de Nederlandse ggz

# Werk op Recept? De Attitudes van Behandelaren over Werk als Middel voor Herstel

## *Een kwalitatief onderzoek*

**Door Anna de Wolff**

*'The standard medical focus on trying to discover the right drug to treat a particular disorder tends to distract us from grappling with how our problems interfere with our functioning as members of our tribe'*

*- Bessel van de Kolk in 'The body keeps the score'*

# Inhoudsopgave

Samenvatting 2
Inleiding 5
Methode 8
Resultaten 10
**Thema 1: In de praktijk** 10
Inbedding in de organisatie 10
Werk in de behandeling 11
Behandeldoelen 11
Doorverwijzing 12
**Thema 2: Visie en rol** 12
Herstelvisie 12
Verandering in persoonlijke visie 13
Rolbeschrijving 13
Herstelbeweging 14
Medisch denkkader 15
Verschillen in herstelvisie 15
Werk als herstel en het IPS-principe 16
Succesverhalen 17
**Thema 3: Succesfactoren en knelpunten** 17
Externe drijfveren van verandering 17
Onjuiste overtuigingen vanuit de cliënt 18
Samenwerking 19
Behoeften vanuit de zorgverlener 20
Discussie 20
Praktische en theoretische implicaties 22
1. Dynamische blik op gezondheid 22
2. Discrepantie overtuigingen en actie 23
3. Gelijkwaardigheid tussen cliënt en zorgverlener 23
4. Maatwerk en facilitatie 23
5. Iatrogeen stigma en medisch denken 24
Beperkingen 24

Suggesties voor vervolgonderzoek 25
Aanbevelingen 25
Conclusie 26
Referenties 26
Bijlage A: interviewgids 2

# Samenvatting


## Inleiding

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van Hoofdzaak } Werk, dat als doelstelling heeft om meer mensen met psychische kwetsbaarheid aan werk te helpen, door het aantal arbeidsre-integratietrajecten op te schalen. Minder dan een kwart van de mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) heeft namelijk betaald werk, terwijl 70-90% hiervan aangeeft wél deze behoefte te hebben.[1, 2, 3.] Werk draagt zeer bij aan de psychosociale gezondheid; zo zorgt het hebben van werk voor financiële zekerheid, sociale contacten, gevoel voor regie in eigen leven en zingeving.[5, 6, 7]

Om re-integratie van mensen met psychische kwetsbaarheid te faciliteren is Individual Placement en Support (IPS) een welbekende en succesvolle methodiek. Het belangrijkste principe luidt dat iedereen die wíl werken, kan werken. De effectiviteit van IPS impliceert dat het niet de ziekte is die bepaalt of iemand aan het werk komt, maar de begeleiding.[9] Echter, terugkeer naar werk is nog niet altijd standaard onderwerp in de behandelkamer, bijvoorbeeld omdat clinici het bespreken van werk met de cliënt niet als onderdeel van hun taken zien, of dat ze werk te stressvol of ambitieus voor hun cliënt vinden.[15, 16, 17] Ondanks de komst en het succes van IPS krijgen mensen dus niet altijd de kans er gebruik van te maken. Zo beargumenteert Brouwers (2021) dat werkloosheid of arbeidsongeschiktheid niet komt door ziekte, maar door de attitudes van professionals die in het biomedisch model denken.[9]

Het biomedisch model is een denk- en handelswijze binnen de zorg waar medicatie, diagnose en werkzaamheid van behandeling centraal staan.[20, 21] Deze benadering biedt consistentie en objectiviteit, maar geeft tegelijkertijd een té reductionistisch beeld van psychische gezondheid, omdat omgevingsfactoren een grotere rol spelen dan een exclusief medische interventies zich vaak op richten. Het achterwege laten van omgevingsfactoren belemmert herstel. Daarom is als tegenreactie een herdefiniëring van gezondheid en herstel voorgesteld, die als onderdeel van positieve gezondheid in de afgelopen 10 jaar steeds meer populariteit ontvangt binnen de ggz. Echter blijkt uit onderzoek dat de invloeden van medisch denken nog steeds in de praktijk worden teruggezien, wat een belemmering vormt bij het inzetten van werk als herstel.[18, 19]

Omdat behandelaren belangrijke schakels zijn in het signaleren en doorverwijzen van mensen naar arbeidsre-integratietrajecten, is het van belang om te onderzoeken hoe zij hierover denken, welke dilemma's bestaan en welke concrete acties al worden ondernomen. Daarom dient het huidige onderzoek om inzicht te krijgen in hoe behandelaren denken over werk als herstel en hoe dit geïncorporeerd wordt in de behandeling en organisatie. Daarbij hopen we inzicht te krijgen in ontwikkelingen binnen de psychiatrie zoals de herstelbeweging en medisch denken. Omdat het onderzoek naar deze onderwerpen relatief schaars is, kent het huidige onderzoek een verkennend, kwalitatief karakter. De hoofdvraag centraal in dit onderzoek; '*In welke mate onderschrijven behandelaren, werkzaam bij (lid)instellingen van de Nederlandse ggz, werk*

*als middel voor herstel voor mensen met een ernstige psychiatrische stoornis, en hoe zien zij hun eigen rol daarin?*'

## Methode

Om de hoofdvraag te beantwoorden was een kwalitatieve, exploratieve benadering geschikt. Deelnemers zijn via een open oproep geworven binnen een bestaande contactenlijst van de Nederlandse ggz. Uiteindelijk zijn 10 personen geïnterviewd aan de hand van semigestructureerde interviews (*n*=10). De interviews werden online of op locatie afgenomen en duurden ongeveer tussen de 40 en 70 minuten per interview. Van deze 10 deelnemers waren er 4 psychiaters, 3 klinisch psychologen, 2 sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en 1 GGZ-agoog. De vooraf bepaalde interviewgids bestond uit 20 vragen. Na transcriptie van ieder interview werden de data gereduceerd en geordend in Excel, waarbij de antwoorden werden gegroepeerd op onderwerp, die vervolgens met elkaar werden vergeleken en geturfd. Hieruit zijn de resultaten geformuleerd.

## Resultaten

Behandelaren kunnen actie ondernemen op het gebied van re-integratie door bijvoorbeeld de status van werk en behoefte van de cliënt uit te vragen of cliënten doorverwijzen naar een trajectbegeleider. Hoe actief de behandelaar is op het gebied van re-integratie en werk, is afhankelijk van persoonlijke verschillen tussen behandelaren. In vele gevallen waarin werk een standaard onderdeel van de procedure is, is dit omdat de organisatie dit faciliteert óf omdat de behandelaar een bijzondere affiniteit heeft voor het onderwerp. Aansluitend is re-integratie en werk ook beter organisatorisch ingebed binnen een FACT-team dan buiten FACT om, onder andere omdat binnen FACT-teams trajectbegeleiders vast onderdeel van het team uitmaken. Wanneer werk geen vanzelfsprekend onderwerp was, lag dit niet per se aan een ontbrekend belang voor werk, maar meer aan een prioritering aan klachtreductie boven re-integratie. Ook was dit vaak verbonden aan andere beperkingen zoals tijd, geld, aandacht vanuit de organisatie, eigen regie van de cliënt en taken en rollen die de behandelaar zichzelf aanwees. Buiten FACT om, vaak in poliklinieken en planbare zorg, werd de toeleiding naar werk geheel overgelaten aan externen, zoals het UWV.

Behandelaren beschrijven herstel als het herpakken van maatschappelijke rollen, zodat iemand weer in zijn of haar passende context terechtkomt. Herstel bestaat uit meerdere elementen, zo bestaat persoonlijk functioneren, klachtreductie, maatschappelijk functioneren, en zingeving. De deelnemers waren verdeeld in welk element prioriteit had voor hen. Waar het merendeel beargumenteerde dat klachtreductie gelijk opging met maatschappelijk herstel, of zelfs in teken zou moeten staan van, beargumenteerden anderen dat klachtherstel prioriteit heeft voordat iemand begint aan zingeving of re-integratie in werk. Dit ondanks het feit dat nagenoeg iedereen het belang van werk onderstreepte.

Een deel van de respondenten heeft hun herstelvisie over de tijd aangescherpt op een positieve manier. Een aantal vond het bijvoorbeeld voorheen normaal wanneer mensen met klachten thuis bleven, en raadde dit soms zelfs aan. Deze deelnemers geven aan sindsdien minder voorzichtig of terughoudend te zijn geworden. Deze aanscherping

van visie gaat gelijk op met de komst van de herstelbeweging. Zo wordt een groeiend belang voor omgevingsfactoren binnen de ggz waargenomen en voor het idee dat re-integratie en behandeling samen kunnen. Onder andere door kennisgroei en de invloed van *voorvechters*. Deze verschuiving wordt sterker waargenomen in poliklinieken of ambulante zorg vergeleken met ziekenhuisinstellingen en klinieken. Toch is de mate waarin de herstelgedachte wordt geïmplementeerd in instellingen heel kwetsbaar. Factoren zoals tijd, geld, de komst van andere onderwerpen die aandacht vergen of het vertrekken van voorvechters kunnen de aandacht naar werk weer verkleinen.

Ondanks de komst van de herstelbeweging ziet een deel van de respondenten het medisch denken nog steeds terug in hun instellingen, namelijk dat er nog een te hoge focus op klachtreductie heerst en dat er te weinig aandacht naar maatschappelijke factoren uit gaat. Onderdeel van medisch denken zijn assumpties dat werken en klachten niet samen kunnen of dat het terugkeren naar werk klachtherstel vertraagd. Respondenten verschillen in de mate waarin ze zich lieten leiden door dit soort assumpties en hoeveel risico ze namen op het gebied van werk. Concluderend is dit een lastig dilemma waar behandelaren mee geconfronteerd worden. Werk helpt namelijk niet altijd bij herstel, enige stabiliteit van de cliënt is nodig voordat iemand begint aan werk en soms kan het meer schade opleveren dan goed. Tegelijkertijd is het belangrijk niet de lat te laag te leggen en de cliënt uit te dagen. Zo blijkt het belangrijk om vraaggericht te werken en de benadering af te stemmen op de cliënt.

De hoeveelheid aandacht die binnen een organisatie uit gaat naar het onderwerp van werk is zeer veranderlijk en afhankelijk van meerdere factoren. Succesfactoren zijn onder andere het uitbreiden van onderzoek en verspreiding van kennis over werk als herstel, vooral om bekendheid te genereren onder zorgverleners. Structurele borging van het onderwerp in instellingen is mogelijk door meer interne trajectbegeleiders in te zetten in ggz-instellingen, wat uiteindelijk samenwerking verbetert én kennisdeling zou kunnen verhogen. Het hebben van ‘voorvechters’ is een cruciale factor om het onderwerp onder de aandacht te houden, samen met het delen van succesverhalen. Helaas is er niet altijd tijd of personeel beschikbaar voor de herstelgerichte zorg die behandelaren zouden willen leveren en bestaan er vaak nog stevige muren staan tussen trajectbegeleiders en behandelaren, zeker in grotere organisaties. In kleine organisaties is vaak geen financiële ruimte om interne trajectbegeleiders aan te stellen en heerst de vraag of het stuk van werk wel financieel opgepakt moet worden door de ggz. Tot slot houden cliënten er zelf vaak ook (onjuiste) overtuigingen op na; niet iedereen wil bijvoorbeeld werken door een onwetend/ontbrekend belang van werk, het bestaan van zelfstigma, uitkeringscomplicaties of faalangst.

## Conclusie

We kunnen concluderen dat er in het afgelopen decennium een zekere verandering in de psychiatrie is waargenomen op het gebied van herstelvisie. Zo winnen (IPS) trajectbegeleiders steeds meer belang en worden omgevingsfactoren vaker meegenomen in de behandeling. Tegelijkertijd zijn de belemmerende invloeden van het medisch-psychiatrisch model nog steeds terug te zien, en kunnen in deze gevallen herstelgerichtheid in de weg zitten. Zo kunnen behandelaren soms uit goede zorg de lat

laag leggen voor de cliënt op het gebied van werk en zo iemands vermogen ondermijnen. Ook gaat de integratie van werk in de behandeling suboptimaal en is verbetering van samenwerking nog een grote behoefte onder zorgverleners. Medisch denken lijkt dus samen te hangen met aandacht en inzet voor externe factoren zoals werk, maar enkel de positieve attitude tegenover werk als herstel garandeert niet altijd structurele borging. Andere factoren oefenen ook invloed uit op de implementatie van werk als herstel; instellingscultuur, de aan- of afwezigheid van voorvechters, geld, tijd en personeelskrapte. Een cruciale opmerking bij deze bevindingen is dat deze niet gegeneraliseerd kunnen worden dankzij de kleine, selecte steekproef en de kwalitatieve aard van het onderzoek. Voor volgend onderzoek zou een kwantitatieve benadering van nut zijn om de gegenereerde hypothesen uit dit onderzoek te toetsen. Tot slot beargumenteert dit artikel niet het medisch-psychiatrisch model te verwerpen, maar moedigt eerder een kritische herevaluatie aan. Een medische benadering van psychische kwetsbaarheid is tot op zekere hoogte zeer functioneel, maar door enkel of voornamelijk vanuit deze hoek te kijken ontstaat een reductionistisch beeld van gezondheid.

