omgaan met zijn kwetsbaarheid en het verbeteren van de kwaliteit van de sociale omgeving. De methodiek heeft zich de afgelopen jaren ontwikkeld onder invloed van nieuwe wetenschappelijke inzichten en maatschappelijke bewegingen, vooral de herstelbeweging, krachtgericht werken en presentie zijn belangrijke invloeden. De meest recente vorm staat beschreven in het boek 'Zo worden cliënten burgers' (Den Hollander & Wilken, 2011).

Deze gecontroleerde effectstudie (Randomized Controlled Trial), die wordt uitgevoerd in 3 RIBW's, heeft als doel de effectiviteit van SRH te onderzoeken. De helft van de teams zal de geupdate SRH-scholing volgen en ondersteund worden bij de implementatie en borging van SRH in de organisatie. De andere helft van de teams krijgt deze scholing en ondersteuning niet. Gedurende de studie zal worden gekeken naar de effecten op cliënten (o.a. doelrealisatie, herstel, hoop, empowerment en kwaliteit van leven), de effecten van de SRH scholing op de modelgetrouwheid, de rehabilitatiegerichtheid van de zorg en de herstellennis van de begeleiders bij de RIBW.

Het onderzoek is gestart in mei 2012. De resultaten zullen bekend zijn in de loop van 2016. Het onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van RIBW Gooi en Vechtsreek, RIBW Arnhem en Veluwevallei, RIBW KAM, RIBW Fonteyenburg, Kwintes. Daarnaast levert Fonds Storm Rehabilitatie een financiële bijdrage en wordt er samengewerkt met de RINO groep.

### **3. Swildens W et al. Effectiviteit van de Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB). Kenniscentrum Phrenos.**

#### ***Beschrijving***

Een gerandomiseerde gecontroleerde trial naar de Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB). De IRB biedt een, veelal individueel, rehabilitatietraject waarbij de focus ligt op het werken aan door de cliënt gekozen doelen op één of meer doelgebieden wonen, werken, leren en sociale contacten onderhouden. De effectiviteit van geprotocolleerde uitvoering van de IRB door ervaren gecertificeerde IRB-begeleiders wordt onderzocht ten opzichte van begeleiding met gebruik van generieke verpleegkundige zorgmodellen ('care as usual'). In totaal worden 160 patiënten (80 in de experimentele groep) afkomstig uit uiteenlopende settingen (ambulant, klinisch, beschermd wonen) gedurende 1 jaar gevolgd. Uitkomstmaten zijn: doelrealisatie, empowerment, sociaal en psychisch functioneren, zorgbehoeften en kwaliteit van leven. Daarnaast wordt het zorg- en rehabilitatieproces in kaart gebracht. Het betreft een experiment waarbij de generaliseerbaarheid van de resultaten naar de normale hulpverleningspraktijk centraal staat.

#### ***Effect***

Er zijn vier RCT's naar de IRB uitgevoerd, waarvan één in Nederland, en er zijn twee Nederlandse quasi-experimentele onderzoeken uitgevoerd.

Swildens e.a. (2007) betreft een gerandomiseerd, *multisite* effectonderzoek met *follow-up* dat in Nederland is uitgevoerd bij personen met relatief veel beperkingen. Doel was om na te gaan of cliënten die begeleid worden door hulpverleners opgeleid in de IRB, vaker hun doelen bereiken dan cliënten die hierbij begeleid worden door anders opgeleide hulpverleners. Na twee jaar bereikte 46% van de cliënten die IRB-begeleiding kregen hun rehabilitatiedoel volledig, tegen 32% van de cliënten die andere begeleiding kregen. Cliënten die hun rehabilitatiedoelen bereikten, ervaren ook een hogere kwaliteit van leven. De Nederlandse onderzoeken van Swildens e.a. (2003) (Classificatie E) en van Van Busschbach & Wiersma (2002) richtten zich op mensen met ernstige psychiatrische stoornissen. Met ondersteuning van de IRB behaalde 57% tot 80% van hen na één tot twee jaar hun zelfgestelde doelen.

Shern e.a. (2000) tonen aan dat de IRB zelfs met daklozen in de VS goede resultaten oplevert: in vergelijking met de controleconditie minder op straat verblijven, beter aan basale behoeften toekomen, vaker een dagprogramma volgen, minder last hebben van psychiatrische symptomen en een hogere kwaliteit van leven hebben. Gigantesco e.a. (2006) vinden in Italië, in vergelijking met de controlegroep, na een jaar een klein effect op psychiatrische symptomen en een groot effect op persoonlijk en sociaal functioneren. Rogers e.a. (2006) vinden in de VS geen verschil tussen de IRB en reguliere arbeidsrehabilitatie die is aangepast voor mensen met psychiatrische beperkingen; zowel de experimentele als de controleconditie gaat significant vooruit.

