

➔ Handreiking 'Lichtere psychische aandoeningen en werk'

KENNISNETWERK SAMENWERKING GGZ EN W&I

➔ Inhoud

Inleiding	3	Wat werkt bij CMD?	10
Levend document	3	Behandelaars	10
Leeswijzer	3	Gemeenten en CMD	10
 		Interventie 'ergotherapie bij depressie'	10
DEEL 1: ACHTERGRONDEN	4	RCT	10
 		Verbreding IPS	11
Lichtere en zwaardere psychische aandoeningen	4	IPS voor CMD-doelgroep?	11
EPA en CMD	4	Reikwijdte EPA	11
Continuüm	4	Steunsysteem	12
Dynamiek	4	Motivatie en geloof	12
Mensen met CMD	5	Supported Employment	12
Niet bij GGZ	5	Jobcoaching	13
Aan het werk	5	E-mental health	13
Steunsysteem	5	Online interventies bij CMD	13
Interventies	6	Blauwdruk van interventie	13
Maatwerk	6	Kritische succesfactoren voor de inhoud en begeleidingstijl	14
Werkzame bestanddelen interventies	6	van de interventie	14
Wetenschappelijk onderzoek als basis onder interventies	7	Kritische succesfactoren voor de online vorm	15
Minder werkzaam?	7	Kritische succesfactoren voor de ontwikkeling en implementatie	15
Niet omdraaien	8	Inzet van mentoren	15
 		Mentorwijs	15
DEEL 2: INZICHTEN EN INTERVENTIES	9	Harrie	16
 		Werkmaat	16
Werkhervatting met CMD	9	JIM	16
Internationale studies	9	Afsluitend	16
Bouwstenen voor werkhervatting na verzuim door depressie	9	Bijlage: bronnen en literatuur	17

➔ Inleiding

Hoe kunnen mensen met een psychische aandoening vaker en beter aan het werk komen en blijven? Die vraag staat centraal in de samenwerking tussen partijen en professionals uit de GGZ en Werk & Inkomen. De afgelopen jaren is die samenwerking geïntensiveerd. In vele regio's werken UWV, gemeenten, GGZ-instellingen en andere betrokkenen hieraan.

In nogal wat regionale plannen is uitvoering van IPS-trajecten opgenomen. IPS is een bewezen effectieve methodiek voor mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA), die behandeling en re-integratie naar werk combineert. Tegelijkertijd speelt de vraag: hoe kunnen we mensen met lichtere aandoeningen, vaak aangeduid met de term common mental disorders (CMD), aan het werk helpen en houden? Zijn daar goede inzichten, interventies of methodieken voor? Dat is de vraag die centraal staat in deze handreiking.

Levend document

De handreiking is een levend document. Dat wil zeggen dat wij de handreiking steeds verder willen ontwikkelen en aanvullen met inzichten en interventies uit wetenschap en praktijk. Wij vragen u dan ook om opmerkingen en aanvullingen te delen via info@samenvoordeklant.nl

Leeswijzer

De handreiking is als volgt opgebouwd. In deel 1 staat een aantal paragrafen met meer algemene beschouwingen over CMD in relatie tot werk. Deel 2 gaat meer specifiek in op aanpakken en interventies. Daarbij pretenderen wij overigens niet volledig te zijn

→ Deel 1: Achtergronden

Lichtere en zwaardere psychische aandoeningen

- De vraag naar wat werkt bij CMD is een gecompliceerde vraag, met vele aspecten. Het gaat om meer dan alleen een lijst met interventies. Allereerst moeten we aandacht besteden aan de terminologie en de indeling van psychische aandoeningen. Waar hebben we het over als we CMD zeggen, of lichtere aandoeningen? Hoe is de afbakening met EPA? Die is minder scherp en duidelijk dan op het eerste gezicht lijkt.

EPA en CMD

Dit zijn veel gebruikte termen om onderscheid te maken tussen aandoeningen op basis van ernst. EPA staat voor ernstige psychische aandoeningen, CMD voor common mental disorders. Vaak wordt CMD gebruikt om lichtere vormen van psychische kwetsbaarheid te benoemen. Dat is niet geheel terecht. EPA drukt de mate van ernst uit, en CMD de mate waarin de aandoening voorkomt. Er is overlap tussen beide groepen.

Continuüm

Als het gaat om de ernst van de aandoening is het beter om uit te gaan van een continuüm. Aandoeningen kunnen variëren van licht tot (zeer) ernstig. Uiteraard is het zo dat bepaalde typen aandoeningen vaker aan de lichtere kant van de schaal zitten, en andere juist meer aan de zwaardere. En aandoeningen kunnen zich ontwikkelen, zowel in positieve als negatieve richting. Vaak wordt een driedeling gehanteerd:

1. Licht tot matig: stresgerelateerde klachten (overspanning, aanpassingsstoornis, burn-out). Veel mensen met deze klachten zijn niet in behandeling bij de GGZ, maar in eerstelijnspraktijk (huisarts), of zelfs helemaal niet. Herstel kan plaatsvinden zonder behandeling.
2. Matig tot ernstig: angst- en stemmingsstoornissen, stoornissen door middelengebruik, borderline, (lichtere) depressie. Dit gaat ook gepaard met beperkingen in het functioneren (denk aan problemen in de werksituatie of relatie). Professionele behandeling (begeleiding, gesprekken, therapie, medicatie) is vaak noodzakelijk.
3. Ernstig tot zeer ernstig: psychiatrische stoornis zoals bipolaire stoornis, psychose, ernstige depressie, die gepaard gaat met ernstige beperkingen in sociaal en maatschappelijk functioneren. Behandeling in de GGZ is noodzakelijk.

Onder behandeling verstaan we zorg bij een zorgprofessional. De behandeling van de professional bestaat uit:

- Begeleiding, gesprekken, therapie, al dan niet in combinatie met
- Medicatie

Dynamiek

Bij bovenstaande driedeling dient altijd bedacht te worden dat er nooit sprake is van een statische situatie. Vaak is bij een persoon sprake van een sterk episodisch karakter, met een afwisseling van goede perioden met perioden van lichte klachten tot perioden met ernstige klachten. Aandoeningen kunnen zich in positieve of negatieve zin ontwikkelen, onder invloed van allerlei factoren, waar werk er één van is. Dat kan betekenen dat mensen periodiek wel kunnen werken, en periodiek ook niet.