## Inleiding

Te weinig mensen met psychische kwetsbaarheid zijn aan het werk. Zo had minder dan een kwart van de mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) betaald werk, terwijl 70-90% hiervan aangeeft wél deze behoefte te hebben.[1, 2, 3] Het hebben van psychische klachten is sterk gerelateerd aan werkuitval; dit is zelfs meer dan ziekteverzuim gerelateerd aan hart- en vaatziekten.[3] Ziekteverzuim verergert weer het probleem; thuiszitten verslechtert de mentale staat sterk, en des te langer iemand thuis zit hoe hoger de drempel wordt.[4] Dat terwijl het hebben van werk zorgt voor financiële zekerheid, sociale contacten, gevoel voor regie in eigen leven, zingeving en uiteindelijk bijdraagt aan psychosociale gezondheid.[5, 6, 7] Daarom is het convenant ‘Sterk door Werk’ opgezet, een samenwerking tussen de Nederlandse ggz en UWV, met aangesloten partijen Cedris, Divosa, MIND, Valente, de vereniging voor Nederlandse Gemeenten, Mensen met Mogelijkheden, AWVN en Zorgverzekeraars Nederland. Het huidige onderzoek staat in het kader van Hoofdzaak } Werk, een van de projecten van het convenant. Met als missie om het aantal arbeidsre-integratietrajecten op landelijk niveau duurzaam op te schalen, waarbij in ieder van de 35 arbeidsmarktregio’s zo’n 100 arbeidsre-integratietrajecten op worden gezet in 2023.

Psychische problematiek wordt ervaren als de grootste belemmering bij het vinden of behouden van werk. Vaak ligt dit niet alleen aan de ernst van de klachten, maar aan andere gerelateerde factoren, zoals (zelf) stigma of medisch denken.[8, 9] Daarom luidt het belangrijkste principe van Individual Placement and Support (IPS): Iedereen die wil werken, moet kunnen werken. IPS staat bekend als een succesvolle methodiek voor duurzame re-integratie voor mensen met psychische kwetsbaarheid; IPS helpt mensen sneller en aan beter betaald werk dan traditionele arbeidsre-integratieprogramma’s.[10, 9.] Zo bleek bijvoorbeeld dat zo’n 44% van de cliënten die een IPS traject volgden binnen 30 maanden een betaalde baan vond.[11] Andere voorbeelden van methodieken

voor re-integratie zijn jobcoaching, werk als beste zorg of werkgerichte geïntegreerde behandelaanpak.[12, 13, 14] De belangrijke boodschap die de effectiviteit van IPS met zich meebrengt is dat het niet de ziekte is die bepaalt of iemand aan het werk komt, maar de begeleiding.[9]

Om meer mensen met psychische kwetsbaarheid aan werk te helpen is het belangrijk dat de betrokken partijen één gezamenlijk doel voor ogen hebben: werk draagt bij aan herstel en moet dus ook vaker ingezet worden. Echter, de notie voor werk als herstel staat niet bij iedereen bovenaan de agenda. Evaluatiestudies naar IPS laten zien dat het terugkeren naar werk nog niet altijd standaard onderwerp is in de behandelkamer.[15] Bijvoorbeeld omdat clinici het bespreken van werk met de cliënt niet als onderdeel van hun taken zien, of dat ze werk te stressvol of ambitieus voor hun cliënt vinden.[16, 17] Ondanks de komst en het succes van IPS en soortgelijke methoden, krijgen mensen dus niet altijd de kans er gebruik van te maken.[9]

## Medisch-psychiatrisch referentiekader en positieve gezondheid

Brouwers (2021) beargumenteert dat werkloosheid of arbeidsongeschiktheid dus niet komt door ziekte, maar door de attitudes van professionals die in het biomedisch model denken.[9] Ook uit ander onderzoek bleek dat de medicalisering van psychische kwetsbaarheid een belemmering vormt bij het inzetten van werk als herstel.[18, 19] Het medisch-psychiatrisch referentiekader omvat de denk- en handelswijze binnen de (geestelijke) gezondheidszorg waarbij traditionele pijlers van psychiatrische behandeling zoals medicatie, diagnose en werkzaamheid van behandeling centraal staan.[20, 21] Deze denkwijze is gelijk opgegaan met de komst en normalisatie van psychofarmaceutische behandeling in de jaren 50, wat toentertijd het gewicht op gesloten inrichtingen sterk heeft verminderd en resulteerde in een zekere verbetering in psychiatrische zorg.[22, 23] Door deze *drug revolution* ontstond consensus dat mentale stoornissen exclusief of voornamelijk in het lichaam zaten, zoals een onbalans in hormonen.[23]

Deze medische benadering biedt aan de ene kant structuur en consistentie, omdat objectief waarneembare verschijnselen goed getoetst kunnen worden aan wetenschappelijke bevindingen.[21] Aan de andere kant vormt een lichaamsgerichte benadering een té reductionistisch beeld van herstel, omdat omgevingsfactoren een grotere rol spelen dan een exclusief medische blik belicht. Verondersteld is dat het achterwege laten van omgevingsfactoren herstel belemmert, want soms is het (terug) vinden van de maatschappelijke draai een meer geschikte oplossing dan bijvoorbeeld enkel farmaceutische behandeling.

Een ander gevolg van het medisch denken is dat het opleggen van beladen labels of DSM-diagnoses kan leiden tot stigma en discriminatie, binnen én buiten de zorg.[18, 20, 46] Zo noemt Floortje Scheepers, hoogleraar innovatie in de ggz bij het UMC Utrecht dat ‘medicalisering van psychische problematiek’ een van de belangrijkste oorzaken voor stigma binnen de ggz is; de cliënt kan dan worden gezien als de diagnose, en minder als mens met een achtergrond en omgeving, die ook een rol spelen.[18]

Een respons op het discours is de herstelbenadering, die in de lijnen van het biopsychosociaal model stelt dat succesvol herstel verder gaat dan alleen medische revalidatie, namelijk dat het

ook maatschappelijk herstel omvat.[24, 25] Deze kijk naar herstel wordt in het huidige onderzoek voor gemak verwezen als herstelgerichtheid. Herstelgerichtheid is onderdeel van grotere bewegingen zoals positieve gezondheid, die van de mens in hun totaliteit uitgaat, niet alleen de ziekte of diagnose.[27, 45] Zo heeft grondlegger Machteld Huber zich ingezet voor het vinden van een dynamische definitie van gezondheid (en dus herstel), en kwam met zes domeinen van gezondheid: lichamelijke functies, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren.[27] Herstelgerichtheid is niet nieuw: de geschiedenis kent al soortgelijke, humanistische benaderingen zoals positive psychology en client-centered approach met vertegenwoordigers zoals Abraham Maslow of Carl Rogers.[27]

## Medische invloeden in de praktijk

Deze herdefiniëring van gezondheid en herstel wordt in de afgelopen 10 jaar steeds vaker geaccepteerd binnen de ggz. Echter worden de invloeden van medisch denken nog steeds terug in de praktijk gezien.[18, 19]

De eerste manier waarop de medicalisering binnen de ggz teruggezien wordt, is dat er terughoudend gehandeld wordt bij het inzetten van werk als herstel.[9] Werk wordt vaak als te stressvol of ambitieus gezien, en de overtuiging heerst dat het vroeg terugkeren naar werk het klachtherstel zou vertragen.[16, 17] Deze assumpties blijken onterecht te zijn; een overvloed aan studies suggereren dat werk sterk bijdraagt aan herstel. [e.g., 5, 6, 7, 8] Klachten en werk kunnen vaker samen dan gedacht; uit ander onderzoek bleek dat cliënten die een werkgerichte behandeling ontvingen, zo'n 65 dagen eerder terugkeerden naar werk vergeleken met cliënten die een behandeling zonder focus op werk ontvingen.[29] Terughoudendheid vanuit zorgverleners zou een tekort aan vertrouwen schetsen en tekent een negatief perspectief voor mensen met psychische kwetsbaarheid; de uitgangspunten waarmee zorgprofessionals de behandeling in gaan, hebben immers gevolgen voor de uitkomst; ook wel *therapist effects* genoemd.[30] Zo kwam uit een ander onderzoek dat cliënten vaker een betaalde baan als doel voor ogen hebben dan dat zorgverleners dat hebben, en andere ideeën hebben over hoe deze doelen behaald kunnen worden.[31] Het gevolg kan zijn dat kandidaten worden misgelopen die wel willen werken en waarbij werk kan bijdragen aan het herstel.

Een volgende manier waarop medische invloeden teruggezien kunnen worden zijn de taken en rollen die geassocieerd worden met verschillende functies. Uit onderzoek blijkt dat behandelaren het meedenken over terugkeer naar werk tijdens de behandeling niet altijd als onderdeel van zijn of haar taken zien, maar dat van een maatschappelijk werker.[15, 16, 17] Deze soort verdeling van taken belemmert samenwerking tussen partijen en wekt de assumptie op dat klachtreductie prioriteit heeft ten opzichte van maatschappelijk herstel.[15, 16, 17] Onderzoek bevestigd dat er gebrekkige communicatie heerst tussen zorgverleners en maatschappelijk werkers en dat samenwerking tussen deze partijen niet vanzelfsprekend is, wat niet in het voordeel werkt van re-integratie van de cliënt en houdt stevige muren tussen beroepsgroepen en organisaties in stand.[15, 31, 33, 34] Voor duurzame inzetbaarheid is inzet en samenwerking vanuit alle partijen nodig en zijn

behandelaren belangrijke schakels in het bevragen van arbeid en het signaleren en doorverwijzen van cliënten naar arbeidsre-integratieprogramma's, immers staan behandelaren in direct contact met de cliënt.

### Het huidige onderzoek

Omdat behandelaren belangrijke actoren zijn in het signaleren en doorverwijzen van mensen naar arbeidsre-integratieprogramma's, is het van belang om te onderzoeken hoe zij hierover denken, welke dilemma's bestaan en welke concrete acties al worden ondernomen. Daarom dient het huidige onderzoek om inzicht te krijgen in hoe behandelaren denken over werk als herstel en hoe deze visie geïncorporeerd wordt in de behandeling en organisatie. Ook dient het huidige onderzoek te ondervinden welke ontwikkelingen er in persoonlijke visie en in bredere, maatschappelijke zin hebben plaatsgevonden, zoals de herstelbeweging en medisch denken. Om de situatie van meerdere kanten te belichten, hopen we ook belemmeringen en successen in kaart te brengen die behandelaren ervaren.

Omdat er nog weinig onderzoek bestaat binnen dit onderwerp is een verkennend, kwalitatief onderzoek geschikt. Om uitspraken te kunnen maken over hoe behandelaren denken over werk als herstel, luidt de hoofdvraag;

**''In welke mate onderschrijven behandelaren, werkzaam bij (lid)instellingen van de Nederlandse ggz, werk als middel voor herstel voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoeningen, en hoe zien zij hun eigen rol daarin?''**

Deze kan beantwoord worden door middel van de volgende deelvragen:

1. Welke concrete stappen nemen behandelaren voor werk als middel voor herstel, en vinden ze dat voldoende?
2. Hoe denken behandelaren over werk als middel voor herstel?
3. Welke knelpunten en welke successen zien behandelaren op het gebied van het bespreken van werk en re-integratie?

## Methode

In de volgende sectie wordt de methode van onderzoek beschreven. Om een uitspraak te kunnen maken over de mate waarin behandelende professionals werk als middel voor herstel onderschrijven en hun rol daarin zien, was een kwalitatieve, exploratieve benadering geschikt met semigestructureerde interviews.

### Participanten

Deelnemers zijn geworven via een oproep verstuurd naar een bestaande contactenlijst van Hoofdzaak } Werk van Nederlandse ggz. Deze is vervolgens doorgezet binnen kringen en valt daardoor onder een *snowballing selectie* binnen een selecte groep. Van ongeveer 180 mensen die schriftelijk zijn benaderd, hebben er 15 interesse getoond, waar uiteindelijk 10 personen van zijn geïnterviewd. Van deze 10 deelnemers waren er 4 psychiater, 3 klinisch psycholoog, 2 sociaalpsychiatrisch verpleegkundige en 1 GGZ-agoog. De deelnemers waren verdeeld over het hele land, gevestigd in 9 verschillende instellingen. De groep bestond uit 3 mannen en 7 vrouwen. Het merendeel werkte in multidisciplinaire teams,

waarvan 3 respondenten (ook) in een FACT-team werkten.