**4. J.T. van Busschbach, H. Michon, M. van Vugt & A.D. Stant. Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland. Eindverslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie. Deel 2: Bevindingen na 30 maanden follow-up. 2011, Rob Giel Onderzoekcentrum, Groningen, & Trimbos-instituut, Utrecht.**

***Beschrijving***

Individual Placement and Support (IPS) stelt zich ten doel om mensen met ernstige psychiatrische problematiek te helpen regulier betaald werk te vinden en te behouden. IPS is geïntegreerd binnen de geestelijke gezondheidszorg en richt zich op het snel zoeken naar een betaalde baan. Effectonderzoek in de Verenigde Staten leert dat met IPS veel meer mensen met ernstige psychiatrische problematiek betaald werk vinden, dan met gebruikelijke arbeidsrehabilitatie het geval is (56% tegenover 20%). De systematische implementatie van IPS in Nederland is in 2003 gestart in vier regio's, waaronder bij GGZ Eindhoven en GGZ Groningen. Naast genoemde twee instellingen, participeren ook Adhesie en Europort-Istia / Maaskringgroep in de onderhavige studie, een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van IPS. De hoofdvraag daarbij is of IPS ook in Nederland meer mensen aan het werk helpt dan de gebruikelijke arbeidsrehabilitatie en -reïntegratie, tegen welke kosten.

***Effect***

De hoofdanalyse wijst uit dat de deelnemers in de IPS groep significant vaker werk vinden (44%) dan de deelnemers uit de vergelijkingsgroep (25%). Sensitiviteitsanalyses wijzen in dezelfde richting. Als bijvoorbeeld rekening gehouden wordt met de mogelijke invloed van psychische gezondheid en locatie, blijft IPS effectiever dan reguliere arbeidsbegeleiding. Ook als de locatie waarin sprake was van zowel matige modeltrouw als laag contrast, uit de analyse gehouden wordt, vindt een significant grotere proportie IPS-cliënten regulier betaald werk.

**5. H.L. Hees, G. de Vries, M.W.J. Koeter en A.H.Schene. Depression & Occupation: Intervention Trial (Do-It Study). De effectiviteit van ergotherapie voor werknemers die verzuimen wegens depressie. Academisch Medisch Centrum (AMC), Universiteit van Amsterdam, Afdeling Psychiatrie, Stemmingsstoornissen. Mei 2011.**

***Beschrijving***

De interventie werd geboden door ergotherapeuten die verbonden waren aan het Programma Stemmingsstoornissen van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam . De behandeling was geprotocolleerd en bestond uit 18 sessies, waaronder 8 groepsbijeenkomsten, 10 individuele gesprekken, een bezoek aan de werkgever en een follow-up gesprek (De Vries, 2002). Bij start van de behandeling werd een arbeidsanamnese afgenomen waarin onderzocht werd welke specifieke handelingspatronen (kenmerkende manier van reageren in stressvolle situaties) van invloed zijn op het ontstaan dan wel het voortduren van de depressie. Als onderdeel van de behandeling werden patiënten gestimuleerd om binnen 6 weken weer minimaal 2 uur aan het werk te zijn, zodat zij direct kunnen oefenen met nieuwe strategieën om hun oude handelingspatronen te doorbreken. Het werkplekbezoek had als doel de communicatie tussen werkgever en patiënt te bevorderen en de werkgever door middel van psycho-educatie in te lichten over de gevolgen van depressie voor het werkfunctioneren.

***Effect***

Concluderend kan gezegd worden dat ergotherapie een meerwaarde heeft voor het

bevorderen van (duurzaam) depressie herstel. Echter, indien tevens effect op werkherstel wordt beoogd, heeft het inzetten van de ergotherapeutische interventie mogelijk alleen meerwaarde bij patiënten die nog relatief kort verzuimen (< 3 maanden). Hoewel deze bevinding nog in toekomstig onderzoek gerepliceerd dient te worden, wijzen deze bevindingen op het belang van een snelle doorverwijzing na uitval wegens depressie.

## **BIJLAGE 3: WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR**

### **1. Systematic reviews**

In deze bijlage zijn de abstracts opgenomen van de 7 systematic reviews (16-22) die werden gevonden in de PubMed Search, en een selectie van de artikelen die in deze reviews werden geïnccludeerd (23-34).