➔ Mensen met CMD

Het moge duidelijk zijn dat met name de mensen die vallen in categorie 1, en in mindere mate zij die tot 2 behoren, de doelgroep van deze handreiking zijn. In deze handreiking gebruiken wij overigens de termen lichte(re) aandoeningen en CMD door elkaar.

Niet bij GGZ

Deze doelgroep zal doorgaans niet in behandeling zijn bij de GGZ, en al helemaal niet bij de specialistische GGZ. Voor veel lichte klachten geldt dat zij ook zonder behandeling kunnen overgaan. Voor zover er wel sprake is van behandeling, zal dat gebeuren door de huisarts, de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ), een vrijgevestigde psycholoog of een andere therapeut. Bij werkloosheid en uitkeringsafhankelijkheid is samenwerking tussen Werk & Inkomen (W&I) en GGZ dus niet relevant. In plaats daarvan zouden gemeenten en UWV kunnen proberen een netwerk op te bouwen met huisartsen, therapeuten en psychologenpraktijken. Dit zal van beide zijden een forse tijdsinvestering vragen. Wellicht dat de sociale wijkteams hier een goede rol kunnen spelen.

Aan het werk

De doelgroep met lichtere aandoeningen zal over het algemeen eerder aan het werk zijn dan zijn uitgevallen. De nadruk ligt dus meer op preventie van uitval door psychische klachten dan op re-integratie.

Bij preventie spelen de volgende partijen met name een rol (in willekeurige volgorde):

1. De betrokken werknemer zelf, die zijn of haar situatie onder ogen dient te zien en bereid moet zijn om daar iets aan te doen. Dit kan bijvoorbeeld door voorlichting, door mental e-health programma's en wellicht ook door lotgenotencontact.

2. Zijn of haar werkgever. In brede zin: de werkgever zelf, maar ook de directe leidinggevende, hoger management, P&O, en directe collega's. Belangrijk is om stigma te vermijden of bestrijden en de werknemer de ruimte te geven te herstellen.
3. Arbodienst, bedrijfsarts, waar de betreffende werknemer waarschijnlijk terecht komt indien hij of zij zich heeft ziekgemeld.
4. Huisarts of andere behandelaar, die betrokken kan zijn indien de persoon met CMD zich onder behandeling heeft laten stellen.

➔ Steunsysteem

Bij EPA zorgt een aanpak als IPS voor een goed georganiseerd steunsysteem rond de betreffende persoon, waarbij behandeling en re-integratie zijn gecombineerd dan wel geïntegreerd, via een ACT, F-ACT of VIP team. Voor mensen met lichtere aandoeningen is zo'n structuur niet aanwezig. Het is dus zaak om een steunsysteem rond de persoon te bouwen, of een bestaand steunsysteem te benutten. Sociale wijkteams kunnen daar een functie in vervullen. Voor zo'n steunsysteem kan ook een beroep worden gedaan op het sociale netwerk van de betrokken persoon, zoals familie, vrienden, etc. Vraag is in dit geval wie hierin de regie neemt. Bij terugkeer vanwege verzuim zou dit de bedrijfsarts kunnen zijn, maar in de huidige omstandigheden lijkt deze daar niet op toegerust. In geval van re-integratie na verlies van werk zou gemeente of UWV hier het voortouw kunnen nemen.

Harry Michon van het Trimbos-instituut zei in de Sprank van maart 2018:

“Niet alle gemeentelijke cliënten met een psychische aandoening zijn in behandeling bij de GGZ. Maar iemand is altijd wel ergens in beeld. Is het niet bij de GGZ, dan bij de huisarts, een wijkteam, de maatschappelijke opvang of een therapeut. Dus ik zeg tegen gemeenten: kijk goed welke zorg je cliënten wél hebben. En organiseer vervolgens samenwerking en afstemming met dat steunsysteem. Dat kan in beginsel goed binnen de IPS-methodiek. Ontbreekt enige vorm van een zorgsysteem rondom de cliënt, dan moeten gemeenten, UWV en IPS-deskundigen misschien samen zoeken naar een goede aanpak. Met als doel: structuur bieden en een systeem organiseren rond de cliënt waarin zorg en re-integratie hand in hand gaan.”

➔ **Interventies**

Om mensen met een psychische aandoening aan het werk te helpen en houden zijn interventies, methodieken en aanpakken beschikbaar. Sommige daarvan zijn nauwgezet beschreven en (wetenschappelijk) onderzocht op werkzaamheid, bij anderen is dat (nog) in mindere mate het geval. Dat betekent overigens niet dat zij daarom per definitie minder goed zouden zijn, daar gaan we hieronder nader op in.

Er zijn vele interventies en methodieken ontwikkeld om mensen met psychische kwetsbaarheid te begeleiden naar en ondersteunen bij werk. Sommigen zijn gericht op een bepaalde (sub)doelgroep, zoals IPS (Individuele Plaatsing en Support) voor mensen uit de EPA doelgroep. En sommigen zijn meer algemeen inzetbaar, zoals jobcoaching. Interventies en methodieken zijn voortdurend in (door)ontwikkeling.

Maatwerk

Methodisch werken is belangrijk, en interventies bieden daar de bouwstenen voor. Maar het is geen kwestie van mechanisch aflopen van de stappen of fases van een methodiek. Iedere persoon is anders, en bij iedereen kan psychische kwetsbaarheid anders uitpakken. Belangrijk is daarom dat voor ieder individu een persoonlijk plan wordt gemaakt en de juiste aanpak wordt gekozen. Dat is altijd maatwerk

Werkzame bestanddelen interventies

Veel interventies delen een aantal effectieve elementen, zo is al eerder gebleken:

- Aandacht voor de mens in relatie tot het werk.
- Veel persoonlijke aandacht: er zijn vaak meer gesprekken nodig dan gemiddeld om iemands onderliggende motivatie naar boven te krijgen, zelfstigma te doorbreken of iemands zelfvertrouwen op peil te krijgen.
- Ruimte om te mislukken: het gaat om leren en verder komen. De weg is daarbij misschien langer dan bij anderen.
- Een positieve benadering; als een eerste en tweede plaatsing niet lukken is er toch iets gewonnen zoals enige werkervaring en een steeds beter beeld van de juiste baan.
- Uitgaan van iemands mogelijkheden. Zoek vanuit die mogelijkheden naar geschikt werk of pas het werk daar op aan. Dat betekent dus een aanbodgerichte benadering.
- Train werknemersvaardigheden niet vooraf, maar op de werkvloer.
- Benefit counseling: benadruk de positieve kanten van werken, zoals meer inkomen en het gevoel je nuttig te maken.
- Goede communicatie met werkgever en werkomgeving, ook als de klant al enige tijd aan het werk is.