6 van de 10 deelnemers werkten met de EPA doelgroep; één hiervan met forensische cliënten en één met ex-prostituees met psychische problematiek. Verder werkten 2 respondenten in de planbare zorg voor volwassenen en 1 werkte in de planbare zorg met adolescenten. Planbare zorg houdt in dat de behandeling van de hulpzoekenden onder de 1,5 jaar zal duren en daarom planbaar. Deze vorm van zorg sluit hoog complexe problematiek uit, zoals mensen met psychotische kwetsbaarheid. Tot slot was er ook een respondent die met licht verstandelijk beperkte mensen met psychische problematiek werkte. 6 respondenten vertelden dat in hun caseload de norm was dat cliënten geen regulier betaald werk hebben. Eén persoon gaf aan dat bij binnenkomst mensen nog wel vaak een baan hebben maar gedurende de behandeling uitvallen. Tot slot gaven 2 aan dat het de norm is wel betaald werk te hebben, deze twee werkten ook allebei binnen de planbare zorg. Ook werd vermeld dat betaald werk onder cliënten gebruikelijker is in de ambulante zorg/poliklinieken dan binnen klinieken.

## Procedure

Validiteit van onderzoek gaat omhoog wanneer er gestructureerd aan het werk wordt gegaan, zo kan bias worden voorkomen en antwoorden vergeleken worden wanneer in ieder interview dezelfde vragen worden gesteld. [46] Vanwege het exploratief karakter van het huidige onderzoek wordt gekozen voor semigestructureerde interviews, om zo ruimte over te laten voor andere onderwerpen en doorvragen bij nieuwe informatie. De vooraf bepaalde interviewgids bestond uit 20 vragen. Deze topiclijst is geëvalueerd op suggestiviteit en kwaliteit door verschillende professionals binnen de Nederlandse ggz om zo de betrouwbaarheid te borgen. Ook is na het eerste interview geëvalueerd en zijn de vragen aangescherpt. De interviewgids is terug te vinden in Bijlage A.

De interviews werden via Teams of op locatie afgenomen, afhankelijk van de voorkeur van de deelnemer. Vervolgens werd vooraf in ieder interview de anonimiteit verzekerd en werd er toestemming gevraagd om het interview op te nemen. Ieder interview werd woordelijk getranscribeerd, wat betekent dat het interview werd omgezet in tekst exclusief aarzelingen, stopwoordjes en stotteren, vanwege efficiëntie en leesbaarheid. Na transcriptie werden de data gereduceerd en geordend in Excel, waarna *open codering* werd toegepast, waar thema's en algemene labels werden gekoppeld aan de stukken tekst. Vervolgens werd *axiale codering* toegepast, waarbij de stukken tekst met elkaar vergeleken en geturfd werden.

## Onderwerpen

De onderwerpen die aan bod kwamen zijn gecategoriseerd in drie categorieën die een antwoord op ieder van de drie deelvragen zouden leveren;

1. In de praktijk: welke concrete stappen worden er gemaakt op het gebied van re-integratie, het bespreken van werk en welke organisatorische initiatieven worden er genomen?
2. Visie en rol: hoe denken behandelaren over werk als herstel en hoe zien zij hun rol hierin? Welke veranderingen in visie hebben ze meegemaakt?
3. Succesfactoren en knelpunten: welke succesfactoren en

knelpunten ervaren behandelaren op het gebied van werk als herstel en re-integratie?

## Resultaten

In deze sectie zijn per thema de uitkomsten van de interviews samengevat. Achter iedere bevinding wordt tussen haakjes aangegeven in hoeveel interviews soortgelijke uitspraken naar voren kwamen. Niet ieder onderwerp kwam aan bod in ieder interview, wanneer dit het geval was wordt dit aangegeven in de tekst. Ook zijn quotes uit de interviews gebruikt om de bevindingen te demonstreren en toe te lichten door de context erbij te halen. Voor herleidbaarheid is achter iedere quote vermeld in welk interview deze terugkwam, en welke functie-titel de respondent had. Voor een samenvatting en interpretatie van de resultaten, ga naar 'discussie'.

### Thema 1: In de praktijk

Binnen dit thema kwamen alle concrete stappen en acties aan bod die de behandelaar en zijn/haar instelling nam op het gebied van werk. Bijvoorbeeld hoe werk wordt geïntegreerd in de behandeling, op welk moment werk besproken wordt en hoe gebruikelijk dit is. Ook werd uitgevraagd hoe de instelling aandacht aan het onderwerp werk schenkt en herstelgerichtheid incorporeert in de praktijk.

#### Inbedding in de organisatie

De meeste respondenten gaven aan dat hun organisatie het onderwerp van werk regelmatig laat terugkomen in de behandeling (6). Dat betekent dat ze altijd toegang hebben tot een trajectbegeleider, jobcoach of IPS-begeleider binnen de organisatie of zelfs dat een trajectbegeleider een vast onderdeel binnen het team was. Eén organisatie schonk aandacht aan het onderwerp door actieve betrokkenheid met Hoofdzaak werk en het opzetten van eigen structurele veranderingen binnen de organisatie op het gebied van werk. Een voorbeeld van hoe een herstelgerichte visie werd geborgd binnen een instelling is door open en vraaggericht te werk te gaan (3): '*De vraag wat kunnen wij voor je doen is al heel herstelgericht, en daar hoor je aan iemands verhaal waar wringt de schoen, waar loopt het mis of waar loop je tegenaan, en daar wordt het onderdeel werk natuurlijk in meegenomen. Dus dat is eigenlijk al bij start van de behandeling is dat ook onderdeel van het gesprek. [...] Soms kan het wel dat het natuurlijk niet aan bod komt, maar ja we vragen er altijd wel naar he?'. (R9, SPV, p. 86).*

Bij de overige respondenten was het onderwerp van werk minder organisatorisch ingebed (4). Zo kon één respondent met hoge uitzondering onofficieel gebruikmaken van een trajectbegeleider, terwijl de overige drie hiervan geen toegang tot trajectbegeleiders hadden. Dit was omdat dit organisatorisch niet goed geregeld was of omdat er geen trajectbegeleiders waren binnen de instelling. Vaak werd verwezen naar het UWV om arbeidsre-integratie op zich te nemen. Het uitvragen en de betrokkenheid bij arbeidsre-integratie hing zeer af van de persoon, het team en de organisatiecultuur: '*Toch in de praktijk merk je dat heel veel medewerkers daar niet als eerste aan denken. [...] Waar ik nu werk is het vinden van werk meer een beetje een sluitstuk. Daar wordt het meer ingevuld van een beetje dagbesteding, maar meer van dagbesteding erbij. Dus*

*niet als een primaire pijler, waarvan ik wel wil zal dat zou zijn.' (R5, psychiater, p. 44).*

### Werk in de behandeling

Bij de meerderheid was re-integratie naar werk een terugkerend onderwerp van gesprek (7). Zo was het voor een deel hiervan een vanzelfsprekend onderwerp dat organisatorisch ingebed was, en bij de intake al uitgevraagd werd. Dit was voornamelijk het geval bij deelnemers die binnen FACT werkten, waar een trajectbegeleider een verplicht onderdeel van het team uitmaakt (3): *'Ja, ja zeker. Met de intake vragen we dat al. Van zou je willen werken. Als iemand daartoe in staat is. En dan sturen we daar die IPS'er op af. Ja. [...] En IPS maakt dat ook makkelijk, he?' (R10, psychiater, p. 99).*

Echter, buiten FACT om, in de planbare zorg of juist in klinieken hing het af van de visie van de behandelaar (2), en van de prioritering van taken en rollen (3), of werk een onderwerp was of niet: *'maar het ligt net wel aan wie dat intake doet. Aan de collega of dat wel of niet uitgevraagd wordt. In hoeverre daar dan echt goede aandacht voor is. En de aandacht ligt vooral toch bij de participatie coördinatoren.' (R3, klinisch psycholoog, p. 29).*

De overige respondenten gaven aan dat werk geen vanzelfsprekend onderwerp was (3). Volgens de respondenten lag dit niet aan een ontbrekend belang, maar aan prioritering van taken en rollen van een behandelaar: *'Ik vind dat wel belangrijk. Maar ik weet niet of dat altijd genoeg aandacht krijgt. [...]. Je bent natuurlijk zo ongelofelijk druk met de dingen die je wel doet, dat het er ook bij inschiet. En bij planbaar is het natuurlijk zo, je gaat uit van iemands eigen verantwoordelijkheid, iemands eigen autonomie. Je hebt een vraag, en die vraag gaan we beantwoorden. Dan ga je niet ineens allemaal andere gebieden ineens zelf oppakken.' (R7, psychiater, p. 65).*

Tot slot werd genoemd dat bij zwaardere doelgroepen werk meer op een indirecte manier aan bod gebracht werd, bijvoorbeeld door het gesprek meer open in te gaan en vraaggericht te werk te gaan (1): '*Want je komt heel snel in zo'n trek-duw conflict, en daar zitten ze vaak met het UWV al in. Dus daar beginnen we niet echt aan.' (R5, klinisch psycholoog, p. 47).*

### Behandeldoelen

Het feit dat werk besproken werd, garandeerde niet dat het stelselmatig terugkwam gedurende de behandeling. De meerderheid vertelde dat werk pas deel uitmaakte van de behandeldoelen als de cliënt zelf aangaf dit te willen, maar dit was niet heel gebruikelijk (7): *'Ik moet zeggen dat we daar nog niet echt mee werken, want we zijn net over naar dat nieuwe systeem en dat is nog best ingewikkeld.' (R3, klinisch psycholoog, p. 29).* Eén deelnemer noemde dat het van de diagnose van de cliënt afhing, of werk een behandeldoel was (1): *'Soms wel ja, soms wel. Als je echt mensen die met angststoornissen echt lang thuis zitten, dan is het soms wel een expliciet doel.' (R6, psychiater, p. 58).* Tot slot werd er genoemd dat cliënten het zelf vaak niet willen, omdat ze zelf klachtgericht zijn (2): '*dat is helemaal afhankelijk eigenlijk van de cliënt. Dus wanneer een cliënt dat graag wil, dan wordt dat meteen onderdeel van de behandeldoelen, maar ik moet eerlijk zeggen dat het mijn ervaring is dat cliënten hun doelen toch vaak meer klachtgericht zijn en dus dat dat, ja te weinig aandacht kreeg.' (R1, klinisch psycholoog, p. 3).*

De rest gaf aan dat werk (meestal) wel onderdeel was van de behandeldoelen. (3)*; 'Nou, in ons behandelplan is dat ook een doel. Stel*

*iemand komt binnen, bij de intakefase, dan gaan we vooral in gesprek van nou wat is er met je gebeurd, wat is de reden dat je hier vandaag bij ons bent'. (R9, SPV, p. 86).*

### Doorverwijzing

Vervolgens werd gevraagd hoe regelmatig behandelaren hun cliënten doorverwezen naar trajectbegeleiding. De meeste respondenten noemden dat ze hun cliënten altijd wel een traject zouden aanraden of zouden doorverwijzen naar een interne trajectbegeleider, omdat dit een laagdrempelige stap is als de juiste persoon toch binnen bereik is (7). Weer hing dit af van zowel de behoefte van de cliënt als de insteek van de behandelaar (4)*: 'Ja, dat doe ik zelf in ieder geval zeker wel. Vanaf het begin. Maar dat komt ook, ik geef me niet voor niks op voor dit interview. Omdat ik er echt in geloof dat je het er daarvoor moet hebben. Maar dat is wel heel persoonlijk. Daar zijn toch wel heel veel verschillen in, en het hangt er dan ook weer van af hoeveel samenwerking er dan daarna is,' (R5, klinisch psycholoog, p. 45).*

Ook werd genoemd dat binnen FACT een verwijzing niet altijd nodig is, omdat dit een standaard onderdeel van proces is (3): *'Binnen het FACT gaat dit automatisch, en binnen de sggz toch wel pas wanneer een cliënt het zelf wil. Het is aan mij wel om het tijdig bespreekbaar te maken.' (R1, klinisch psycholoog, p. 4).*

Niet voor iedereen was het gebruikelijk om actie te ondernemen op het gebied van werk, wat vaak in verband stond met de beschik- en bereikbaarheid van trajectbegeleiding (3): *'Ja. Ik kan soms, met uitzondering, heel directief zijn, als ik denk dat iemand van zijn werk echt ziek aan het worden is. [...] En dan moeten wij soms wel heel directief zijn van 'geef het nummer van je UWV-contact of je bedrijfsarts, maar vinden dat je eigenlijk per direct werk op pauze moet zetten.' (R6, psychiater, p. 54).*

## Thema 2: Visie en rol

Binnen dit thema werd de persoonlijke visie op werk als herstel en de waargenomen rol van de behandelaar ondervraagd. Hoe beschrijven behandelaren de essentiële elementen van herstel, en kan iemand werken met klachten en welke rol vanuit de behandelaar sluit aan bij deze visie? Hoe is deze herstelvisie veranderd over tijd, welke maatschappelijke veranderingen hebben behandelaren meegemaakt? Aansluitend kwamen ook het medisch denkkader en de herstelbeweging aan bod.