**Audhoe SS et al. Vocational interventions for unemployed: effects on work participation and mental distress. A systematic review. J Occup Rehabil. 2010 Mar;20(1):1-13.**

#### *Results*

Six articles based on five intervention studies, of which two randomized controlled trials, fulfilled all inclusion criteria. The methodological quality of the studies ranged from good to poor. All five interventions applied group training techniques aimed at promoting re-employment and/or improving mental health. The duration of the interventions varied from 1 week to 6 months. The interventions focused on acquiring job-search skills, maintaining paid work, personal development and preparedness against setbacks during the job-search process. Only one intervention study (randomized controlled trial) reported a significant effect on re-employment.

#### *Conclusions*

Based on our review, we conclude that there is weak evidence to support the use of vocational interventions to improve work participation and limited evidence to reduce mental distress for the unemployed. We recommend further development and evaluation of return to work intervention strategies for unemployed individuals.

**Arends I et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12;12:CD006389.**

#### *Results*

We included nine studies reporting on 10 psychological interventions and one combined intervention. The studies included 1546 participants. No RCTs were found of pharmacological interventions, exercise programmes or employee assistance programmes. We assessed seven studies as having low risk of bias and the studies that were pooled together were comparable. For those who received no treatment, compared with CBT, the assumed time to partial and full RTW was 88 and 252 days respectively. Based on two studies with a total of 159 participants, moderate-quality evidence showed that CBT had similar results for time (measured in days) until partial RTW compared to no treatment at one-year follow-up (mean difference (MD) -8.78, 95% confidence interval (CI) -23.26 to 5.71). We found low-quality evidence of similar results for CBT and no treatment on the reduction of days until full RTW at one-year follow-up (MD -35.73, 95% CI -113.15 to 41.69) (one study with 105 participants included in the analysis). Based on moderate-quality evidence, problem solving therapy (PST) significantly reduced time until partial RTW at one-year follow-up compared to non-guideline based care (MD -17.00, 95% CI -26.48 to -7.52) (one study with 192 participants clustered among 33 treatment providers included in the analysis), but we found moderate-quality evidence of no significant effect on reducing days until full RTW at one-year follow-up (MD -17.73, 95% CI -37.35 to 1.90) (two studies with 342 participants included in the analysis).

#### *Conclusions*

We found moderate-quality evidence that CBT did not significantly reduce time until partial RTW and low-quality evidence that it did not significantly reduce time to full RTW compared with no treatment. Moderate-quality evidence showed that PST significantly enhanced partial RTW at one-year follow-up compared to non-guideline based care but

did not significantly enhance time to full RTW at one-year follow-up. An important limitation was the small number of studies included in the meta-analyses and the small number of participants, which lowered the power of the analyses.

**Noordik E et al. Exposure-in-vivo containing interventions to improve work functioning of workers with anxiety disorder: a systematic review. BMC Public Health. 2010 Oct 11;10:598.**

#### *Results*

Seven studies containing 11 exposure-in-vivo interventions were included. Four studies were focused on Obsessive Compulsive Disorder (OCD), two on Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), and one on a mixed group of OCD and severe phobias. The studies were grouped according to type of anxiety disorder and subsequently according to type of comparisons. For OCD, exposure-in-vivo containing interventions can yield better work-related outcomes compared to medication (SSRIs) and relaxation but not better compared to response prevention. The results on anxiety outcomes were similar. The net contribution of exposure in vivo in two OCD intervention programs is also presented as a meta-analysis and shows significant positive results on work role limitations. The calculated pooled effect size with 95% confidence interval was 0.72 (0.28, 1.15). For PTSD, exposure-in-vivo containing interventions can yield better work-related and anxiety-related outcomes compared to a waiting-list but not better compared to imaginal exposure.

#### *Conclusions*

Exposure in vivo as part of an anxiety treatment can reduce work-related adverse outcomes in workers with OCD and PTSD better than various other anxiety treatments or a waiting-list. We recommend that it should be studied how the results of these studies can be transferred to the practice of occupational health professionals and how clinicians can make better use of them to improve work-related outcomes. In future research, priority should be given to high-quality randomised controlled trials (RCTs) in which exposure-in-vivo containing interventions are applied to a variety of anxiety disorders and compared with other clinical anxiety treatments such as SSRIs. Work-related outcomes, in particular work functioning and sickness absence, need to be assessed with reliable and valid measures.

**Nieuwenhuijsen K et al. Interventions to improve occupational health in depressed people. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2):CD006237.**

#### *Results*

We included eleven studies, all of worker-directed interventions, involving 2556 participants. Only one study addressed work issues using adjuvant occupational therapy. Other interventions evaluated anti-depressant medication (selective serotonin reuptake inhibitors, serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, tricyclic antidepressants, monoamino-oxidase inhibitors), psychodynamic therapy, enhanced primary care and psychological treatment. For medication, the combined results of three studies (n=864) showed no difference between antidepressant medication and alternative medication in their effect on days of sickness absence (SMD 0.09; 95% CI -0.05 to 0.23). In two pooled studies (n=969), the effect of enhanced primary care on days of sickness absence did not differ from usual care in the medium term (SMD -0.02; 95% CI -0.15 to 0.12). All other comparisons were based on single studies (n=6), all of which showed a lack of significant difference for sickness absence between groups, with the exception of one small study, combined psychodynamic therapy and TCAs versus TCAs alone, which favoured the combined treatment.