- Voer zorg en arbeidstoeliding niet los naast elkaar uit maar zorg op z'n minst voor afstemming en combineer ze waar nodig. Het driegesprek tussen de zorgprofessional, klantmanager en klant is daar een belangrijk instrument voor. Soms kan daar ook een ervaringsdeskundige coach bij aanschuiven.
- Terughoudendheid met dwang en sancties; dat werkt niet goed bij deze doelgroep en kan participatie juist belemmeren.

Wetenschappelijk onderzoek als basis onder interventies

In het sociaal domein wordt steeds meer waarde gehecht aan 'evidence based' werken, iets wat in de medische- en zorgwereld vanouds al veel sterker ingebed is. De vraag is of dit uitgangspunt ook leidend moet zijn in het sociaal domein, bij de toeliding naar werk. Met andere woorden: dat een methodiek of interventie waarvan het effect is aangetoond via wetenschappelijk onderzoek de voorkeur krijgt of zou moeten krijgen boven interventies waarbij dat niet het geval is. Natuurlijk is evidence-based werken goed. Maar we moeten ervoor waken dat als (onbedoeld) neveneffect potentieel succesvolle aanpakken onvoldoende kans krijgen en de (door)ontwikkeling van interventies wordt gehinderd.

In de eerste plaats zijn er verschillende manieren van (wetenschappelijk) onderzoek mogelijk om effect aan te tonen. De meest vergaande en betrouwbare variant is die van de RCT (Randomized Controlled Trial, oftewel gerandomiseerd onderzoek met controlegroep). Hierbij wordt, onder strakke en gecondoleerde condities, een groep die de betreffende interventie krijgt vergeleken met een controlegroep waarbij dat niet het geval is. In de medische wereld is dit soort onderzoek gebruikelijk of zelfs vereist om een bepaalde behandeling of medicatie toegepast te krijgen. In het sociaal domein is het echter vaak moeilijk of onmogelijk om een dergelijke laboratoriumsituatie te creëren. Los daarvan speelt de

vraag of het ethisch te verantwoorden is om een bepaalde groep (namelijk de controlegroep) louter omwille van onderzoek welbewust een potentieel effectieve aanpak te onthouden.

Er zijn ook andere manieren om de effecten van aanpakken te onderzoeken: evaluatie, inventariseren meningen, statistische analyses, het volgen van mensen (zonder het element van een controlegroep), etc. Ook is het mogelijk om, op basis van reële aannames, te beredeneren of iets werkzaam is of niet. Als deze (onderzoeks)vormen zijn wellicht minder 'hard' in hun uitkomsten. Maar daartegenover staat dat ze veel makkelijker realiseerbaar zijn.

Minder werkzaam?

Als we dit betrekken op interventies gericht op werk dan zien we dat interventies die hun basis hebben in de wereld van de gezondheidszorg volgens de RCT-systematiek zijn onderzocht. IPS is daar een voorbeeld van. Daarvan is de werkzaamheid aangetoond voor mensen met EPA.

Methodieken die vanuit het sociaal domein zijn ontwikkeld kunnen dergelijke papieren meestal niet overleggen. Daar mag echter niet de conclusie uit worden getrokken dat die aanpakken daarom minder effectief zijn. Het is hooguit zo dat dit minder hard is aangetoond. Bovendien geldt voor de interventies die via een RCT zijn getest dat de werkzaamheid is aangetoond voor de betreffende groep in het onderzoek, en onder de omstandigheden in het onderzoek. Dat houdt niet in dat de methodiek voor andere groepen en onder andere omstandigheden niet werkzaam zou zijn. Sterker: indien het werkt in situatie A, is de waarschijnlijkheid dat het evenzeer werkt in situatie B of C juist groter. Het is alleen (nog) niet onderbouwd met strikt wetenschappelijk onderzoek.

Niet omdraaien

Samenvattend: het mooist is als via onderzoek is aangetoond dat een interventie werkt. Dat aantonen kan in verschillende gradaties: van puur wetenschappelijk (meerjarig, controlegroep etc.) via lichtere vormen van onderzoek (evaluaties) tot meningen inventariseren of beredeneren. Als iets niet uit en te na is onderzocht, betekent het nog niet dat het niet werkt. We moeten het niet omdraaien. Als is onderzocht dat iets werkt onder bepaalde omstandigheden of voor bepaalde (sub)doelgroepen, betekent dit niet dat het voor anderen of in andere omstandigheden niet werkt.



→ Deel 2: inzichten en interventies

In het tweede deel van deze handreiking richten we de blik op inzichten, aanpakken en interventies. Wat zijn de factoren die een rol spelen bij voorkomen van uitval als gevolg van CMD, of bij succesvolle terugkeer naar werk? Welke specifieke interventies zijn daarbij voorhanden? Op welke inzichten is een goede aanpak gebaseerd?

→ Werkhervatting met CMD

Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren voor terugkeer naar werk bij werknemers met psychische problemen? Die vraag staat centraal in een onderzoek naar werkhervatting van zieke werknemers met lichtere psychische aandoeningen, zoals stress, angststoornissen en depressie. Dit onderzoek is uitgevoerd door de Tilburg University (Tranzo) en gefinancierd door het Britse Institute for Occupational Safety and Health (IOSH). Het onderzoek bevat een paar duidelijke en praktische aanbevelingen:

1. Verbeter kennis en vaardigheden van leidinggevenden m.b.t. werknemers met psychische problemen.
2. Steun werknemers in het vergroten van zelfreflectie en controle.
3. Zorg voor gepersonaliseerde begeleiding terug naar werk, op basis van behoeften en perspectief van de werknemer.
4. Zorg voor goede afstemming tussen professionals die werkhervatting begeleiden.