### Herstelvisie

Bijna iedereen gaf aan dat rolvervulling en maatschappelijke terugkeer een cruciaal onderdeel was van herstel (9): *'Dat iemand weer in zijn passende context terecht komt, eigenlijk alle rollen weer kan oppakken' (R6, psychiater, p. 53).* Het punt waarop deelnemers van elkaar verschilden, was over de volgorde waarop dit diende te gebeuren. Zo vond het merendeel dat symptoomverlichting niet voorop (hoeft te) staan in herstel (7): *'En dan houdt herstel natuurlijk ook wel in dat je je iets beter gaat voelen, maar ik zie dat meer als een fijne bijkomstigheid. [...] Werk of dagbesteding is eigenlijk de belangrijkste effectieve interventie. En alles daarnaast, psychotherapie, pillen, zouden dat eigenlijk in dienst moeten staan.' (R5, klinisch psycholoog, p. 43, p. 45).* Soortgelijk werd herstel beschreven als leren leven met de kwetsbaarheid die je hebt: *'Als ik aan herstel denk dan denk ik niet meteen aan, ja genezing van de ziekte, maar meer het*

*leren omgaan met de kwetsbaarheid die je verworven hebt' (R9, SPV, p. 85).*

Anderen vonden dat klachtreductie wél voorop dient te staan ten opzichte van maatschappelijk herstel (2): *'Eén is dat je symptoomverlichting hebt. Twee is dat je persoonlijk functioneren krijgt, uiteindelijk beter maatschappelijk functioneren krijgt. En dan de vierde laag is dan zingeving, dat je daar weer aan toekomt' (R7, psychiater, p. 64).*

Eén persoon bevestigde deze tweedeling in visies, en vertelde dat je vanuit een psychologisch perspectief en een maatschappelijk perspectief naar herstel kunt kijken: *'Kijk met mijn pet op als psycholoog, heb je toch heel vaak een hulpvraag, diagnose, en dan ga je kijken van hé, welke behandeling past daarbij […] En dat kan heel erg bijdragen tot herstel, omdat als ze dan minder last van de stemmen hebben. Dus dat is een stuk. Maar ik zeg daarbij, ik kijk zelf, ook vanuit mijn andere functie, toch wel vanuit een bredere blik, en ik zie werk daar zeker als een van de dingen. [...] Dus ik kijk altijd wel wat breder naar herstel. '(R3, klinisch psycholoog, p. 24).*

### Verandering in persoonlijke visie

5 deelnemers gaven aan hun ideeën over werk te hebben aangescherpt, namelijk dat hun belang voor werk als herstel is gegroeid over tijd (5). Zo was het voor sommigen voorheen gewoonlijk dat mensen met klachten niet werkten (3): '*Toen vond ik het ook heel normaal dat mensen, als ze overspannen waren of iets ernstigs hadden meegemaakt of ongelukkig waren, dat ze dan thuis gingen zitten tot ze beter waren. En ik heb wel echt geleerd dat de drempel om terug te komen dan groter wordt, dat je echt er niet beter van wordt.' (R5, klinisch psycholoog, p. 49).* Ook was vroeger niet iedereen zich bewust van de invloed die ze hadden als behandelaar op het vlak van werk, en daarna ook minder voorzichtig zijn geworden (2). Niet iedereens visie is op dezelfde manier ontwikkeld hierin: *'Ja, ik denk dat toen ik net begon ik er nog niet zo veel aandacht voor had. Ook omdat ik toen gewoon nog heel naïef het heel vanzelfsprekend vond dat mensen zouden werken en zich goed genoeg daarvoor voelden.' (R1, gz-psycholoog, p. 6).*

Degenen die aan hebben gegeven geen verandering in visie te hebben gehad, vertelden dat ze altijd al het belang van werk in hebben gezien (2): *'Nee, dat is eigenlijk hetzelfde gebleven. Als student vond ik het al vervelend om geen ritme te hebben, geen structuur […] En dat projecteer ik op mijn cliënten, en zo kan je dat ook zien.' (R10, psychiater, p. 107).*

### Rolbeschrijving

Ten eerste zagen de respondenten hun rol als behandelaar om de cliënt te motiveren en mogelijkheden van werk te laten zien, zoals onderzoeken waar iemand goed in is en zijn of haar passie in zit (4): *'En ik geloof wel echt dat een persoon, ja eigenlijk bedoeld is om niet vast te zitten. Dus dat daar wel echt een herstelwens is. Dus daar zoek ik ook altijd naar.' (R8, ggz-agoog, p. 73).*

Anderen noemden dat ze een meer coördinerende rol hadden, bijvoorbeeld door het belang van werk onder de aandacht brengen in het team of organisatie (2): *'Dan is het mijn taak dus weer om dat onder de aandacht te brengen. In het werkgroepoverleg van "jongens ik krijg minder aanmeldingen voor een traject"(R2, SPV, p. 13)*. Anderen zagen hun rol tijdens het bespreken van werk als ondersteunend en gelijkwaardig ten opzichte van de cliënt (3): *'Wel gelijkwaardig met iedereen. Ja ik leid het*

*dan, ik zit het dan een beetje voor, maar ik ben heel erg van mening dat iedereen daar in z'n eigen expertise heeft, en het een is niet minder dan het ander, en daarin zijn we gelijkwaardig. Dus goed naar elkaar luisteren en van elkaar leren. [...] Dat hoop ik zo dan cohesie met elkaar dan daarin te kunnen bewerkstelligen. Ja dat probeer ik te faciliteren eigenlijk' (R9, SPV, p. 91).*

Eén persoon zag het signaleren van mensen die toe zijn aan werk en het in gang zetten van trajecten als onderdeel van zijn of haar verantwoordelijkheid (1): *'Mijn rol is om met de cliënt kijken of die gewoon een baan heeft, of dat die alweer klaar is voor werk, en dan zo'n trajectbegeleider erbij te zetten. Dus het is vooral signaleren, en dat dan in gang zetten.' (R1, klinisch psycholoog, p. 2).*

Niet iedereen deelde dezelfde betrokkenheid op het stuk van werk (3): *'waar ik daar wat in kan doen doe ik dat, maar het is vrij beperkt' (R4, psychiater).* Ook werd beargumenteerd dat de rol van de zorgverlener afhankelijk is van de doelgroep: *'Je hebt een vraag, en die vraag gaan we beantwoorden. Dan ga je niet ineens allemaal andere gebieden ineens zelf oppakken. Bij een zwaardere doelgroep dan doe je dat wel. Dan ga je dus iets meer bemoeizorg doen.' (R7, psychiater, p. 66).*

### Herstelbeweging

Het merendeel van de respondenten maakte een ontwikkeling in de afgelopen 10 jaar in herstelvisie binnen de psychiatrie mee, met een bijpassend groeiend belang voor omgevingsfactoren, zoals werk (6). Dit werd onder andere door de organisatie ingezet: '*Van oudsher is de ggz een hele medische wereld. Wat ik al zei he, psychiaters, psychologen, behandelen, verpleegkundigen. Al sinds een jaar of twee denk ik worden we vanuit management en directie heel erg met de nieuwe visie, waarin wij veel van de mens als totaal willen uitgaan, dus niet alleen maar naar het stukje ziek zijn of psychische ziekte.' (R3, klinisch psycholoog, p. 27).* Bij deze schuivende visie wonnen trajectbegeleiders meer belang en herstelgericht werken werd meer ingebed in organisatie en behandeling. Daarbij is het idee dat re-integratie en behandeling samen kan gaan groeien (3): '*Dat is aan het veranderen van dat het best samen kan. Je kan best werken en ook in therapie zijn. En dat is soms beter, misschien bijna altijd wel beter. Omdat je dan ook wel je vaardigheden traint in normale situatie.' (R4, psychiater, p .38).* Deze verschuiving ontving meerdere benamingen, zo werden 'redesigning psychiatry', 'inclusieve psychiatrie' of 'de herstelbeweging' genoemd; *'De psychiatrie is wel in beweging. De hele maatschappij is in beweging. Er wordt sowieso anders naar werk gekeken. Er is nu krapte. Inclusiviteit is überhaupt meer een onderwerp dan 10 jaar geleden, en daar gaat de psychiatrie in mee. Ook al hobbelen we daar een beetje achteraan. En hoe zieker de mensen, hoe meer je achter de ontwikkeling aanloopt' (R5, klinisch psycholoog, p. 46).*

Niet iedereen deelde deze mening. Zo werd beargumenteerd dat de verschuivingen in de psychiatrie niet toe te schrijven zijn aan een verandering in belang, maar aan andere factoren zoals geld en tijd (2): '*Nee, ik denk dat je meer mogelijkheden hebt en het belang er altijd al was. We hebben minder personeel en tijd, verzekeraars op de knip. Voor je het weet ben je alleen maar crisis dingen aan het doen. En die echt mooie herstelgerichte zorg heb je dan geen tijd meer voor. Ik denk dat de zorg die je zou willen leveren, dat is praktisch gezien niet altijd uitvoerbaar.' (R7, psychiater, p. 67).*

De mate waarin een instelling herstelgerichte zorg biedt lijkt ook af te

hangen van de mate waarin het onderwerp actief onder de aandacht wordt gebracht, meestal door een klein aantal mensen die zich daar hard voor maken (3): '*Op het moment heerst het weer minder bij ons. Het is een beetje van de agenda af. De voorvechters daarvan, die zijn ook weggegaan.' (R10, psychiater, 104).*

### Medisch denkkader

Niet in ieder interview kwam het onderwerp van het medisch denkkader expliciet naar voren en hing het af van de respondent of het onderwerp aan bod kwam. In 4 van de 5 interviews waar dit wel het geval was, werd verteld dat het medisch denken terug te zien was in hun instellingen, in de zin dat de focus voornamelijk op klachtreductie ligt en dat er minder aandacht naar maatschappelijk herstel gaat, bijvoorbeeld dat de behandeldoelen nog te klachtgericht zijn ingesteld (4): *'Maar ik vind dat we in de ggz erg gericht zijn dat mensen helemaal klachtenvrij moeten zijn. En dat het herpakken van werk bijvoorbeeld dan ook heel erg in de weg staat.' (R4, psychiater, p. 36).* Een ander die dit beaamde, beargumenteerde dat er onder het motto van goede zorg het vermogen van de cliënt wordt ondermijnd. *'Waar ik werk is het echt nog is echt nog een psychiatrisch bolwerk dat eerst de psychische behandeling, dan pas resocialiseren. En inmiddels weten we wel dat het zo natuurlijk niet werkt. Een medische insteek is geschiedenis. [...] en als je dan mensen afserveert van maar 'jij kan dat toch niet', dat zeggen we natuurlijk niet zo, maar dat is wel natuurlijk een beetje de boodschap, dat is heel schadelijk. En ik denk dat mijn collega's-- er is ook wel een groep die zich daar niet bewust van is. Die uit goede zorg de lat juist heel laag leggen. En ik denk niet dat dat helpt. [...] dat je moet eerst een goede conditie hebben, voor je naar de sportschool gaat'. (R5, klinisch psycholoog, p. 44).* Tot slot werd genoemd dat een andere manier waarop de invloed van medisch denken naar voren komt, was door de verdeling van taken en rollen binnen instellingen: '*En ook dat ze naar zichzelf kijken met dat hun expertise vooral medicijnen zijn en misschien psychotherapieën, zoals traumabehandeling of wat dan ook. En dat coachen, begeleiden, of activiteiten die tot werk leiden, of als doelstelling, dat ze dat minder als taak zien voor zichzelf.' (R5, klinisch psycholoog, p. 45).*

Niet iedereen herkende zich hierin. Zo gaf één respondent aan dat het vaak bij de cliënt zelf ligt, namelijk door onterechte assumpties te houden over zichzelf die herstel in de weg staan (1): *'maar mijn ervaring is dat de behandelaar wel wil kijken hoe je kan maathouden, hoe je werk kan combineren met bepaalde therapie, maar je niet overwerken, en dat het denk ik eerder cliënten zelf zijn, die zich, ja er nog niet klaar voor voelen, of die het nog te veel vinden. (R1, gz-psycholoog, p. 3).*

### Verschillen in herstelvisie

Een deel van de respondenten rapporteerden dat ze verschillen in herstelvisie zagen binnen de ggz. Sommigen wezen de verschillen toe aan de persoon (5): *'Ja, er zijn ook nog genoeg collega's die patiënten adviseren om zich ziek te melden of om thuis te blijven, ja. Dat ligt meer aan de personen, hoe die erin staan. Dat ligt niet per se aan de functie' (R4, psychiater, p. 38).* Een ander, die verschillen in herstelvisie ook toewijdde aan persoonlijke verschillen, vond wel dat dit samenhangt met functie: *'Kijk als je dokter bent, dan is jouw focus vaak heel erg op dat medisch stuk gericht. [...] Zolang er maar genoeg andere collega's zijn,*