### *Conclusions*

Based on a heterogeneous sample of studies, there is currently no evidence of an effect of medication alone, enhanced primary care, psychological interventions or the combination of those with medication on sickness absence of depressed workers. In future RCTs, interventions should specifically address work issues, and occupational outcomes should be used to measure the effect.

**Kinoshita Y et al. Supported employment for adults with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Sep 13;9:CD008297.**

### *Results*

A total of 14 randomised controlled trials were included in this review (total 2265 people). In terms of our primary outcome (employment: days in competitive employment, over one year follow-up), supported employment seems to significantly increase levels of any employment obtained during the course of studies (7 RCTs, n = 951, RR 3.24 CI 2.17 to 4.82, very low quality of evidence). Supported employment also seems to increase length of competitive employment when compared with other vocational approaches (1 RCT, n = 204, MD 70.63 CI 43.22 to 94.04, very low quality evidence). Supported employment also showed some advantages in other secondary outcomes. It appears to increase length (in days) of any form of paid employment (2 RCTs, n = 510, MD 84.94 CI 51.99 to 117.89, very low quality evidence) and job tenure (weeks) for competitive employment (1 RCT, n = 204, MD 9.86 CI 5.36 to 14.36, very low quality evidence) and any paid employment (3 RCTs, n = 735, MD 3.86 CI -2.94 to 22.17, very low quality evidence). Furthermore, one study indicated a decreased time to first competitive employment in the long term for people in supported employment (1 RCT, n = 204, MD -161.60 CI -225.73 to -97.47, very low quality evidence). A large amount of data were considerably skewed, and therefore not included in meta-analysis, which makes any meaningful interpretation of the vast amount of data very difficult.

### *Conclusion*

The limited available evidence suggests that supported employment is effective in improving a number of vocational outcomes relevant to people with severe mental illness, though there appears to exist some overall risk of bias in terms of the quality of individual studies. All studies should report a standard set of vocational and non-vocational outcomes that are relevant to the consumers and policy-makers. Studies with longer follow-up should be conducted to answer or address the critical question about durability of effects.

**Furlan AD et al. Systematic review of intervention practices for depression in the workplace. J Occup Rehabil (2012) 22:312–321.**

### *Results*

We identified ten randomised trials and two non-randomised studies from various countries and jurisdictions that evaluated a wide range of intervention practices. The evidence was graded as "very low" for all outcomes identified. Therefore, no intervention could be recommended.

### *Conclusions*

To date, there is insufficient quality of evidence to determine which interventions are effective and yield value to manage depression in the workplace.

**Pomaki G et al. Workplace-Based Work Disability Prevention Interventions for Workers with Common Mental Health Conditions: A Review of the Literature J Occup Rehabil (2012) 22:182–195.**

### *Results*

Our search yielded 671 abstracts: 8 eligible studies and of sufficient quality. We identified three main intervention elements: (a) Facilitation of access to clinical treatment; (b) Workplace-based high-intensity psychological intervention; and (c) Facilitation of navigation through the disability management system. Moderate evidence was found that facilitation of treatment improved work functioning, quality of life and economic outcomes, with limited evidence for work absence duration. Moderate evidence was found that psychological interventions, primarily cognitive-behavioral therapy, improved work functioning, quality of life, and economic outcomes. Moderate evidence indicated that facilitation of navigation through the disability management system improved work absence duration.

### *Conclusions*

Workplace-based interventions could improve work disability outcomes for workers with CMHCs. Facilitation of access to clinical treatment, and workplace-based high-intensity psychological intervention were most effective in improving work functioning and quality of life, and in reducing costs.

## **2. Geïnccludeerde artikelen**

**Bakker IM, Terluin B, van Marwijk HW, van der Windt DA, Rijmen F, van Mechelen W, et al. A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress related mental disorders and sick leave in primary care. PLoS Clinical Trials 2007;2(6):e26.**

### *Objective*

Mental health problems often affect functioning to such an extent that they result in sick leave. The worldwide reported prevalence of mental health problems in the working population is 10%-18%. In developed countries, mental health problems are one of the main grounds for receiving disability benefits. In up to 90% of cases the cause is stress-related, and health-care utilisation is mainly restricted to primary care. The aim of this study was to assess the effectiveness of our Minimal Intervention for Stress-related mental disorders with Sick leave (MISS) in primary care, which is intended to reduce sick leave and prevent chronicity of symptoms.

