

Verslavingsproblematiek en re-integratie

Samenstelling Casusgroep	
Anna Margreet Abersson	Senior beleidsadviseur, Deltion
Jan Boomgaard	SMZ, UWV Zwolle
Cleo Deen	SMZ, UWV Zwolle
Paul Flierman	SMZ, UWV Zwolle
Aafke Prinsen	Werkbedrijf, UWV Zwolle
Datum afronding casus	September 2015

VIGNET t.b.v. ZOEKEN IN DE DATABASE

Titel Casus

Verslavingsproblematiek en re-integratie

Korte situatieschets

De begeleidster van een 57-jarige UWV-klant meldt zich met een hulpvraag: de klant wil opnieuw starten met een re-integratietraject. Een eerder ingezet traject is niet afgerond als gevolg van een terugval van de klant. De klant heeft een WIA-uitkering (80-100%) en is bekend met verslavingsproblematiek.

Trefwoorden

Re-integratie, verslaving, terugval/recidive, belastbaarheid, duurzame inzetbaarheid, beleid, UWV Werkbedrijf.

Onderzoeksvraag in de oorspronkelijke casus

Een klant met verslavingsproblematiek vraagt hulp bij zijn re-integratie. Welke dienstverlening kan het beste worden ingezet om tot duurzame arbeidsparticipatie voor de klant te komen?

Conclusie van arbeidsdeskundige in de oorspronkelijke casus

Re-integratie – in welke vorm dan ook – is nu niet mogelijk, omdat de klant terugvalt in verslavingsgedrag. De arbeidsdeskundige acht het nu niet zinvol om re-integratiemogelijkheden te onderzoeken. Na herstel of toegenomen benutbare mogelijkheden moeten de mogelijkheden tot re-integreren opnieuw worden onderzocht.

Kennis- en leervragen

1. Zijn er – als het gaat om arbeidsparticipatie – specifieke aandachtspunten voor verschillende typen verslavingen? Zo ja, welke?
2. Wat blijkt uit wetenschappelijk onderzoek over de terugval (recidive) van alcoholverslaafden?
3. Wat blijkt uit wetenschappelijk onderzoek over de factoren die succesvol zijn bij de re-integratie van alcoholverslaafden?
4. Wat blijkt uit wetenschappelijk onderzoek over de factoren die belemmerend zijn bij de re-integratie van alcoholverslaafden?

Ingeschakelde commentatoren

Dr. Evelien Brouwers, Tranzo, Tilburg University
Prof. Dr. H. Roozen, Tranzo, Tilburg University

Gehanteerde bronnen

STECR Werkwijzer verslaving & re-integratie, AKC-cahier 'Van arbeidsgeschied naar werk', AKC-cahier 'Scan Werkvermogen Werkzoekenden', Gedragscode SRA, Cursus 'Morele Besluitvorming'. Zie ook bijlage 2.

Domein waarvoor relevant

Publieke verzekering, private verzekering, letselschade, werkgever, verzekerde werknemer, verzekerde zelfstandige, arbodienst.

Fasen in levenscyclus arbeid&gezondheid waarvoor relevant

Reductie langdurig verzuim, uitvoering Wet verbetering poortwachter (eerste en tweede spoor), langdurige arbeidsongeschiktheid.

1. CASUS RAPPORTAGE

1.1 Onderzoekskader / aanleiding onderzoek

De begeleidster van een 57-jarige klant verzoekt UWV Werkbedrijf om – na een periode van verslavingsbehandeling en het creëren van een stabiele situatie – opnieuw een re-integratietraject met de klant te starten. De klant heeft een AWBZ-indicatie en krijgt woonbegeleiding.

Op verzoek van de klant zit de begeleidster bij het oriënterend/kennismakingsgesprek met de arbeidsdeskundige van UWV Werkbedrijf. De klant heeft al eerder een traject via UWV Werkbedrijf gevolgd. Dit traject is als gevolg van een terugval niet afgerond.

1.2 Onderzoeksvraag

Een klant met verslavingsproblematiek vraagt hulp bij zijn re-integratie. Welke dienstverlening kan het beste worden ingezet om tot duurzame arbeidsparticipatie voor de klant te komen?

1.3 Onderzoek

Beschrijving voorgeschiedenis

De klant is een 57-jarige man. Hij valt op 51-jarige leeftijd uit met neurologische symptomen die een relatie hebben met onderliggende psychische problematiek. Vanaf zijn 53^{ste} levensjaar ontvangt hij een WIA-uitkering (WGA 80-100 procent). Zijn loongerelateerde uitkering loopt twee jaar daarna af. Op dit moment ontvangt hij een gedeeltelijke WIA-uitkering.

De klant is meerdere keren opgenomen in een behandelkliniek voor verslavingszorg, waar hij langdurige therapie heeft gevolgd. Hij is vanuit een grote stad naar een klein stadje verhuisd.

Voordat hij op 51-jarige leeftijd ziek werd, werkte de klant als kapitein (eerste stuurman). Dit deed hij op uitzendbasis veertig uur per week. Door zijn klachten kan hij dit werk niet meer doen. De belangrijkste beperkingen in zijn belastbaarheid zijn: niet al te stressvolle werkomgeving en werkbelasting en contra-indicatie voor beroepsmatige alcoholblootstelling. Om stress te voorkomen, is hij aangewezen op een voorspelbare werksituatie.

Kort cv

Opleiding: mavo 4, hbo (Zeevaartschool Terschelling), diverse cursussen.

Werkervaring: voornamelijk zeevarend op de grote vaart: o.a. offshore, sleepvaart, onderzoeksschepen.