*waaronder ook bijvoorbeeld SPV'ers of verpleegkundigen, die wel die blik daar wat meer op hebben' (R3, klinisch psycholoog, p. 28).*

Anderen schreven de verschillen in visie eerder toe aan de instelling (3): *Ik denk meer dat dat met de instellingscultuur te maken heeft. Herstelgericht werken is nog niet bij elke ggz-instelling leidend.' (R5, klinisch psycholoog, p. 50).* Zo kwam in meerdere interviews naar boven dat klinieken achterlopen op verandering en vaak andere uitgangspunten hebben dan bijvoorbeeld poliklinieken. Zo deelde één respondent het verhaal over een interactie binnen een kliniek (1): '*En nu vind ik het heel apart, dat de arts, die die cliënt spreekt, via mij vertelt wat de uitslag is. Niet via de client. Dat past ook wel een beetje bij de ziekenhuis-cultuur, maar niet meer bij deze tijd. Kijk in een polikliniek maak ik dat niet mee. Dat vond ik heel apart om te horen. [...] Poliklinisch is dat wel aan het verschuiven.' (R3, SPV, p.19).*

Een gelijke visie op hoe herstel eruit hoort te zien is van belang. Echter, een herstelgerichte visie garandeert niet altijd aansluitende acties (2): '*Zij vond zichzelf heel herstelgericht maar ik zag het in haar acties niet. Ik zag in haar acties vooral dat ze heel top-down aan het doen was. Dus dat was ook heel ingewikkeld om met haar te bespreken. Ja ze was gewoon een hele dokterige dokter. En dat kun je zo hebben, dat geeft niet. Maar ja dat werkte niet zo goed. [...] ja ik ben heel erg van de relatie. En ik denk heel erg dat top-down relaties niet werken.'. (R10, psychiater, p. 104-p. 105).*

## Werk als herstel en het IPS-principe

De meesten waren het erover eens dat werk niet altijd kon helpen bij herstel, dat het in bepaalde gevallen meer schade met zich meebrengt dan dat het goed doet (6). Bijvoorbeeld, wanneer iemand op een ongeschikte werkplek werkt door bijvoorbeeld onregelmatige diensten, triggers, stigma of conflict op de werkvloer (3). De respondenten vonden dat werk soms te stressvol of te hoog gegrepen kan zijn voor de cliënt (3), en dat bij bepaalde ernst van klachten niet gewerkt kan worden*: 'Ik vind niet dat het altijd kan helpen, nieuw werk kan heel stressvol zijn, dus wanneer iemand actief psychotisch is lijkt het me voor zowel de cliënt als de werkgever niet prettig.' (R1, klinisch psycholoog, p. 5).* Anderen vonden wel dat werk altijd kon helpen bij herstel, maar alleen als het gaat om passend werk. Zo is vrijwilligerswerk bijvoorbeeld laagdrempeliger (3): '*Ja, ik kijk daar eigenlijk wel heel positief tegen aan. Kijk er zijn ook veel werkplekken wat niet goed werkt, of dat iemand enorm getriggerd wordt. Dan moet je ook concluderen van ja, dit is gewoon niet de plek. Maar ik denk over het algemeen dat voor iedereen wel werk goed zou zijn. (R8, SPV, p. 78).*

Beide kanten in dit gesprek sluiten elkaar niet uit en de werkelijkheid is genuanceerder dan óf voor óf tegen: er zijn altijd uitzonderingen op de regel en hier is maatwerk voor de cliënt, maar ook een doorpakkende (niet-afwachtende) houding van de behandelaar belangrijk: '*Mensen kunnen best opstarten en rustig opbouwen, maar dat moet maar kort duren, zoiets. Niet weken.' (R8, ggz-agoog, p. 81).*

In welke mate dient iemand hersteld te zijn van klachten, voordat iemand begint met werk? Op deze vraag was veel consensus te vinden, bijna iedereen was van mening dat enige stabiliteit en klachtreductie moest heersen bij de cliënt voordat iemand aan het werk ging. Ernst van klachten speelt een grote rol (4): *'Kijk, als jij een psychose hebt en je bent nog hartstikke psychotisch*

*dan zou ik er nog niet aan beginnen, want dan is het alleen maar overprikkelend en dan duw je iemand verder de stoornis in. Ik denk dat je wel wat symptoomverlichting moet hebben al.' (R7, psychiater, p. 69).*

Anderen noemden dat maatwerk een belangrijke rol speelt (2):*'[...] Waarmee ik zeker niet mee wil zeggen dat mensen met psychotische kenmerken niet zouden kunnen werken, natuurlijk niet. Ik denk dat het heel erg maatwerk is. Wij zijn niet snel geneigd om te zeggen tegen iemand van 'ja dat kan niet'.' (R3, klinisch psycholoog, p. 32).* Naast maatwerk was geleidelijk opbouwen ook een cruciaal element (1): '*Je kan niet zomaar van 0 naar 100. Dat moet je gewoon een beetje geleidelijk doen. Ja dat vind ik heel herkenbaar en menselijk. Geen hond kan dat.' (R10, psychiater, p. 108).*

Weer kwam naar voren dat cliënten hun eigen vermogen onderschatten (1): *'[...] daar moeten we voor uitkijken dat je daar [zelfstigma] niet te veel in mee gaat. Dus ik denk eerlijk gezegd dat je het al sneller kan dan misschien gebeurt.' (R7, psychiater, p. 69).*

Tot slot kwam naar voren dat IPS'ers helpen bij het uitdagen van voorzichtigheid bij behandelaren (1): *'Ik betrap mezelf er wel op dat ik soms denk van 'nou, nee doe maar niet nu.' En dan herinneren de IPS'ers me weer 'nee, IPS kan altijd!' en dan denk ik van 'oh ja, dat is ook zo!' En dat heb ik ook gezien, dat mensen waarvan je denkt van 'nou, doe maar niet' en dat die inderdaad, tóch gingen werken. En dat dat dan ook goed voor ze was.' (R10, psychiater, p. 99).*

De meeste deelnemers beaamden het belang van het hebben van werk. Zo werd genoemd dat het hebben van werk bijdraagt aan sociale contacten, zingeving, daginvulling, kans op terugval verlaagt en dat het niet hebben van werk klachten in stand houdt (4). Ook werd genoemd dat het de effectiviteit van behandeling bevordert (2)*: 'Een verbetering in behandelproces door met dingen bezig te zijn. Je krijgt meer last van jezelf of je komt meer je mankementen tegen als je aan de gang gaat in het leven' (R2, SPV, p. 10).* Niet in ieder interview kwam het belang van werk naar boven, wat niet impliceert dat deze personen het niet onderstrepen.

### Succesverhalen

Er zijn tientallen succesverhalen gedeeld door de respondenten. Succesverhalen kunnen bevestigend werken en inspireert zorgverleners om werk vaker als middel voor herstel in te zetten (4). Sommigen waren zelfs positief verrast door de succesverhalen die ze hebben gezien (2): *'Ja, nou dat heb ik haar wel echt teruggegeven. Ik heb daar wel echt klein in gedacht, te beschermend.' (R8, ggz-agoog, p. 80).*

## Thema 3: Succesfactoren en knelpunten

Binnen dit thema kwam aan bod wat er goed ging, waar ruimte voor verbetering zat en waar de behoeftes van behandelaren zaten. Zo werd gevraagd of overtuigingen van cliënten herstel in de weg kunnen staan, hoe de respondenten samenwerking ervaren tussen verschillende partijen en wat er vanuit het management gedaan kan worden om het onderwerp van werk meer aan het licht te brengen.

### Externe drijfveren van verandering

Welke factoren brengen verandering teweeg, of stagneren deze juist? Als het gaat om verschuivingen binnen de psychiatrie, lijkt het volgens de participanten een combinatie van factoren. Zoals eerder genoemd, hebben

externe factoren bijvoorbeeld plotse veranderingen zoals corona, financiële omstandigheden en personeelskrapte waardoor er niet altijd tijd en ruimte is voor herstelgerichte zorg (3).

De successen waren grotendeels toe te schrijven aan de groei van onderzoek binnen de ggz, wat een algemene kennisverhoging met zich meebracht (3)*: 'Ik denk dat ook wel als hulpverleners dat we dat toch iets meer tussen de oren krijgen. Dat je mensen niet zomaar thuis moet zetten, dat dat niet helpend is.' (R4, psychiater, p. 38).* Krapte op de arbeidsmarkt bracht ook juist kansen met zich mee: '*Met toenemende krapte op de arbeidsmarkt, ja, dan zou je denken dat heeft misschien een beetje een negatieve klank, van oh, het is omdat er meer vraag is, maar nee ik zie dat niet zo. Daar zijn kansen gecreëerd.' (R9, SPV, p. 89).*

Hand in hand met de groei van kennis, bekendheid en educatie werd als bevorderende factor benoemd dat het groeiende belang van jobcoaches zorgt voor verdere, positieve ontwikkelingen, zoals een verbetering in samenwerking met externe partijen zoals UWV (2): '*Ja en ook met de komst van onze jobcoach, die gewoon heel goed hun baan hier op de kaart hebben gezet, daardoor is er veel meer samenwerking met het UWV, de lijnen zijn gewoon veel korter, we spreken beter dezelfde taal, we weten elkaar gewoon veel beter te vinden. Ik vind het echt een aanwinst dat de jobcoach- of de IPS'er die in ons team zit.' (R9, SPV, p. 89).* Zo uitte meerdere respondenten hun tevredenheid over de komst van trajectbegeleiders (3): *'Ik vind dat de IPS-er hier, de jobcoach? Die heeft echt het belangrijkste werk hier van ons allemaal, hier in ons team' (R10, psychiater, p. 95).*

### Onjuiste overtuigingen vanuit de cliënt

Ook kwam naar voren dat cliënten vaak (onjuiste) overtuigingen over hun eigen vermogen hebben, die hen belemmeren bij re-integratie. Een gebrek aan zelfvertrouwen en bijgaande faalangst werd veel genoemd: cliënten geloven vaak dat ze niet met hun klachten kunnen werken, terwijl dit niet altijd waar is (7): *'Dat mensen denken dat ze dat niet kunnen. Ja, dat zelfstigma is waanzinnig. Maar maatwerk is belangrijk, daar kom je eigenlijk wel altijd uit.' (R10, psychiater, p 100).* Daarnaast speelt gemak een rol en raken mensen gewend aan thuiszitten (5): '*Of ze zijn het perspectief op werk verloren. Als je al 10 jaar in de WIA zit, dan staat werk ook ver van je af.' (R3, klinisch psycholoog).* Een andere prominente belemmering die naar voren kwam was de angst voor het verliezen van de uitkering (4): *'Mensen zijn toch wel terughoudend om het echt aan te gaan. Mensen zijn soms ook bang voor hun uitkering he' (R4, psychiater, p. 41).* Tot slot werd verteld dat cliënten zelf niet altijd het belang van werk inzien, en zelf vaak klachtgericht zijn tijdens de behandeling (2): '*Veel mensen zijn nog niet bezig met werk omdat ze last van hun klachten hebben, zeker in het begin van de behandeling. Ze komen daarvoor om zich beter te voelen. 'Wat zitten we hier over werk te praten, dat doe ik niet.' (R2, SPV, p. 14).* Overige belemmeringen aan de kant van de cliënt die werden genoemd waren ziektewinst, schaamte, stigma vanuit werkgevers en het hebben van een gat op je CV.

Succesfactoren op het gebied van zelfstigma was de inzet van positieve gezondheids-trainingen en gerelateerde interventies (3), maar ook het heroverwegen van stigmatiserend taalgebruik of labels (1): '*Want heel veel zit ook in woorden. Je kan mensen echt helpen om na te denken over wat voor woorden*

*gebruik ik met mijn toestand. Dus daar zijn wij heel veel mee bezig ook. Dus als de cliënt het niet wil dat het schizofrenie heet, nou dan noemen we het toch een spirituele crisis? Taal kan heel passief makend zijn. [... [Van 'ik heb psychose gehad, ik kan geen stress meer hebben, dus dan zeker niet werken.'' (R10, psychiater, p. 101).*

Anderen waren minder actief in het tegengaan van (zelf)stigma (1): '*Ja, ik denk dat ik dat weinig doe. Dat is misschien ook niet helemaal mijn taak. Ik zit meer aan de diagnostiek en medicatie kant, minder aan de bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie.' (R4, psychiater, p. 42)*'.