### *Methods*

Design: cluster-randomised controlled educational trial. Setting: primary health-care practices in the Amsterdam area, The Netherlands. Participants: a total of 433 patients (MISS n = 227, usual care [UC] n = 206) with sick leave and self-reported elevated level of distress. Interventions: forty-six primary care physicians were randomised to either receive training in the MISS or to provide UC. Eligible patients were screened by mail. Outcome measures: the primary outcome measure was duration of sick leave until lasting full return to work. The secondary outcomes were levels of self-reported distress, depression, anxiety, and somatisation.

### *Results*

No superior effect of the MISS was found on duration of sick leave (hazard ratio 1.06, 95% confidence interval 0.87-1.29) nor on severity of self-reported symptoms.

### *Conclusions*

We found no evidence that the MISS is more effective than UC in our study sample of distressed patients. Continuing research should focus on the potential beneficial effects of the MISS; we need to investigate which elements of the intervention might be useful and which elements should be adjusted to make the MISS effective.

**Brouwers EP, Tiemens BG, Terluin B, Verhaak PF. Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial. General Hospital Psychiatry 2006;28(3):223–9.**

*Objective*

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of an activating intervention designed to reduce sick leave duration in patients with emotional distress or minor mental disorders.

*Method*

In a 1.5-year randomized controlled trial, 194 patients with minor mental disorders received either an experimental intervention by social workers or general practitioners' usual care. The intervention focused on understanding causes, developing and implementing problem-solving strategies and promoting early work resumption. Outcome measures were sick leave duration, mental health and physical health (questionnaires included the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Four-Dimensional Symptom Questionnaire and SF-36), all measured at baseline at and 3, 6 and 18 months later. Multilevel analyses were used to evaluate differences between groups.

*Results*

The groups did not differ significantly on any of the outcome measures, except that the experimental group reported higher satisfaction with treatment.

*Conclusions*

Although the intervention has benefits, it was not successful at its primary goal (i.e., to reduce sick leave duration in patients with emotional distress or minor mental disorders). Programs aimed at the reduction of sick leave duration may yield better results if targeted at patients with more severe emotional problems than at those with exclusively emotional distress or minor mental disorders, or if delivered by caregivers who are closer to the work environment than are social workers, such as occupational physicians.

**de Vente W, Kamphuis JH, Emmelkamp PM, Blonk RW. Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. Journal of Occupational Health Psychology 2008;13(3):214–31.**

*Background*

Work-related stress is widespread and can lead to long-term absenteeism and work disability. Cognitive-behavioral treatment (CBT) has demonstrated effectiveness in treating psychopathology but has only rarely been tested in clinical samples with work-related stress.

*Methods*

A randomized controlled trial was conducted to investigate the efficacy of CBT-based stress management training (SMT). Eighty-two patients on sickness leave with work-related stress were randomly assigned to (a) individual SMT, (b) group SMT, or (c) care as usual (CAU). The SMT comprised 12 sessions conducted by a psychologist. Complaints of burnout and distress were measured at baseline, and at 4, 7, and 10 months. Absenteeism was measured during the whole research period.

*Results*

Across treatment conditions, complaints and sickness absence reduced considerably between baseline and 4 months. Thereafter, complaints remained approximately stable, whereas sickness absence further reduced. Hardly any significant group difference emerged, and no consistent pattern could be discerned in favor of any treatment

condition. In subgroups with low depressive complaints, though, individual SMT resulted in larger reductions of some complaints than CAU.

#### *Conclusions*

In conclusion, this study adds to the evidence that CBT-based interventions as currently practiced are not successful in treating patients with clinical levels of work-related stress.

**van der Klink J J L, Blonk R W B, Schene A H, van Dijk F J H. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. Occupational and Environmental Medicine 2003;60(6):429–37.**

#### *Aims*

To compare an innovative activating intervention with "care as usual" (control group) for the guidance of employees on sickness leave because of an adjustment disorder. It was hypothesised that the intervention would be more effective than care as usual in lowering the intensity of symptoms, increasing psychological resources, and decreasing sickness leave duration.

#### *Methods*

A prospective, cluster randomised controlled trial was carried out with 192 patients on first sickness leave for an adjustment disorder. Symptom intensity, sickness duration, and return to work rates were measured at 3 months and 12 months. Analyses were performed on an intention to treat basis.

#### *Results*

At 3 months, significantly more patients in the intervention group had returned to work compared with the control group. At 12 months all patients had returned to work, but sickness leave was shorter in the intervention group than in the control group. The recurrence rate was lower in the intervention group. There were no differences between the two study groups with regard to the decrease of symptoms. At baseline, symptom intensity was higher in the patients than in a normal reference population, but decreased over time in a similar manner in both groups to approximately normal levels.