→ Internationale studies

In een onderzoek waarin 23 internationale studies over depressie en werk werden geanalyseerd vonden Nieuwenhuijzen e.a. bewijs ("moderate quality evidence") dat het toevoegen van werkgerichte interventies aan de medische behandeling het ziekteverzuim verkort. Hetzelfde geldt voor het toepassen van cognitieve gedragstherapie.

→ Bouwstenen voor werkhervatting na verzuim door depressie

In zijn proefschrift 'Building Blocks for Return to Work after Sick Leave due to Depression' toont dr. Gabe de Vries aan dat toevoeging van ergotherapie aan behandeling niet leidt tot een versnelling in de werkhervatting na ziekte, maar wel de kans vergroot op herstel van depressie en volledige werkhervatting.

Werkhervatting is een complex proces, waarop vele factoren van invloed zijn. Deze factoren hebben betrekking op een positieve zelfperceptie van de persoon, aanpassingen in de werksituatie en voldoende ondersteuning vanuit de GGZ. De Vries beveelt aan om een ergotherapie interventie (het verbeteren van het uitvoeren van dagelijkse handelingen met als doel mensen zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren) gericht op werkhervatting toe te voegen aan reguliere zorg, omdat deze een positief effect heeft op het herstel van depressie en volledige werkhervatting. Eenmaal hersteld van depressie en nadat iemand het werk heeft hervat, is er een grote kans dat werknemers minder functioneren. Het is van belang deze werknemers langer te ondersteunen, om zo de kans te verkleinen op een terugkerende depressie en hernieuwd verzuim.



Wat werkt bij CMD?

Gabe de Vries ziet als meest effectieve aanpak het combineren van een werkplek gerelateerde aanpak in combinatie met behandeling:

- Casemanagement en een team met één aanpak. Een helder proces, met een team vanuit verschillende invalshoeken (zorg, werk). Niet een solo-behandelaar.
- Alle betrokkenen op één lijn (zorgprofessionals, thuis en werk).
- Cognitieve gedragstherapie of ergotherapie. Bij ernstigere depressie werkt dat overigens minder goed.
- Zo vroeg mogelijk beginnen. Niet wachten tot de problemen groter worden.

Behandelaars

De Vries ziet dat er bij EPA en IPS een helder en gestructureerd proces is. Dat is heel anders bij burn out, overspannen, depressie en angststoornissen (de lichtste aandoeningen). Die hebben een behandelaar (therapeut, vrijgevestigd psycholoog, misschien GGZ, huisarts, POH-GGZ) en daar zijn over het algemeen acht gesprekken mee. Werk is lang niet altijd een issue, en voor zover werk wel aan de orde komt, is de boodschap meestal: doe rustig aan, rust goed uit. Deze behandelaars hebben vaak geen expertise en geen interventies. Met name voor huisartsen geldt dat. Die hebben over het algemeen ook echt geen tijd om zich hierin te verdiepen.

Gemeenten en CMD

Gemeenten raken meestal pas betrokken bij CMD en CMD-interventies als het kwaad al is geschied, zo is de mening van De Vries. Namelijk als de persoon in kwestie al is weggezaakt naar de bijstand. Een vroegere aanpak, preventie, is veel effectiever.

Dat betekent dat gemeenten hun middelen vroeger moeten inzetten. Dat geldt ook voor UWV. De bedrijfsarts kan goede begeleiding geven.



Interventie 'ergotherapie bij depressie'

Op basis van bovengenoemd proefschrift is de interventie ergotherapie bij depressie ontwikkeld. Deze wordt vooral toegepast door Arbodiensten. De interventie heeft betrekking op werknemers met een depressie. Dat overkomt jaarlijks ruim 4 % van de werknemers. 55% van hen verzuimt, bij 24% duurt dat verzuim langer dan een jaar. En met 8% is depressie de meest voorkomende reden voor instroom WIA. Door ergotherapie toe te passen, waarbij de werknemer met depressie wordt ondersteunt bij het verrichten van dagelijkse activiteiten die als gevolg van de aandoening moeilijker zijn geworden, zijn goede resultaten behaald, zo blijkt uit een RCT. De interventie kan zowel individueel als (deels) groepsgerichte worden uitgevoerd. Mede vanwege kosten is er een groepsgerichte variant ontwikkeld. Daar blijkt dat de steun die de groepsleden aan elkaar hebben positief kan werken.

RCT

De belangrijkste conclusies uit het RCT zijn:

- Alleen medische behandeling van depressie heeft maar een beperkt positief effect op het tegengaan van de arbeidsbeperking, aanvullende therapie is nodig.
- Ergotherapie draagt, als werkgerichte therapie, bij aan herstel en werkhervatting dan wel voorkomen van verzuim.
- Focus op werk naast behandeling leidt tot meer werkhervatting.
- Werk helpt in herstel, aanvullende werkgerichte therapie vergroot ook de kans op lange termijn herstel van depressie.

Opvallend is dat bij deze interventie de kern ligt in het combineren van behandeling en re-integratie in een samenhangende interventie. Dat heeft het gemeen met IPS (Individuele Plaatsing en Steun).

→ **Verbreiding IPS**

In de zienswijze van De Vries is een gestructureerd aanpak waarin behandeling en werk dan wel re-integratie worden gecombineerd essentieel. Dat doet sterk denken aan IPS. In de epiloog van het 'Handboek IPS werkt!' ontvouwen Jaap van Weeghel en Harry Michon enkele interessante gedachten over de toekomstige ontwikkeling van deze aanpak. Daaruit blijkt dat de basisprincipes ook toepasbaar zijn op andere groepen, zoals mensen met lichtere aandoeningen of CMD, en door meer professionals dan alleen uit de GGZ. Beide auteurs mogen gezien worden als de meest gezaghebbende Nederlandse deskundigen op IPS-gebied. Deze paragraaf is grotendeels gebaseerd op genoemde epiloog.

IPS voor CMD-doelgroep?

IPS zou goed toepasbaar kunnen zijn op de CMD-doelgroep. Er bestaan al initiatieven waarbij stabiele cliënten met EPA zijn afgeschaald van specialistische GGZ-zorg naar lichtere, generalistische basiszorg in de eerste lijn (huisarts, POH-GGZ) cliënt zijn bij een RIBW of begeleiding ontvangen via een sociaal wijkteam. Ook deze cliënten behoren toegang te hebben tot een adequate begeleiding naar werk, zoals IPS.