## Samenwerking

Niet iedereen heeft zijn of haar ervaringen over de samenwerking tussen trajectbegeleiders gedeeld. 3 van de 5 respondenten vonden dat het contact tussen zorgverleners en trajectbegeleiders niet optimaal was, en dat dit effect sterker was binnen meer medische setting, bijvoorbeeld in klinieken (3): '*Maar de kloof tussen de mensen die therapie geven en die mensen die helpen met werk te vinden, is nog best groot. Dus je merkt dan ook wel, dat is wederzijds.' (R5, klinisch psycholoog, p. 45).*

2 van de 5 respondenten gaven wel aan tevreden te zijn met de samenwerking en contact tussen behandelaren en trajectbegeleiders. Dit kwam doordat het directe collega's van elkaar waren, wat betekende dat ze elkaar regelmatig zagen en spraken (2): *'We zien elkaar elke dag bij de FACT-board besprekingen. [...] Verder komen de verpleegkundigen ook de hele dag binnenlopen bij mij, om te overleggen.' (R10, psychiater, p. 96).*

Contact en samenwerking met het UWV werd omschreven als statisch en niet vanzelfsprekend en verschillen in uitgangspunten tussen UWV-artsen en zorgverleners in instellingen worden waargenomen (2)*: '[...] onheuse vragen van 'is je patiënt betrokken', dan denk ik van – zo'n traumabehandeling is hartstikke onprettig. Dat wanneer iemand één keer niet komt, en dan moet ik gaan zeggen 'hij is een keer niet gekomen', en dan is die voor de UWV ineens ongemotiveerd. Ja nee, dat soort dingen—ik zou gewoon holistische vragen verwachten. Dit is niet altijd ten voordele van de patiënt.' (R6, psychiater, p. 56).*

Aansluitend heerste een sterke behoefte aan een verbetering van samenwerking en communicatie tussen trajectbegeleiders (binnen en buiten het UWV) en zorgverleners, omdat de afwezigheid van communicatie voor kennisverlies zorgt en uiteindelijk de ontwikkeling van herstelgerichte zorg vertraagt (4): *'Meer afstemming onderling, dat je elkaar beter weet te vinden en kennis kunnen uitwisselen. Het is een grote organisatie, en er wordt heel veel langs elkaar heen gedaan. Dat we van elkaar nauwelijks weten wat er gebeurt. [...] Dat je hoort dat op een bepaalde plek bezig zijn met werk, en dan benaderen ze ons helemaal niet. Waarschijnlijk omdat ze niet eens weten of wij dat doen' (R3, klinisch psycholoog, p. 14).* Niet alleen vlotte samenwerking binnen organisaties is nodig, maar ook tussen organisaties (2): '*Ik denk dat dat moet meer samenwerken, en dat moet ook weer potjes gaan delen misschien, of andere initiatieven. Door allerlei financiële dingen en protocollen zijn instanties uit elkaar gedreven. Het zou fijn zijn als we samen iets kunnen opzetten, ook al hebben wij niet direct de baten van, maar de maatschappij wel. Ik denk dat dat een stukje is wat vergeten wordt als je alleen een UWV iets laat oplossen, of alleen de GGZ'. (R6, psychiater, p. 61).*

### Behoeften vanuit de zorgverlener

Naast de sterke behoefte voor betere samenwerking binnen én buiten organisaties, was er consensus dat herstelgerichte zorg en het onderwerp van werk meer op het netvlies mag komen van organisaties (4).

3 Respondenten gaven aan dat ze graag wilden dat hun organisatie meer aandacht zou schenken aan het onderwerp van werk. Dit kan bijvoorbeeld door het inzetten van meer trajectbegeleiders, onder andere omdat door integratie van trajectbegeleiding in de behandeling ook samenwerking tussen deze partijen versoepelt: '*IPS'ers in het team hebben echt een enorme meerwaarde. Wanneer die zijn aangesloten bij de GGZ, is dat voor onze cliënten echt ideaal. Onze IPS'ers zitten er echt hand in hand naast. Samenwerking verbetert als het heel geïntegreerd is in de behandeling.' (R5, psychiater, p. 45).* Een ander contrasteerde deze behoefte met de vraag of de ggz wel verantwoordelijk was om werk op te pakken: *'Is dit iets waar wij als ggz als kostenpost gaan oppakken? Want dan betalen wij als ggz eigenlijk iemands arbeids-re-integratie. En dan kom je het conflict tegen, dat wij niet de baten daarvan bij oppakken.' (R6, psychiater, p. 55).*

## Discussie

Het doel van dit exploratieve onderzoek was om polshoogte te krijgen van hoe behandelaren in de ggz werk als herstel zien en welke concrete acties ze daarbij ondernemen. Hoewel het onderzoek een beperkte scope heeft, kunnen we door de bevindingen naast bestaande literatuur te zetten toch waardevolle uitspraken doen over hoe behandelaren over herstel denken en hoe dit zich verhoudt tot acties in de praktijk. In het volgende stuk worden de deelvragen beantwoord en andere zaken besproken als de praktische en theoretische implicaties, beperkingen en aanbevelingen.

### *Deelvraag 1: Welke concrete stappen nemen behandelaren voor werk als middel voor herstel, en vinden ze dat voldoende?*

Acties die op het gebied van werk ondernomen (kunnen) worden vanuit een behandelaar is bijvoorbeeld het uitvragen van de status van werk en behoefte van de cliënt of cliënten doorverwijzen naar trajecten. Hoe actief de behandelaar is op het gebied van re-integratie en werk, is afhankelijk van persoonlijke verschillen tussen behandelaren.

In vele gevallen waarin werk een standaard onderdeel van de procedure is, is dit omdat de organisatie dit faciliteert óf omdat de behandelaar een bijzondere affiniteit heeft voor het onderwerp. Aansluitend is re-integratie en werk ook beter organisatorisch ingebed binnen FACT-team dan buiten FACT om, onder andere omdat binnen FACT-teams trajectbegeleiders vaste onderdelen van het team uitmaken. Wanneer werk geen vanzelfsprekend onderwerp was, lag dit niet per se aan een ontbrekend belang voor werk, maar meer aan een prioritering aan klachtreductie boven re-integratie. Ook was dit vaak verbonden met andere beperkingen zoals tijd, geld, aandacht vanuit de organisatie, eigen regie van de cliënt en taken en rollen die de behandelaar zichzelf aanwees. Buiten FACT om, vaak in poliklinieken en planbare zorg, werd de toeleiding naar werk geheel overgelaten aan externen, zoals het UWV.

Daaruit kunnen we de hypothese genereren; '*Wanneer de organisatie stelselmatig re-integratie naar werk faciliteert en promoot, is de zorgverlener*

*meer geneigd het onderwerp stelselmatig terug te brengen in de behandeling'.*

*Deelvraag 2: Hoe denken behandelaren over werk als middel voor herstel?*

Behandelaren beschrijven herstel als het herpakken van maatschappelijke rollen, zodat iemand weer in zijn of haar passende context terechtkomt. Herstel bestaat uit meerdere elementen, zo bestaat persoonlijk functioneren, klachtreductie, maatschappelijk functioneren, en zingeving. De deelnemers waren verdeeld in welk element prioriteit had voor hen. Waar het merendeel beargumenteerde dat klachtreductie gelijk opging met maatschappelijk herstel, of zelfs in teken zou moeten staan van, beargumenteerden anderen dat klachtherstel prioriteit heeft voordat iemand begint aan zingeving of re-integratie in werk. Dit ondanks het feit dat nagenoeg iedereen het belang van werk onderstreepte.

Een deel van de respondenten heeft hun herstelvisie over de tijd aangescherpt op een positieve manier, een aantal vond het bijvoorbeeld voorheen normaal wanneer mensen met klachten thuis bleven, en raadde dit soms zelfs aan. Deze deelnemers geven aan sindsdien minder voorzichtig of terughoudend te zijn geworden. Deze aanscherping van visie gaat gelijk op met de komst van de herstelbeweging. Zo wordt een groeiend belang voor omgevingsfactoren en het idee dat re-integratie en behandeling samen kunnen, waargenomen. Onder andere door kennisgroei en de invloed van *voorvechters*. Deze verschuiving wordt sterker waargenomen in poliklinieken of ambulante zorg vergeleken met ziekenhuisinstellingen en klinieken. Toch is de mate waarin de herstelgedachte wordt geïmplementeerd in instellingen heel kwetsbaar. Factoren zoals tijd, geld, de komst van andere onderwerpen die aandacht vergen of het vertrekken van voorvechters kunnen de aandacht naar werk weer verkleinen.

Ondanks de komst van de herstelbeweging ziet een deel van de respondenten het medisch denken nog steeds terug in hun instellingen, namelijk dat er nog een te hoge focus op klachtreductie hangt en dat er te weinig aandacht naar maatschappelijke factoren gaat. Onderdeel van medisch denken zijn assumpties dat werken en klachten niet samen kunnen of dat het terugkeren naar werk klachtherstel vertraagd. Respondenten verschillen in de mate waarin ze zich lieten leiden door dit soort assumpties en hoeveel risico ze namen op het gebied van werk.

Concluderend is dit een lastig dilemma waar behandelaren mee geconfronteerd worden. Werk helpt namelijk niet altijd bij herstel, enige stabiliteit van de cliënt is nodig voordat iemand begint aan werk en soms kan het meer schade opleveren dan goed. Tegelijkertijd is het belangrijk niet de lat te laag te leggen en de cliënt uit te dagen. Zo blijkt het belangrijk om vraaggericht te werken en de benadering af te stemmen op de cliënt.

Vanuit deze bevindingen wordt de hypothese gegenereerd:
*'Herstelgerichtheid vanuit de behandelaar hangt positief samen met aandacht en interventie voor externe factoren zoals werk. Echter, enkel de positieve attitude tegenover werk als herstel garandeert niet altijd structurele borging'*

*Deelvraag 3: Welke knelpunten en welke succesfactoren zien behandelaren op het gebied van het bespreken van werk en re-integratie?*

Succesfactoren op het gebied van duurzame inzetbaarheid is onder andere het uitbreiden van onderzoek en verspreiding van kennis over werk als herstel, vooral om bekendheid te genereren onder zorgverleners. Het bestaan van korte lijnen met interne trajectbegeleiders binnen organisaties fungeert ook als succesfactor, omdat het uiteindelijk samenwerking verbetert én kennisdeling zou kunnen verhogen. Een volgende succesfactor is het hebben van *voorvechters*; dit blijkt een cruciale factor om het onderwerp onder de aandacht te houden. Wanneer de voorvechters wegvallen, bestaat het risico dat het onderwerp ook wegvalt. Ook het delen van succesverhalen wordt ervaren als een succesfactor onder behandelaren. Succesverhalen creëren vooruitzicht en kunnen onjuiste overtuigingen van zowel de zorgverlener als de cliënt doorbreken. Tot slot werd stigmabestrijding en de heroverweging van DSM-taal gezien als succesvolle stappen richting herstelgericht werken.

De hoeveelheid aandacht die binnen een organisatie gaat naar het onderwerp van werk is zeer veranderlijk en afhankelijk van meerdere factoren. Zo vormen kosten een groot knelpunt en heerst de vraag door wie het stuk van werk (financieel) opgepakt moet worden, vooral vanuit kleinere instellingen. Voor herstelgerichte zorg is niet altijd tijd of personeel, zorgverleners en trajectbegeleiders kunnen elkaar niet altijd even goed vinden binnen grote organisaties en in kleine organisaties is vaak geen financiële ruimte om interne trajectbegeleiders aan te stellen. Daarnaast houden cliënten er zelf vaak ook onjuiste overtuigingen op na; niet iedereen wil bijvoorbeeld werken door een onwetend/ontbrekend belang van werk, het bestaan van zelfstigma, uitkeringscomplicaties of faalangst.

Vanuit een aantal kwam de behoefte naar voren voor meer aandacht vanuit het management van instellingen naar werk als herstel, bijvoorbeeld door meer en betere toegang tot trajectbegeleiders. Voor een aantal heerste ook de behoefte om samenwerking te verbeteren, zowel intern met sociaal hulpverleners binnen de instelling als extern, bijvoorbeeld met het UWV.

## Praktische en theoretische implicaties

In dit stuk worden de hoofdbevindingen besproken en worden deze vergeleken met bestaande literatuur en theorieën. Tegelijkertijd wordt besproken welke praktische implicaties de resultaten hebben, bijvoorbeeld suggesties over hoe herstelgerichte zorg eruitziet. De belangrijkste bevindingen betreffen een dynamische blik op gezondheid, gelijkwaardigheid, maatwerk en facilitatie en de-stigmatisering vanuit zorgverleners.