#### *Conclusion*

The experimental intervention for adjustment disorders was successful in shortening sick leave duration, mainly by decreasing long term absenteeism.

**Van Oostrom S H, Van Mechelen W, Terluin B, De Vet H C W, Knol D L, Anema J R. A workplace intervention for sick-listed employees with distress: Results of a randomised controlled trial. Occupational and environmental medicine 2010;67(9):596–602.**

#### *Objectives*

To evaluate the effectiveness of a participatory workplace intervention compared with usual care for sick-listed employees with distress, with regard to return to work (RTW) within the 12-month follow-up.

#### *Method*

Employees with distress and sick-listed for 2-8 weeks were randomised to a workplace intervention (n=73) or to usual care (n=72). The participatory workplace intervention is a stepwise process involving the sick-listed employee and their supervisor, aimed at reducing obstacles for RTW by reaching consensus about an action plan for RTW. Outcome variables were lasting RTW, cumulative sickness absence and stress-related symptoms.

### *Results*

Overall, an HR of 0.99 (95% CI 0.70 to 1.39) indicated no effect of the workplace intervention on lasting RTW. However, the workplace intervention significantly reduced the time until lasting RTW for employees who at baseline intended to return to work despite symptoms with an HR of 2.05 (95% CI 1.22 to 3.45). Employees who intended to return to work despite symptoms returned to work after 55 days in the workplace intervention group and 120 days in the usual care group. No such effect of the intervention was found for employees without baseline intentions to return to work despite symptoms (HR=0.78, 95% CI 0.47 to 1.28).

### *Conclusions*

No overall effect of the participatory workplace intervention on lasting RTW was found. The workplace intervention appeared effective on lasting RTW for employees who at baseline intended to return to work despite symptoms. For employees who showed no baseline intention to return to work, the intervention did not have any effect. Other approaches are needed for this subgroup. This trial has been registered at the Dutch National Trial Register ISRCTN92307123

**Rebergen DS, Bruinvels DJ, Bezemer PD, van der Beek AJ, van Mechelen W. Guideline-Based Care of Common Mental Disorders by Occupational Physicians (CO-OP study): a randomized controlled trial. Journal of Occupational and Environmental Medicine 2009;51(3):305–12.**

### *Objective*

To evaluate the effectiveness of guideline-based care (GBC) of workers with mental health problems, which promotes counseling by the occupational physician (OP) facilitating return to work (RTW).

### *Methods*

In a randomized controlled trial with police workers on sick leave due to mental health problems (n = 240), trained OPs delivered GBC in the intervention group. Time to RTW and recurrences during 1-year follow-up, analyzed using Cox proportional hazards models, were compared with usual care (UC) with easy access to a psychologist.

### *Results*

GBC by OPs did not result in earlier RTW than UC. Subgroup analysis showed a small effect in favor of GBC for workers with administrative functions and/or "minor" stress-related symptoms.

### *Conclusions*

GBC did not differ in RTW compared with UC, but may be beneficial for the majority of workers with minor stress-related disorders

**Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Lagerveld SE, Houtman ILD. Treatment of work-related psychological complaints: a randomized field experiment among self-employed. Work and Stress. 2006;20:129–44.**

### *Objective*

We investigated the effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT) and a combined intervention of workplace- and individual-focused techniques among self-employed people on sick leave owing to work-related psychological complaints (such as anxiety, depression, and burnout).

### *Methods*

Both interventions were based on CBT; however, one was conducted by psychotherapists and involved extensive CBT, while the other was delivered by "labour experts" and

consisted of a brief CBT-derived intervention combined with both individual-focused and workplace interventions. One hundred and twenty-two self-employed people who had applied for sickness benefit from an insurance company enrolled in a randomized controlled design. These individuals were assessed before the intervention and then at 4 months and 10 months after the onset of the intervention. The outcome was assessed based on duration of sick leave until partial and full return to work and on psychological complaints.

#### *Results*

Significant effects on partial and full return were found in favour of the combined intervention: partial return occurred 17 and 30 days earlier in this group than in the CBT group and the control group, respectively. For full return to work, the difference was approximately 200 days. A decrease in psychological complaints was present in each condition but we found no significant interaction effects.

#### *Conclusions*

The results suggest that work resumption should be addressed earlier in individuals receiving CBT. This insight is of value for the (scarce) literature concerning interventions for individuals who are on sick leave owing to work-related psychological complaints.