Het gaat hier nog steeds om mensen met EPA, maar het element dat IPS altijd via een ACT, F-ACT of VIP team uit de gespecialiseerde GGZ dient te lopen is dus losgelaten. Ook andere zorgverleners kunnen volgens de methodiek werken.



Reikwijdte EPA

Wat betreft EPA is het goed om aan te tekenen dat Nederland een nogal strikte definitie hanteert van ernstige aandoeningen. In de VS, waar IPS is en verder wordt ontwikkeld, valt ongeveer 5% van de bevolking in de categorie 'serious mental illness'. Datzelfde geldt voor de meeste andere ontwikkelde landen. In Nederland omvat de EPA-groep 'slechts' ongeveer 1,6% van de bevolking. Dat heeft te maken met de definitie. In de VS hebben dus sowieso meer mensen toegang tot IPS, waaronder mensen die in Nederland in een kortdurend behandelprogramma van de GGZ terecht komen.

Veel wijst erop dat de doelgroep van IPS zal worden uitgebreid van EPA naar psychische aandoeningen in het algemeen, aldus Michon en Van Weeghel. Daarbij noemen zij angst, depressie, bipolaire stemmingsstoornis, ADHD en persoonlijkheidsstoornissen. Of dat IPS preventief wordt ingezet, dus om te voorkomen dat mensen met een lichtere aandoening een EPA ontwikkelen en hun problematiek chronisch wordt. Daarbij wijzen ze nadrukkelijk op de CMD-groep. Of IPS voor hen een meerwaarde heeft, moet blijken uit nader onderzoek, zo schrijven zij. Maar de verwachting is hoopvol. In binnen- en buitenland begint effectonderzoek onder de CMD-doelgroep op gang te komen. In Zweden bleek uit een RCT naar de inzet van IPS bij mensen met affectieve stoornissen dat 42% werk kreeg, tegen 4% in de controlegroep.

In meerdere regio's wordt actief gezocht naar goede aanpakken voor de CMD-doelgroep. Daarbij wordt onder meer gedacht aan het verbreden van IPS, zodat het voor andere groepen dan mensen met EPA kan worden ingezet, en de interventie los van de GGZ kan worden ingezet. Het is duidelijk dat deze beweging wordt ondersteund door IPS-deskundigen. Lees over de ideeën die hierover bestaan in de arbeidsmarktregio Haaglanden: <https://www.samenvoordeklant.nl/nieuws/haaglanden-aandacht-voor-lichtere-psychische-aandoeningen-common-mental-disorders-cmd>

Steunsysteem

De ontwikkeling van IPS naar groepen met lichtere aandoeningen betekent onvermijdelijk dat de relatie met de (gespecialiseerde) GGZ zal veranderen. Met andere woorden: de aanbieders van IPS zal worden uitgebreid van ACT, F-ACT of VIP teams naar afdelingen Werk & Inkomen van gemeenten, RIBW's, wijkteams, eerstelijns gezondheidszorg etc. Het is te overwegen om IPS-trajectbegeleiders vanuit diverse organisaties daarbij gebiedsgewijs (bijvoorbeeld een wijk, stadsdeel of regio) samen te voegen tot één team. Zo kan een gepersonaliseerd steunsysteem worden gecreëerd.



Motivatie en geloof

Motivatie van de cliënt en zijn of haar geloof dat werk een haalbare zaak is, is absolute vereiste voor succes, welke interventie ook wordt toegepast. Al even belangrijk is het geloof van de professional/begeleider/sociaal werker in een goed resultaat, en van de persoon zelf. Als de begeleider er in gelooft, is dat is belangrijke indicator voor succes. Ook een methodiek als IPS doet niets zonder motivatie en geloof. Interventies zijn geen wondermiddelen, het is en blijft mensenwerk.



Supported Employment

Supported Employment of begeleid werken is een stapsgewijze ondersteunings- en begeleidingsmethodiek voor mensen met veelal een blijvende (functionele) beperking, gericht op het verkrijgen en behouden van een betaalde baan op de reguliere arbeidsmarkt. Uitgaande van het profiel van de kandidaat wordt naar geschikte banen gezocht en een match gemaakt, en wordt de werknemer begeleid en getraind op de werkplek. Supported Employment kent vijf stappen. Niet alle stappen hoeven gevolgd te worden of in dezelfde volgorde te worden nageleefd. Dat hangt af van de individuele situatie van de persoon en de ervaring en mogelijkheden die de werkgever heeft.

1. Kennismaking en engagementsafspraken: toegankelijkheid en geïnformeerde keuze zijn hier de kernwaarden voor een stabiele match en start van de werkzaamheden.
2. Beroepsgerichte profilering: empowerment van het individu.
3. Jobfinding: zelfsturing en geïnformeerde keuzes.
4. Werkgeversbetrokkenheid: toegankelijkheid, flexibiliteit en vertrouwelijkheid zijn belangrijke waarden in het proces.
5. Ondersteuning op en naast de werkvloer: flexibiliteit, vertrouwelijkheid en respect zijn de belangrijkste componenten voor geslaagde ondersteunende maatregelen. Het gaat hier specifiek om ondersteunende maatregelen door de SE-professional terwijl de persoon een betaalde baan heeft.

→ Jobcoaching

Jobcoaching is onlosmakelijk verbonden met Supported Employment. Deze methodiek is als het ware het instrumentarium van de jobcoach. Jobcoaching biedt mensen die niet zonder ondersteuning een betaalde baan kunnen vinden en houden systeemgerichte begeleiding. De jobcoach gaat uit van werk dat past bij de talenten en de ontwikkelings-mogelijkheden van de werknemer en van een werkomgeving die past bij de werknemer, en kan ook de werkgever en collega's begeleiden.

→ E-mental health

Voor mentale problemen zijn diverse instrumenten en interventies ontwikkeld die cliënten via internet kunnen gebruiken, soms met enige begeleiding. Voor dergelijke online interventies wordt over het algemeen de term e-mental health gebruikt. Er bestaan vele online interventies, die worden aangeboden door zowel profit als non-profit organisaties. Uit onderzoek is bekend dat de effectiviteit van internettherapieën goed is. Zij kunnen zeker bij lichtere aandoeningen een goede aanpak bieden.