### 1. Dynamische blik op gezondheid

Uit de beschrijvingen van herstel die de behandelaren hebben gegeven kan geconcludeerd worden dat een dynamische blik op herstel en gezondheid van belang is om herstelgericht te kunnen handelen. Een dynamische blik houdt in dat iemand vanuit meerdere hoeken kijkt naar herstel, niet slechts één. Traditionele beschrijvingen van gezondheid (en dus herstel) zijn eenzijdig en gedateerd; uit meervoudig onderzoek blijkt dat variabelen als weerstand, optimisme en sociale betrokkenheid betere voorspellers zijn voor gezondheid dan slechts de afwezigheid van ziekte.[35] Deze bevinding bevestigt op empirische basis de bevindingen uit het huidige onderzoek,

namelijk dat gezond herstel verder gaat dan de afwezigheid van ziekte of symptomen, en dat de aanwezigheid van een diagnose iemand niet zou hoeven beperken van gezondheid. Ondanks het feit dat er steeds meer bewijs komt voor deze dynamische blik op gezondheid, blijft de psychiatrie gefocust op mentale ziektes en krijgen de positieve, psychosociale factoren nog niet genoeg aandacht in het werkveld, het onderzoek en scholing.[35] In de onderstaande figuur zijn de verschillen tussen traditionele psychiatrie en positieve psychiatrie gegeven voor een overzicht, afkomstig uit het onderzoek van Jeste e.a. (2015).

| Variable | Traditional Psychiatry | Positive Psychiatry |
|---|---|---|
| Targeted patients | Those with mental illnesses | Those suffering from or at high risk of developing mental or physical illness |
| Assessment focus | Psychopathology | Positive attributes and strengths |
| Research focus | Risk factors<br>Psycho/neuropathology | Protective factors<br>Psycho/neuroplasticity |
| Treatment goal | Symptom relief and relapse prevention | Recovery, increased well-being, successful aging, posttraumatic growth |
| Main treatments | Medications and, generally, short-term psychotherapies for symptom relief and relapse prevention | Psychosocial/behavioral (an increasingly, biological) interventions to enhance positive attributes |
| Prevention | Largely ignored | Important focus across the lifespan |

*Figuur 1. Traditionele Psychiatrie in vergelijking met Positieve Psychiatrie.* [35]

## 2. Discrepantie overtuigingen en actie

Het volgende dat dit onderzoek aan het licht brengt is dat het hebben van een belang en het bespreken van werk niet altijd concrete vervolgstappen garanderen. Zo onderschreven bijna alle deelnemers het belang van werk, maar voor niet iedereen was het vanzelfsprekend om zich er dan ook voor in te zetten. Deze bevinding kan verklaard worden vanuit de attitude-gedragstheorieën: binnen het sociaalpsychologisch onderzoek domein hangt weloverwogen consensus dat attitudes zeer slechte voorspellers zijn voor daadwerkelijk gedrag. [e.g., 35, 36, 37] Dit verklaart waarom nagenoeg iedereen in de studie het belang van werk wel onderstreepte wanneer hiernaar werd gevraagd, maar niet iedereen in de dezelfde mate concrete acties nam op het gebied. Bijvoorbeeld het doorverwijzen van cliënten naar trajectbegeleiding, actief het onderwerp verkondigen binnen de organisatie of het onderwerp stelselmatig inbedden in de behandeling. Mogelijk impliceert dit dat een écht dynamische blik op gezondheid dan ook zou betekenen dat iemands acties ook in teken staan hiervan.

## 3. Gelijkwaardigheid tussen cliënt en zorgverlener

Vervolgens bleek uit het onderzoek dat gelijkwaardigheid tussen zorgverlener en cliënt essentieel is voor herstelgericht denken en handelen. Om dit te demonstreren is het concept '*de wounded healer*' een goed voorbeeld, waarbij de zorgverlener zichzelf gelijkwaardig opstelt met de cliënt door iemand te helpen vanuit zijn of haar eigen gebrokenheid en vooral zijn of haar eigen weg naar herstel.[39] Zo blijkt uit ander onderzoek dat het ontkennen van eigen kwetsbaarheid en problemen vanuit de zorgverlener negatief overgedragen worden op de cliënt, wat het zelfstandig herstelvermogen van de cliënt belemmert en afhankelijkheid van de zorgverlener schept.[40] Het is dus van belang dat de behandelaar zelfstandig herstel aanmoedigt en faciliteert op gelijk niveau van de cliënt, los van hiërarchie.

## 4. Maatwerk en facilitatie

Lastige debatten zijn naar voren gekomen in dit onderzoek, waaronder de vraag over wanneer iemand met

psychische kwetsbaarheid weer klaar is om terug naar werk te gaan. Uit dit onderzoek bleek dat voor stabilisatie ruimte gecreëerd moet worden, maar dit moet wel nauwkeurig afgestemd worden op de situatie van de cliënt en dien je als zorgverlener niet al te erg mee te gaan in zelf-stigmatiserende overtuigingen vanuit de cliënt. Zo is er ook ondervonden dat zorgverleners soms te voorzichtig handelen en zo uit goede zorg de lat laag leggen. Zorgverleners die meer risico namen op dit gebied waren ook vaak positief verrast over het kunnen van de cliënt en scherpten hun visie hierop aan. Een antwoord op dit debat is dan ook maatwerk, openheid en facilitatie; volgens humanist en klinisch psycholoog Carl Rogers zit in iedereen intrinsieke motivatie en potentieel om te groeien, zolang ze zich in de goede sociale omgeving bevinden, waar de therapeut verantwoordelijk voor is om dit te faciliteren.[27] Door als behandelaar vraaggericht te werk te gaan kan er meer afgestemd worden op de specifieke situatie van de cliënt; dit is belangrijk omdat er discrepantie heerst tussen visies van de cliënt en zorgverlener; zo zien cliënten betaald werk vaker als doel dan de zorgverlener. [31]

### 5. Iatrogeen stigma en medisch denken

Ook kwam naar voren dat klachtgerichtheid en een medische blik op psychiatrische aandoeningen nog steeds terug te zien was, en interessant genoeg;dit werd ook vaker gezien in klinieken en ziekenhuisinstellingen dan in bijvoorbeeld poliklinieken. Vergelijkbaar vond ander onderzoek dat onder zorgverleners binnen de ggz stigmatiserende opvattingen over psychisch kwetsbare mensen ook voorkomen, in vergelijkbare mate met het stigma onder de algemene populatie. Dit effect was hoger in gesloten instellingen, zoals forensische cliënten en verslavingszorg.[41] Ander onderzoek suggereert daarbij dat dit '*iatrogeen stigma'* sterker heerst onder psychiaters, wat suggereert dat er toch een verband lijkt te zijn tussen iatrogeen stigma met medisch perspectief.[41, 43.] Nu is stigma vanuit zorgverleners niet te verwarren met medisch denken, maar de constructen lijken dus wel verwant te zijn. Zo zijn bijvoorbeeld diagnostische labels een objectieve, medische manier om mensen te categoriseren, en tot een zekere hoogte heel functioneel, maar blijkt uit onderzoek dat onzorgvuldig gebruik van labels vanuit zorgverleners sterk bijdraagt aan de stigmatisering van psychiatrische aandoeningen, wat uiteindelijk herstel belemmert.[43, 44] Echter, het verwerpen van diagnostische labels zal stigma niet elimineren.[43]

## Beperkingen

Bij de bevindingen moeten een aantal kanttekeningen gezet worden. Zo waren er beperkingen die de validiteit van het onderzoek hebben aangetast.

Dankzij de semigestructureerde opzet van de interviews was er ruimte over voor nieuwe onderwerpen en kon er doorgevraagd worden bij nieuwe inzichten. Tegelijkertijd leverde dit ook een beperking op, omdat zo niet in ieder interview dezelfde onderwerpen naar boven kwamen. Zo heeft in sommige gevallen minder dan de helft van de deelnemers een uitspraak gedaan over een bepaald onderwerp, wat implicaties hieruit afleiden ingewikkelder maakt. Ook heeft het geleid voor afdwaling van het onderwerp, waardoor geen concreet antwoord kwam op de initiële vraag. Vooralsnog zijn deze onderwerpen wel meegenomen in de analyse, maar houden

deze uitspraken minder kracht omdat het niet duidelijk is hoe de rest hierover dacht. Voor volgend onderzoek zou een sturende houding vanuit de interviewer aangeraden zijn.

Een volgende methodische beperking die in acht genomen dient te worden is dat de steekproef niet generaliseerbaar is vanwege de aard van de steekproefselectie. Zo zijn participanten benaderd vanuit een bestaand contactformulier van Hoofdzaak } Werk, waar vervolgens geïnteresseerden zich hebben aangemeld. Hoogstwaarschijnlijk heeft dit geleid tot een selectie van mensen met een al bestaande betrokkenheid en interesse in het onderwerp. Deze beperking is terug te zien in de resultaten, zo is een proactieve houding en voorliefde voor het onderwerp van werk als herstel terug te zien in een meerderheid van de participanten. Daarbij komend dat de steekproef relatief klein was, kunnen de uitkomsten van dit onderzoek niet gegeneraliseerd worden buiten de geïnterviewden.

## Suggesties voor vervolgonderzoek

Het onderzoek heeft belangrijke inzichten opgeleverd. Voor volgend onderzoek zou een kwantitatieve benadering aangeraden zijn, om zo de gegenereerde hypotheses te kunnen toetsen op generaliseerbaarheid. In mijn bewustzijn bestaan er op het moment geen instrumenten voor medisch denken of (maatschappelijke) herstelgerichtheid. Om die reden zou kwantitatief onderzoek naar gerelateerde constructen zeer interessant zijn, eventueel in combinatie met kwalitatief onderzoek. Een suggestie zou zijn om bijvoorbeeld stigma te meten onder zorgverleners of andere doelgroepen met maten zoals de *The Attitude to Mental Illness Questionnaire*, en om dit te vergelijken met andere variabelen die in dit onderzoek naar boven zijn gekomen zoals functie, instellingscultuur, leeftijd, therapeutische relatie.

Deze inzichten vanuit de praktijk zouden naast theoretische inzichten vervolgens vertaald kunnen worden naar organisatiebeleid, behandelrichtlijnen en de opleiding voor professionals in de ggz. Ook de overheid, verzekeraars en andere subsidiënten zoals Gemeenten zouden hier actiever bij hun beleid en inkoop afspraken op kunnen sturen. Volwaardig burgerschap gaat immers over herstel, naar vermogen en kunnen, waarbij verrichten van passende arbeid tot een van de elementaire velden van zin- en betekenisgeving van het leven behoort.

## Aanbevelingen

Naar aanleiding van de conclusies en de behoeften van de deelnemers zijn er aanbevelingen voor de Nederlandse ggz geformuleerd:

1. Behandelaren faciliteren door kennis te verspreiden over re-integratie methodieken, wet- en regelgeving hieromheen en onjuiste overtuigingen over werk als herstel uit te dagen (eventueel door middel van succesverhalen!)
2. Kleine en specialistische ggz instellingen extra hulp bieden bij het vinden van de juiste informatie en contactpersonen (bijvoorbeeld Phrenos) voor het aanstellen van trajectbegeleiders of bijvoorbeeld met oplossingen zoeken hoe kleine instellingen samen gebruik kunnen maken van re-integratiemethodieken.
3. Daarnaast wordt geadviseerd om als belangenbehartiger het gesprek aan te gaan met opleidingsinstituten om een

dynamische blik op gezondheid vaker op te nemen in opleidingen.
4. Voor behandelaren en andere zorgverleners in het veld wordt geadviseerd om netwerkgericht te werk te gaan en meer in contact te staan met het sociale domein.

### Conclusie

Het onderzoek heeft nieuwe inzichten opgeleverd over onderwerpen zoals de herstelbeweging, succesfactoren, knelpunten en lastige dilemma's die behandelaren bezighouden op het gebied van re-integratie. Zo kunnen we concluderen dat er in het afgelopen decennium een zekere verandering in de psychiatrie is waargenomen op het gebied van herstelvisie, zo winnen (IPS) trajectbegeleiders steeds meer belang en worden omgevingsfactoren meegenomen in de interventie van psychische kwetsbaarheden. Tegelijkertijd zijn de invloeden van het medisch-psychiatrisch model die re-integratie van werk in de weg zitten nog steeds terug te zien; een medische blik geeft niet altijd een dynamische blik op gezondheid weer. Zo komt het voor dat behandelaren uit goede zorg de lat laag leggen voor de cliënt op het gebied van re-integratie en zo iemands vermogen ondermijnen. Ook gaat de integratie van werk in de behandeling vaak nog suboptimaal en is verbetering van samenwerking nog een grote behoefte onder zorgverleners. Verder lijkt medisch denken samen te hangen met aandacht en inzet voor externe factoren zoals werk, maar enkel het hebben van belang voor werk garandeert niet altijd structurele borging. Andere factoren oefenen ook invloed uit op de implementatie van werk als herstel; instellingscultuur, de aan- of afwezigheid van voorvechters, geld, tijd en personeelskrapte. Een cruciale opmerking bij de bevindingen van dit onderzoek is dat deze niet gegeneraliseerd kunnen worden dankzij de kleine, selecte steekproef en de kwalitatieve aard van het onderzoek. Vooralsnog leveren deze inzichten nieuwe gronden waar volgend onderzoek verder op kan bouwen, en brengen we meer van de overwegingen van behandelaren in beeld die nodig zijn in het kader van Hoofdzaak } Werk. Tot slot beargumenteert het huidige onderzoek niet voor een verwerping van het medisch-psychiatrisch model, maar moedigt eerder een kritische herevaluatie aan. Een medische benadering van psychische kwetsbaarheid is tot een zekere hoogte zeer functioneel, maar door enkel of voornamelijk vanuit deze hoek te kijken geeft een reductionistisch beeld van gezondheid.