**Schene AH, Koeter MWJ, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. Psychol Med J Res Psychiatry Allied Sci. 2007;37(3):351–62.**

#### *Background*

Major depression has far-reaching consequences for work functioning and absenteeism. In most cases depression is treated by medication and clinical management. The addition of occupational therapy (OT) might improve outcome. We determined the cost-effectiveness of the addition of OT to treatment as usual (TAU).

#### *Method*

Sixty-two adults with major depression and a mean absenteeism of 242 days were randomized to TAU (out-patient psychiatric treatment) or TAU+OT [6 months, including (i) diagnostic phase with occupational history and work reintegration plan, and (ii) therapeutic phase with individual sessions and group sessions]. Main outcome domains were depression, work resumption, work stress and costs. Assessments were at baseline and at 3, 6, 12 and 42 months.

#### *Results*

The addition of OT to TAU: (i) did not improve depression outcome, (ii) resulted in a reduction in work-loss days during the first 18 months, (iii) did not increase work stress, and (iv) had a 75.5% probability of being more cost-effective than TAU alone.

#### *Conclusion*

Addition of OT to good clinical practice does not improve depression outcome, improves productivity without increasing work stress and is superior to TAU in terms of cost-effectiveness.

**van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JAC, Drewes HW, van der Laan NC. Faster return to work after psychiatric consultation for sick listed employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. Neuropsychiatry Dis Treat. 2010;6:375–85.**

#### *Introduction*

Return to work (RTW) of employees on sick leave for common mental disorders may require a multidisciplinary approach. This article aims to assess time to

RTW after a psychiatric consultation providing treatment advice to the occupational physician (OP) for employees on sick leave for common mental disorders in the occupational health (OH) setting, compared to care as usual (CAU).

#### *Methods*

Cluster randomized clinical trial evaluating patients of 12 OPs receiving consultation by a psychiatrist, compared to CAU delivered by 12 OPs in the control group. 60 patients suffering from common mental disorders and  $\geq$  six weeks sick listed were included. Follow up three and six months after inclusion. Primary outcome measure was time to RTW. Intention- to-treat multilevel analysis and a survival analysis were performed to evaluate time to RTW in both groups.

#### *Results*

In CAU, referral was the main intervention. Both groups improved in terms of symptom severity and quality of life, but time to RTW was significantly shorter in the psychiatric consultation group. At three months follow up, 58% of the psychiatric consultation group had full RTW versus 44% of the control group, a significant finding ( $P = 0.0093$ ). Survival analysis showed 68 days earlier RTW after intervention in the psychiatric consultation group ( $P = 0.078$ ) compared to CAU.

#### *Conclusion*

Psychiatric consultation for employees on sick leave in the OH setting improves time to RTW in patients with common mental disorders as compared to CAU. In further research, focus should be on early intervention in patients with common mental disorders on short sick leave duration. Psychiatric consultation might be particularly promising for improvement of RTW in those patients.

**Arends I, van der Klink JJJ, van Rhenen W, de Boer MR, Bültmann U. Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: Results of a randomized controlled trial. Dissertation. Rijksuniversiteit Groningen, 2013.**

#### *Objectives*

Workers with common mental disorders (CMDs) frequently experience recurrent sickness absence but interventions to prevent this are lacking. The goal of this study was to evaluate the effectiveness of the SHARP-at work intervention in preventing recurrent sickness absence in workers who returned to work after sickness absence due to CMDs.

#### *Methods*

We performed a cluster-randomised controlled trial with 3, 6 and 12-months follow-up. Treatment providers were randomised to either a 2-day training in the SHARP-at work intervention, a problem solving intervention, or usual care. Primary outcome measures were the incidence of recurrent sickness absence and time to recurrent sickness absence. Secondary outcome measures were mental health complaints, work functioning and behaviour.

#### *Results*

80 participants were randomized in the intervention group and 78 in the control group. The adjusted odds ratio for the incidence of recurrent sickness absence was 0.40 (95% confidence interval (CI) 0.20 to 0.81) and the adjusted hazard ratio for time to recurrent sickness absence was 0.53 (95% CI 0.33 to 0.86) for the intervention group compared to CAU.

### *Conclusions*

This study demonstrates the 12-month effectiveness of a problem solving intervention for reducing sickness absence in workers with CMDs and emphasizes the importance of continuous attention for workers who have been on sickness absence due to CMDs.

**Lagerveld SE, Blonk TWB, Brenninkmeijer V, Leoniek Wijngaards-de Meij L, Schaufeli WB. Work-Focused Treatment of Common Mental Disorders and Return to Work: A Comparative Outcome Study. Journal of Occupational Health Psychology. 2012;17(2),220–234.**

### *Aim*

The aim of this study was to compare the effectiveness of two individual-level psychotherapy interventions: (a) treatment as usual consisting of cognitive-behavioral therapy (CBT) and (b) work-focused CBT (W-CBT) that integrated work aspects early into the treatment.