→ Online interventies bij CMD

Bureau ZINZIZ heeft met subsidie van UWV onderzoek gedaan naar kritische succesfactoren van online interventies voor werklozen met CMD. Het rapport 'Kritische succesfactoren van een online interventie voor werklozen met common mental disorders' beschrijft op basis van onderzoek naar kritische succesfactoren van online interventies een blauwdruk voor optimale online begeleiding van werklozen met veelvoorkomende psychische klachten. De bevindingen in het rapport zijn dermate relevant, voor zowel de ontwikkeling van online aanpakken als van meer klassieke, face-to-face interventies, dat wij ze vrijwel volledig en letterlijk hebben overgenomen in de volgende vier paragrafen.

Blauwdruk van interventie

De 'ideale' online interventie voor begeleiding van werklozen met veel voorkomende psychische klachten heeft de volgende kenmerken:

- Er zijn zowel individuele als groepsgewijze onderdelen die in verschillende vormen worden aangeboden, zoals tekst lezen, filmpjes bekijken, discussie, opdrachten uitvoeren online of in de praktijk. De groepsgewijze onderdelen krijgen vorm in begeleide live groeps-chats waarbij deelnemers elkaar steunen en met elkaar meedenken in oplossingen.
- Om de re-integratiekansen te vergroten is er aandacht voor het versterken van werkzoekvaardigheden in combinatie met het versterken van het zelfbeeld, de interne motivatie en de eigen regie. Deelnemers leren bijvoorbeeld effectiever omgaan met de obstakels die hun psychische klachten opwerpen voor het vinden van werk.
- Om dit te bereiken wordt gebruik gemaakt van technieken voor gedragsverandering, waaronder werkgerichte cognitieve gedragstherapie. Hiermee verbindt de interventie technieken gericht op klachtenherstel en re-integratie.

Kritische succesfactoren voor de inhoud en begeleidingsstijl van de interventie

De volgende factoren zijn de basis voor een succesvolle interventie en begeleidingsstijl:

- Een begeleide interventie in groepsformat. Er is een vorm van (digitale) interactie met een begeleidende professional en/of andere cliënten mogelijk. Door een interventie (deels) in groepsformat aan te bieden kunnen deelnemers van elkaar leren en elkaar steunen. Hiervoor is het belangrijk dat cliënten online begeleid worden door één vaste begeleider, waarbij de cliënt zich veilig kan voelen. De vaste begeleider kan worden ondersteund door een multidisciplinair team op de achtergrond. De cliënt heeft de regie over de afstemming met anderen.
- Technieken voor gedragsverandering De begeleider gebruikt bewezen effectieve technieken voor gedragsverandering. Enerzijds zijn dit algemene technieken waardoor mensen intrinsiek gemotiveerd raken, hun zelfvertrouwen bij re-integreren toeneemt en hun zelfregie toeneemt; Hierbij is aandacht voor het versterken van self-efficacy belangrijk (zoals door het stellen van leerdoelen en geven van concrete complimenten). Daarnaast kan werkgerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) worden ingezet. Dit is een meer specifieke techniek voor gedragsverandering waar de focus ligt op het veranderen van gedachten als motor voor gedragsverandering. Hierdoor verminderen de psychische klachten die een obstakel vormen voor re-integratie. Inhoudelijke onderwerpen vanuit de werkgerichte CGT zijn:
 - > Klachtbeeld en klachtverloop, mede in relatie tot werken. Hierbij wordt het belang van werk bij het herstel van psychische klachten benadrukt (psycho-educatie).
 - > Uitdagen van niet-helpende gedachten en deze vervangen

door meer helpende gedachten (o.a. het doorbreken van zelfstigma).

- > Terugvalpreventie: Vasthouden van herstel en (re-integratie)plannen.
- Werkzoekvaardigheden in combinatie met het versterken van interne motivatie. Het is belangrijk om tegelijk met het versterken van werkzoekvaardigheden aandacht te hebben voor de interne motivatie. Bijvoorbeeld door veel gebruik te maken van de expertise en ervaringen van cliënten zelf. Inhoudelijke onderwerpen op het gebied van werkzoekvaardigheden zijn:
 - > Krachten en werkvoorkeuren (welke baan past er bij de cliënt?).
 - > Een toekomstplan op basis van leerdoelen (in tegenstelling tot prestatiedoelen). Hierbij bedenkt de cliënt meerdere uitvoeringsstrategieën.
 - > Anticiperen en overwinnen van obstakels bij re-integratie.
 - > Werkzoek- en presentatievaardigheden (zoals netwerken en sollicitatiegesprekken voeren).
- Combineer re-integratie en GGZ expertise (bij uitvoerenden en in de interventie zelf). Hierbij wordt gekeken hoe klachtenreductie kan bijdragen aan arbeidsparticipatie, maar ook hoe arbeidsparticipatie kan bijdragen aan klachtenherstel. Bijvoorbeeld door bij re-integratieonderdelen aandacht te hebben voor de klachten, en door bij de klachtenreductie het werk als oefen context te gebruiken.
- Oefenen van vaardigheden in een niet digitale (werk)setting. Volgens het 'first place then train' principe is het belangrijk dat mensen snel een (tijdelijke) werkplek hebben om (coping) vaardigheden te oefenen en op basis van de feedback uit de werkpraktijk hun vaardigheden verder te versterken.

Een dergelijke oefenwerkplek is niet altijd voorhanden voor werklozen. In de blauwdruk wordt het zoeken van zo'n werksetting (bijvoorbeeld met vrijwilligerswerk) gestimuleerd. Daarnaast wordt het oefenen van vaardigheden in een reële (niet digitale) setting gestimuleerd.

Kritische succesfactoren voor de online vorm

Vrijwel alle doelen die face-to-face aanpakken nastreven zijn ook te realiseren in een online vorm. Een belangrijk aandachtspunt voor online dienstverlening is het voorkomen van uitval door te zorgen dat mensen gemotiveerd zijn en blijven. Een effectief en motiverend online aanbod voldoet aan de volgende kenmerken:

- Mogelijkheid voor digitale interactie (tussen cliënten onderling en met een begeleider).
- Inhoud niet te complex of te veel.
- Goede structuur /overzicht.
- Structuur is in balans met keuzevrijheid /maatwerk.
- Technologie: nuttig, toegankelijk, aantrekkelijk en betaalbaar. Dit betekent onder andere dat het format van de interventie:
 - > Aansluit bij dagelijks gebruik van ICT (niet té innovatief);
 - > Gevarieerd is in vorm;
 - > Met beeldmateriaal wordt ondersteund;
 - > Gebruik maakt van spelprincipes (maar geen competitie).