## Referenties


1. Crowther, R. E., Marshall, M., Bond, G. R., & Huxley, P. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ, 322*(7280), 204-208. https://doi.org/10.1136/bmj.322.7280.204
2. Holwerda A., Fokkens A. S, Engbers C. & Brouwer S (2016) Collaboration between mental health and employment services to support employment of individuals with mental disorders*, Disability and Rehabilitation*, *38*(13), 1250-1256. https://doi-org/10.3109/09638288.2015.1076075
3. Hoedeman, R. (2012). OECD. Sick on the job? Myths and realities about mental health and work. Parijs: OECD Publishing, 2012. *TBV–Tijdschrift voor*

*Bedrijfs-en Verzekeringsgeneeskunde*, *20*, 234-235. https://doi.org/10.1007/s12498-012-0114-3

4. Van Der Noordt M, IJzelenberg H, Droomers M, Proper KI. Health effects of employment: A systematic review of prospective studies. Occup Environ Med. 2014;71(10):730–6. https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101891
5. Rüesch, P., Graf, J., Meyer, P. C., Rössler, W., & Hell, D. (2004). Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *39*, 686-694. https://doi.org/10.1007/s00127-004-0812-y
6. van Erp, N. H., Giesen, F. B., van Weeghel, J., Kroon, H., Michon, H. W., Becker, D., ... & Drake, R. E. (2007). A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands. *Psychiatric Services, 58*(11), 1421-1426. https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.11.1421
7. Janlert U., Hammarström A. (2009). Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health: *BMC Public Health.*
8. Schuring M., Burdorf, A., Voorham, A. J., Der Weduwe, K., & Mackenbach, J. P. (2009). Effectiveness of a health promotion programme for long-term unemployed subjects with health problems: a randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology & Community Health, 63*(11), 893-899. http://dx.doi.org/10.1136/jech.2008.080432
9. Brouwers, E. (2021). Psychische gezondheid en duurzame inzetbaarheid in arbeid: Je gaat het pas zien als je het door hebt. ISBN: 978-94-6167-444-9
10. Dewa CS, Loong D, Trojanowski L, Bonato S. (2018) The effectiveness of augmented versus standard individual placement and support programs in terms of employment: a systematic literature review. *Journal of Mental Health. 27*(2), 174-183. https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1322180.
11. Michon, H., van Busschbach, J. T., Stant, A. D., van Vugt, M. D., van Weeghel, J., & Kroon, H. (2014). Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in the Netherlands: A 30-month randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 37*(2), 129–136. https://doi.org/10.1037/prj0000061
12. Alles is gezondheid. (2020, November 12). Werk als Beste Zorg. Alles Is Gezondheid. Geraadpleegd 18 oktober, 2022, van https://www.allesisgezondheid.nl/nieuws/werk-als-beste-zorg/
13. Hoven, H., Ford, R., Willmot, A., Hagan, S., & Siegrist, J. (2016). Job coaching and success in gaining and sustaining employment among homeless people. *Research on social work practice, 26*(6), 668-674. https://doi.org/10.1177/1049731514562285
14. Reme, S. E., Grasdal, A. L., Løvvik, C., Lie, S. A., & Øverland, S. (2015). Work-focused cognitive–behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occupational and environmental medicine, 72*(10), 745-752. http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2014-102700
15. Vukadin, M., Schaafsma, F.G., Westerman, M.J. (2018). Experiences with the implementation of Individual Placement and Support for people with severe mental illness: a qualitative study

among stakeholders. *BMC Psychiatry 18,* 145. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1729-4

16. Michon H, Ketelaars D, van Weeghel J. (1998): Accessibility of government-run sheltered workshops to people with psychiatric histories. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 33,* 252–257. https://doi-org /10.1007/s001270050051
17. Sax M., Ruig L. de. (2016). Inventarisatie van de stand van zaken arbeidsgerelateerde zorg 2015: Panteia. https://panteia.nl/default/assets/File/de-nieuwe-arbowet-stand-van-zaken-van-de-implementatie-en-uitvoering.pdf
18. Peeters, P. (2021). Ggz-hoogleraar Floortje Scheepers: 'Als je mensen enkel medisch indeelt, lopen ze vast.' *Sociale Vraagstukken.* Geraadpleegd op november 20, van https://www.socialevraagstukken.nl/interview/ggz-hoogleraar-floortje-scheepers-als-je-mensen-enkel-medisch-indeelt-lopen-ze-vast/
19. Broos, Y. (2022) Hoofdzaak Werk vanuit ggz-perspectief; een kwalitatieve interviewstudie naar ervaringen van ggz-instellingen in Hoofdzaak Werk. *De nederlandse ggz.*
20. Aga, N., & Vanderplasschen, W. (2016). De Schone en het Beest: persoonlijk herstel binnen een forensische context. In *Sterktes van mensen: Sterktegerichte strategieën voor het ondersteunen van mensen met een psychiatrische problematiek die strafbare feiten pleegden* (pp. 149-168). http://hdl.handle.net/1854/LU-8123226
21. van Oenen, F. J., van Deursen, S., & Cornelis, J. (2014). A new, more comprehensive role model for the psychiatrist; the need to adapt and personalise psychiatric concepts and actions. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, *56*(11), 728-736.
22. Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *The British journal of psychiatry, 185*(4), 283-290. https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.283
23. Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal, 16*(4), 11. https://doi-org/10.1037/h0095655
24. Van der Kolk, B. A. (2009). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard review of psychiatry*, *1*(5), 253-265.
25. Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric services*, *62*(12), 1470-1476. https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011
26. Amering, M., & Schmolke, M. (2009). *Recovery in mental health: reshaping scientific and clinical responsibilities*. John Wiley & Sons. https://doi.org/10.1002/9780470743171
27. Institute for Positive Health. (2023). Positieve gezondheid: wat is het. IPH. Geraadpleegd op 19 januari, 2023, van https://www.iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/
28. Rogers, C. R., & Wood, J. K. (1974). Client-centered theory: Carl R. Rogers. In A. Burton (Ed.), *Operational theories of personality.* Brunner/Mazel.
29. Lagerveld, S. E. (2017). Mastery Matters: The impact of self-efficacy and work-focused therapy on return to work among employees with common mental disorders *(Doctoral dissertation, Utrecht*

*University)*. Geraadpleegd op 20 januari, van https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/350532

30. Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clinical Psychology Review, 67*, 78-93. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.004
31. Knaeps, J., Neyens, I., Donceel, P., van Weeghel, J., & Van Audenhove, C. (2015). Beliefs of vocational rehabilitation counselors about competitive employment for people with severe mental illness in Belgium. *Rehabilitation Counseling Bulletin,* 58(3), 176-188. https://doi.org/10.1177/0034355214531075
32. -
33. Spronken, M., Brouwers, E. P. M., Vermunt, J. K., Arends, I., Oerlemans, W. G. M., van der Klink, J. J. L., & Joosen, M. C. W. (2020). Return to work trajectories among employees with mental health problems: Insights from longitudinal sickness absence data and a multi-stakeholder expert meeting. https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/return-to-work-trajectories-among-employees-with-mental-health-pr
34. Kolenberg, A. (2009). Werk in behandeling. Onderzoek naar aandacht voor arbeidsparticipatiemogelijkheden van jongeren met een psychiatrische stoornis. Nieuwegein: Kenniscentrum. ISBN: 978-94-6281-008-2
35. Jeste, D. V., Palmer, B. W., Rettew, D. C., & Boardman, S. (2015). Positive psychiatry: its time has come. *The Journal of clinical psychiatry, 76*(6), 14729. https://doi.org/10.4088/JCP.14nr09599
36. Blumer Blumer, H. (1955). Attitudes and the social act. *Social problems*, *3*(2), 59-65. https://doi.org/10.2307/798705
37. Campbell, D. T. (1963). Social Attitudes and Other Acquired Behavioral Dispositions. In S. Koch, *Psychology: A study of a science. Study II. Empirical substructure and relations with other sciences. Vol. 6. Investigations of man as socius: Their place in psychology and the social sciences* (pp. 94–172). McGraw-Hill. https://doi-org./10.1037/10590-003
38. Festinger, L. (1962). Cognitive Dissonance. *Scientific American*, *207*(4), 93–106. http://www.jstor.org/stable/24936719
39. Zerubavel, N. & Wright, M. O. (2012). The Dilemma of the Wounded Healer. *Psychotherapy, 49*(4), 482-491. https://doi.org/10.1037/a0027824.
40. Gelso, C. J., & Hayes, J. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Routledge. https://doi-org./10.4324/9780203936979
41. Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A., & Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 16(*3), 279-284. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01369.x
42. Summerfield, D. (2001). Does psychiatry stigmatize?. *Journal of the Royal Society of Medicine, 94*(3), 148-149. https://doi.org/10.1177/014107680109400303
43. Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness: Begins with behaviour and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists. *BMJ*, *324*(7352), 1470-1471. https://doi.org/10.1136/bmj.324.7352.1470

44. Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric treatment, 6*(1), 65-72. https://doi.org/10.1192/apt.6.1.65
45. Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist, 60*, 410–421. https://doi-org.nl/10.1037/0003-066X.60.5.410
46. Interviewing as Qualitative Research; *A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences* (Third Edition), Irving Seidman
47. Williams, V., & Heslop, P. (2005). Mental health support needs of people with a learning difficulty: A medical or a social model?. *Disability & society*, *20*(3), 231-245. https://doi-org./10.1080/09687590500060554

# Bijlage A: interviewgids

**Voorstellen**

- Introduceer jezelf
- Vertel over project 'Hoofdzaak } Werk': en het doel om het aantal werkbegeleidingstrajecten op te schalen. Vertel onderwerp en doel van het onderzoek.
- Informed consent:
    - Je kan altijd om verduidelijking vragen
    - Ja kan altijd kiezen om bepaalde vragen niet te beantwoorden of het interview stoppen wanneer u wenst.
    - Anonieme verwerking, geen namen, organisaties, regio's worden niet verwerkt.
- Vragen of ik het gesprek kan opnemen

*Start interview*

**Introductie**

1. Kan je over een stukje over jezelf vertellen?
    - Instelling, functie, cliënten doelgroep
2. De cliënten die u behandeld, hebben die vaak betaald werk? Wat is deze verhouding?

**Thema: In de praktijk**

1. Kan je een beschrijving geven van hoe jij herstel ziet?
2. Op welke manier wordt er binnen jouw organisatie aandacht geschonken aan arbeidsbegeleiding?
    1. Op welke manier word je betrokken bij dit proces?
    2. Heb je de mogelijkheid om cliënten altijd doorverwijzen of te koppelen aan arbeidsbegeleiding?
3. Zou je op een andere manier betrokken willen worden bij de re-integratie?
4. Hoe is de aandacht naar arbeidsbegeleiding vanuit de organisatie over tijd veranderd?
5. Op welke manier krijgt werk aandacht tijdens de behandeling, vanuit de rol van de behandelaar?
6. Is het behoud of het verkrijgen van betaald werk een vanzelfsprekend onderwerp tijdens de behandeling?
7. Zo ja, op welk punt van de behandeling wordt werk besproken?
8. Is (behoud van) werk onderdeel van de behandeldoelen?
9. Kan je een voorbeeld geven van de laatste keer dat je werk besprak met de cliënt?
    1. Wat was de aanleiding?
    2. Wat was je rol in dat moment?
    3. Wat was het resultaat?

10. Hoe vaak komt het voor dat je cliënten doorverwijst naar werk begeleidingstrajecten?

## Thema: Visie en rol

1. Wanneer kan werk helpen bij herstel, en wanneer niet?
    1. Ben je het eens met het IPS-principe?
2. Hoe incorporeer jij de herstelgedachte in de praktijk?
3. Ben jij in de loop van de tijd anders gaan denken over werk als herstel? Waarom?
4. Zie je verschillen in visie tussen mensen binnen de sector over werk als middel voor herstel?
5. Heb je een succesverhaal/een voorbeeld van iemand bij wie werk goed is uitgepakt?
    1. Heeft dit jouw mening beïnvloed?
6. Wat zijn je overwegingen om iemand wel of niet door te verwijzen naar werkbegeleiding?
7. In welke mate dient iemand mentaal hersteld te zijn voordat je werk bespreekbaar maakt?

## Thema: Successen/knelpunten

1. In welke mate hebben cliënten zelf belemmerende overtuigingen waardoor ze niet aan het werk gaan?
    1. Wat doe je er aan deze uit te dagen?
2. Kan je iets vertellen over hoe jij de samenwerking tussen verschillende partijen ervaart?
3. Zou je organisatie werktoeleiding serieuzer moeten nemen?
    1. Zo ja, wat is daarvoor nodig?
4. Wat kan er vanuit het management gedaan worden om werktoeleiding meer aandacht te geven?