### *Method*

Both interventions were carried out by psychotherapists with employees on sick leave because of common mental disorders (depression, anxiety, or adjustment disorder). In a quasi-experimental design, 12-month follow-up data of 168 employees were collected. The CBT group consisted of 79 clients, the W-CBT group of 89. Outcome measures were duration until return to work (RTW), mental health problems, and costs to the employer.

### *Results*

We found significant effects on duration until RTW in favor of the W-CBT group: full RTW occurred 65 days earlier. Partial RTW occurred 12 days earlier. A significant decrease in mental health problems was equally present in both conditions. The average financial advantage for the employer of an employee in the W-CBT group was estimated at \$5,275 U.S. dollars compared with the CBT group.

### *Conclusions*

These results show that through focusing more and earlier on work-related aspects and RTW, functional recovery in work can be substantially speeded up within a regular psychotherapeutic setting. This result was achieved without negative side effects on psychological complaints over the course of 1 year. Integrating work-related aspects into CBT is, therefore, a fruitful approach with benefits for employees and employers alike.

**Hees HL, de Vries G, Koeter MW, Schene AH. Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. Occup Environ Med. 2013 Apr;70(4):252-60.**

### *Objectives*

To evaluate whether adjuvant occupational therapy (OT) can improve the effectiveness of treatment-as-usual (TAU) in sick-listed employees with major depression.

### *Methods*

In total, 117 employees sick-listed for a median duration of 4.8 months (IQR=2.6 to 10.1 months) because of major depression were randomised to TAU (n=39) or adjuvant OT (TAU+OT; n=78). OT (18 sessions) focused on a fast return to work (RTW) and improving work-related coping and self-efficacy. The primary outcome was work participation (hours of absenteeism + duration until partial/full RTW). Secondary outcomes were depression, at-work functioning, and health-related functioning. Intermediate outcomes were work-related, coping and self-efficacy. Blinded assessments occurred at baseline and 6, 12 and 18 months follow-up.

### *Results*

The groups did not significantly differ in their overall work participation (adjusted group difference=-1.9, 95% CI -19.9 to +16.2). However, those in TAU+OT did show greater improvement in depression symptoms (-2.8, -5.5 to -0.2), an increased probability of long-term symptom remission (+18%, +7% to +30%), and increased probability of long-term RTW in good health (GH) (+24%, 12% to 36%). There were no significant group differences in the remaining secondary/intermediate outcomes.

### *Conclusions*

In a highly impaired population, we could not demonstrate significant benefit of adjuvant OT for improving overall work participation. However, adjuvant OT did increase long-term depression recovery and long-term RTW in GH (i.e. full RTW while being remitted, and with better work and role functioning).

## **BIJLAGE 4: OVERIGE LINKS**

In deze bijlage zijn enkele links opgenomen die verwijzen naar methodieken en praktijken die niet exclusief gericht zijn op arbeidsparticipatie van personen met psychische aandoeningen, maar die mogelijk wel bruikbare elementen bevatten. De laatste link in onderstaande lijst verwijst naar het Trimbos-instituut voor een overzicht van het huidige aanbod E-mental health.

- [http://www.multiproblematiekenwerk.nl/view.cfm?page\\_id=24260](http://www.multiproblematiekenwerk.nl/view.cfm?page_id=24260)
- [http://www.multiproblematiekenwerk.nl/websites/ATP\\_Multiproblematiekenwerk/docs/SZW%20kennisrapport\\_def2.pdf](http://www.multiproblematiekenwerk.nl/websites/ATP_Multiproblematiekenwerk/docs/SZW%20kennisrapport_def2.pdf)
- [http://www.multiproblematiekenwerk.nl/websites/ATP\\_Multiproblematiekenwerk/docs/20120521%20Integrale%20aanpak%20multiproblematiek%20en%20arbeidstoeleiding%20V.Definitief.pdf](http://www.multiproblematiekenwerk.nl/websites/ATP_Multiproblematiekenwerk/docs/20120521%20Integrale%20aanpak%20multiproblematiek%20en%20arbeidstoeleiding%20V.Definitief.pdf)
- [http://www.multiproblematiekenwerk.nl/websites/ATP\\_Multiproblematiekenwerk/docs/samenwerken-voor-uitkeringsgerechtigden-met-gezondheidsproblemen\[1\]1.pdf](http://www.multiproblematiekenwerk.nl/websites/ATP_Multiproblematiekenwerk/docs/samenwerken-voor-uitkeringsgerechtigden-met-gezondheidsproblemen[1]1.pdf)
- <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/e-mental-health/aanbod>