Kritische succesfactoren voor de ontwikkeling en implementatie

Om een interventie succesvol te implementeren is het volgende nodig:

- Betrekken van een multidisciplinair team bij de ontwikkeling van de interventie.
- Creëren van bekendheid over en draagvlak voor de interventie bij mogelijke doorverwijzers vanuit de zorg- of re-integratiewereld.
- Voldoende kwaliteit van de begeleider om via een online format gedragsverandering teweeg te brengen en niet-helpende gedachten uit te dagen (dit vergt basiskennis van CMD).
- Zorgen voor een effectieve toeleiding van cliënten naar de interventie door inzet van een screener, en communicatie die mensen intrinsiek motiveert voor deelname aan de interventie.
- Organiseren van (structurele) financiering voor het ontwikkelen en uitvoeren van de interventie.

➔ **Inzet van mentoren**

Er zijn verschillende programma's en projecten die een te re-integreren persoon of iemand die een baan heeft voorzien van een mentor of een maatje. Dit kan ook bij lichtere psychische aandoeningen een goede interventie blijken te zijn. Zonder enige pretentie van volledigheid noemen we hier:

Mentorwijs

Mentorwijs is voor bredere doelgroep met arbeidsbeperkingen. In de arbeidsmarktregio's Rivierenland en Gelderse Vallei wordt dit programma ingezet voor leidinggevenden in reguliere werkomgevingen, die (gaan) werken met mensen met milde en ernstige psychische aandoeningen. Het is een programma van 5 sessies gericht op realistische verwachtingen en duidelijkheid over hoe te handelen 'in goede en minder goede situaties' en gaat

zowel over de deelnemer zelf als de mensen aan wie hij/zij leiding geeft. Mentorwijs is een praktische begeleidingsvorm, TNO heeft het programma beschreven en onderbouwd in het Handboek Mentorwijs.

Harrie

Harrie is bedacht door CNV Jongeren. Een 'Harrie' is een directe collega van een werknemer met een beperking die optreedt als begeleider. Harrie staat voor: Hulpvaardig, Alert, Realistisch, Rustig, Instruerend en Eerlijk.

Werkmaat

SBCM en FNV hebben een met Harrie vergelijkbaar aanbod ontwikkeld, namelijk de Werkmaat.

JIM

JIM staat voor: jouw ingebrachte mentor. Het is een begeleidingsvorm die is gericht op jongeren met problemen. De essentie is dat in zijn of haar eigen netwerk wordt gezocht naar ondersteuning. De 'JIM' is bijvoorbeeld een familielid, buurvrouw, vriend of bekende van de jongere, die in het contact met instanties en professionals, maar ook met de ouders, optreedt als ambassadeur en vertrouwenspersoon van de jongere. Alhoewel de wortels van de JIM-aanpak liggen in de Jeugdzorg, wordt de aanpak doorontwikkeld en zijn er nu bijvoorbeeld pilots gaande met jongeren in de participatiewet.

➔ **Afsluitend**

Bij CMD en werk gaat het veel vaker dan bij EPA om preventie van uitval. Dat betekent dat de aanpak zich vooral moet richten op de huidige werksituatie van de persoon. Maar het komt natuurlijk ook voor dat mensen met CMD zonder werk zitten en in de uitkering

zijn beland. Voor beide situaties zijn interventies en aanpakken beschikbaar. Deze interventies en aanpakken zijn gebaseerd op een aantal gedeelde inzichten:

- Belangrijk is hoe dan ook een zo vroeg mogelijke aanpak, het liefst ter voorkoming van uitval en uitkeringsafhankelijkheid. Hierin zou de bedrijfsarts een centrale rol kunnen spelen.
- Al even belangrijk is de combinatie van behandeling of herstelgerichte therapie en een werkgerichte aanpak. Tegelijk, en niet volgtijdelijk.
- In die zin is er eigenlijk geen wezenlijk verschil tussen interventies die zich richten op re-integratie van mensen met EPA en interventies voor CMD.
- Er is wel verschil in de betrokken partijen. De GGZ is meestal niet in beeld bij lichtere aandoeningen, maar er zijn andere behandelaars, of zelfs geen. Bij de behandelaars is niet zelden weinig kennis over en aandacht voor werk. Dat betekent dat het initiatief om tot een geïntegreerde aanpak te komen dus met name moet uitgaan van gemeenten en/of UWV in geval van uitkeringsafhankelijkheid en werkloosheid. Bij verzuim door lichtere psychische klachten zou het voortouw dienen te liggen bij de bedrijfsarts of de Arbodienst.
- Werkzame elementen bij preventie van uitval of re-integratie in het geval van CMD zijn voorts:
 - > Pas casemanagement toe, werk met een team dat dezelfde doelen en een gecoördineerdere aanpak heeft.
 - > Benut het steunsysteem van de cliënt, of bouw een steunsysteem op rond de persoon in kwestie. Zorg dat de gehele omgeving van een cliënt (met name werk, thuis, professionele begeleiders)

➔ Bijlage: bronnen en literatuur

Zie voor algemene informatie over de relatie tussen psychische aandoeningen en werk:

Aart Schene, Jaap van Weeghel, Jac van der Klink, Frank van Dijk, *Psychische aandoeningen en arbeid: een vergelijking van interventies*. In: Psychopraxis, jaargang 2005

Peter van Eekert, *Samen werken aan werk. Psychische aandoeningen en werk: wat we weten, wat we kunnen doen*.

Den Haag, ministerie van SZW, 2017

[https://www.samenvoordeklant.nl/sites/default/files/bestandsbijlage/samen werken aan werk - psychische aandoeningen en werk - wat we weten wat we kunnen doen o.pdf](https://www.samenvoordeklant.nl/sites/default/files/bestandsbijlage/samen_werken_aan_werk_-_psychische_aandoeningen_en_werk_-_wat_we_weten_wat_we_kunnen_doen_o.pdf)

Programmaraad, *De routekaart psychische aandoeningen en werk, versie 3*, mei 2018

[https://www.samenvoordeklant.nl/sites/default/files/bestandsbijlage/de routekaart psychische aandoeningen en werk nov 2017 def o.pdf#overlay-context=psychische-aandoening-en-werk](https://www.samenvoordeklant.nl/sites/default/files/bestandsbijlage/de_routekaart_psychische_aandoeningen_en_werk_nov_2017_def_o.pdf#overlay-context=psychische-aandoening-en-werk)

Arjan van Dam en Peter van Eekert, *Werkwijzer Psychische aandoeningen en lichte verstandelijke beperkingen. Handboek voor maatwerk bij het begeleiden naar werk*. Divosa, Utrecht, 2016

Meer specifiek over CMD en werk(hervatting):

Margot Joosen, Iris Arends, Marjolein Lugtenberg, Hanneke van Gestel, Benedikte Schaapveld, Jac van der Klink, Jaap van Weeghel, Berend Terluin, Evelien Brouwers: *Barriers to and facilitators of return to work after sick leave in workers with common mental disorders: Perspectives of workers, mental health professionals, occupational health professionals, general physicians and managers*. Tilburg University, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Department Tranzo, 2017

Zie:

<https://www.iosh.co.uk/rtwmentalhealth>

<https://www.iosh.co.uk>

<https://www.youtube.com/watch?v=lfeuBjuuqyQ&sns=em>

Gabe de Vries: *Building Blocks for Return to Work after Sick Leave due to Depression*.

<https://www.ziekten.nl/bouwstenen-voor-werkhervatting-na-verzuim-door-depressie/>

Hiske L Hees, Gabe de Vries, Maarten W J Koeter, et al.:

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.

In In: Occup Environ Med, 2013

Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U, *Interventions to improve return to work in depressed people (Review)*, in: The Cochrane Library 2014, Issue 12

Over diverse interventies:

Jaap van Weeghel en Harry Michon, *IPS werkt! Handboek werken en leren met Individuele Plaatsing en Steun*, Coutinho, Bussum, 2018

Voor Supported Employment: zie:

- De Nederlandse Vereniging voor Support (NVS) heeft op haar site veel informatie over Supported Employment.
- De NVS is onderdeel van de [European Union of Supported Employment](#) (EUSE). Deze organisatie houdt in mei 2019 in Amsterdam haar [vierjaarlijks congres](#).
- Zie voor meer informatie over Supported Employment en [jobcoaching: Samen werken aan werk](#), paragraaf 3.2 en 3.3.
- Zie ook 'Methodebeschrijving Begeleid Werken - een individuele, vraaggerichte benadering', [Movisie, databank Effectieve sociale interventies](#)
- En de [factsheet Arbeid en psychische aandoeningen](#) van het Trimbos Instituut

Voor Jobcoaching: zie:

Handreiking jobcoaching van de Programmaraad:

[https://www.samenvoordeklant.nl/sites/default/files/bestandsbijlage/aan de slag met jobcoaching o.pdf](https://www.samenvoordeklant.nl/sites/default/files/bestandsbijlage/aan_de_slag_met_jobcoaching_o.pdf)

<https://www.arbeidsdeskundigen.nl>

<https://www.arbeidsdeskundigen.nl/dossiers/mensen-met-mogelijkheden/leidraden/document/akc/224>

Voor e-mental health, zie:

<http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Factsheet%20e-mental%20health%20in%20the%20Netherlands%20def.pdf>

www.mirro.nl

<http://www.depressievereniging.nl/preventie-en-terugvalpreventie/e-health>

http://www.platformggz.nl/lpggz/project_vraagsturing/ehealth

<http://www.platformggz.nl/lpggz/download/e-health/aan-de-slag-met-digitale-zorg.pdf>

Een (engelstalig) overzicht van apps voor de smartphone, met onder de knop 'Mental Health' vele tientallen apps in verschillende categorieën:

<http://myhealthapps.net/#>

Drs. S.E. Lagerveld Dr. F.T.C. Bennenbroek, *Kritische succesfactoren van een online interventie voor werklozen met common mental disorders*. ZINZIZ, 2015

<https://www.kennisplatformwerkeninkomen.nl/documenten/rapporten/2015/04/01/kritische-succesfactoren-van-een-online-interventie-voor-werklozen-met-common-mental-disorders>

[file:///C:/Users/Peter%20Desktop/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/kritische-succesfactoren-van-een-online-interventie-voor-werklozen-met-common-mental-disorders%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Peter%20Desktop/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/kritische-succesfactoren-van-een-online-interventie-voor-werklozen-met-common-mental-disorders%20(1).pdf)

Voor inzet van mentoren, zie:

A.M. Hazelzet (TNO) H.A. van de Ven (TNO) M.S. de Wolff (TNO) F.
Eversen (Werkzaak) J. van der Wal (Werkzaak)

S. Andriessen (Aapar), eindredactie:

*Handboek Mentorwijs. Een training voor leidinggevend van
kwetsbare medewerkers.* TNO, 2017

[file:///C:/Users/Peter%20Desktop/AppData/Local/Packages/
Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/
TNO-2017-R17031%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Peter%20Desktop/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/TNO-2017-R17031%20(1).pdf)

<http://www.ikbenharrie.nl>

[https://www.sbcm.nl/producten/duurzaam-werkverband/
producten/maatjes-voor-medewerkers-met-arbeidsbeperking.
html?L=0](https://www.sbcm.nl/producten/duurzaam-werkverband/producten/maatjes-voor-medewerkers-met-arbeidsbeperking.html?L=0)

<http://www.jimwerkt.nl>



Colofon

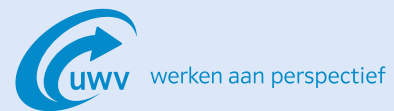
Handreiking lichtere psychische aandoeningen en werk
Versie 1, mei 2018

Deze handreiking is een product van de Programmaraad
en is onderdeel van het Kennisnetwerk Samenwerking
GGZ en Werk & Inkomen.

De Programmaraad is voornemens deze handreiking
verder te ontwikkelen en aan te vullen met relevante
informatie. Uw suggesties kunt u mailen naar:

info@samenvoordeklant.nl

 www.samenvoordeklant.nl
 info@samenvoordeklant.nl
 @SamenvdKlant
 De Programmaraad



Samen vernieuwen we de dienstverlening aan werkgevers en werkzoekenden