Overig: beheerst Engels, is matig computervaardig. Kan lassen, timmeren en goed met zijn handen werken.

Mobiliteit: per fiets of openbaar vervoer. Hij heeft geen autorijbewijs.

Hobby's: modelbouw, koken/gastheer, lezen.

Re-integratiegeschiedenis

Ruim vier jaar na zijn ziekmelding start de klant met een re-integratietraject via UWV Werkbedrijf. Na een terugval wordt hij het jaar daarop weer opgenomen voor een periode van drie maanden. Nadat het beter met hem gaat, richt hij zich op terugkeer in zijn eigen werk als kapitein. Er worden stappen gezet om de benodigde documenten in orde te maken, hij rondt een basiscursus af en wordt vervolgens goedgekeurd door een keuringsarts uit de scheepvaart. Nu moet hij nog een stageplek vinden voor de duur van drie maanden. Hiervoor boort hij oude werkcontacten aan. Het lukt niet om een stageplek te vinden en (mede) door deze tegenvaller blijkt de klant minder stabiel dan hij dacht. Datzelfde jaar valt hij terug in verslavingsgedrag. Het ingezette traject wordt afgesloten en de klant krijgt opnieuw therapie. Zijn situatie is onvoldoende stabiel gebleken.

1.4 Uitgevoerde onderzoeksactiviteiten arbeidsdeskundige

- Dossieronderzoek (functionele mogelijkhedenlijst, verzekeringsgeneeskundige rapportage, arbeidsdeskundige rapportage, beëindigingsrapportage van eerder ingezet traject en scholing).
- Gesprek met klant en begeleidster AWBZ.
- Overleg met verzekeringsarts.

1.5 Visie klant

De klant ziet erg op tegen het bezoek aan UWV. Hij heeft namelijk eerder negatieve ervaringen gehad met UWV. Op verzoek van de begeleidster volgt er na een periode van herstel een oriënterend gesprek met de arbeidsdeskundige, de klant en zijn begeleidster.

De klant vindt zelf dat hij voldoende hersteld is; hij ervaart meer belastbaarheid en verwacht daardoor weer een re-integratietraject aan te kunnen. Hij is afgelopen jaar begonnen met een module Cultuurfilosofie aan de Open Universiteit en besteedt hier nu ongeveer twintig uur per week aan. Hij vindt het leuk, maar zegt er wel langer dan gemiddeld over te doen. Verder helpt hij een kennis in een stomerij/kledingreparatiebedrijf; dat doet hij een dagdeel per week op vrijwillige basis, het aantal uren is afhankelijk van zijn energie. Het geeft hem een goed gevoel, structuur en afleiding. Ten slotte volgt hij zijn behandeling en zegt daarin goede stappen te maken.

Inmiddels erkent hij dat het niet verstandig is om terug te keren in zijn eigen werk. Hij voelt zich een ander persoon op de grote vaart en de verleiding om toe te geven aan zijn verslaving is er groot. Met zijn huidig AWBZ-begeleidster (die hem ook tijdens het re-integratietraject heeft begeleid) heeft hij al gesproken over werk als 'ervaringsdeskundige'. Graag zou hij de kans krijgen om zijn mogelijkheden hierin of zijn mogelijkheden voor eventueel werk in een andere richting verder te onderzoeken. Voor werk als ervaringsdeskundige zou hij een tweejarige opleiding (één dag per week, inclusief een stage van vijftien uur per week) moeten volgen. Hoewel hij al eerder een traject bij UWV Werkbedrijf heeft gevolgd, hoopt hij dat het Werkbedrijf hem hierbij kan ondersteunen.

1.6 Visie leidinggevende/werkgever van klant; in deze casus: begeleidster

De begeleidster beaamt dat de klant klaar lijkt te zijn voor het hervatten van zijn re-integratieactiviteiten. Hij heeft zin om te starten. Hij kan nu beter omgaan met de emoties, die mede aan de basis liggen van zijn verslavingsgedrag. Hoewel hij het afgelopen jaar nog

twee weken in de crisisopvang heeft gezeten, gaat het sinds een maand of zeven beter met hem. Hij staat nog wel vrijwillig onder toezicht. Wekelijks heeft hij gesprekken met een specialist, verslavingszorg en zijn begeleidster. De begeleidster ziet mogelijkheden bij de verslavingszorg zelf, als ervaringsdeskundige. De verslavingszorg die hij zelf kreeg, heeft hem goed gedaan. Hij is nu gemotiveerd om anderen met verslavingsproblematiek voor te lichten en te helpen. Voor de klant zou het ook een vorm van therapie kunnen zijn, waardoor zijn kans op recidive wordt verkleind.

Het is voor de klant van belang dat hij verder gaat met het verwerken van zijn trauma's. Hij leert steeds beter om te gaan met zijn verleden, waardoor hij ook in het heden beter met tegenslagen e.d. leert om te gaan. De kans op terugval wordt zo verminderd. Omdat de klant zijn grenzen niet kent, dient hij hier regelmatig op gewezen te worden. De klant wil vaak sneller dan mogelijk blijkt te zijn.

1.7 Omschrijving van de beperkingen en mogelijkheden

De verzekeringsarts geeft bij de laatste herbeoordeling in de functionele mogelijkhedenlijst de volgende beperkingen aan:

Persoonlijk functioneren

De klant is aangewezen op een voorspelbare werksituatie, zonder veelvuldige storingen en onderbrekingen en zonder verhoogd persoonlijk risico (niet op hoogte, nabij water, geen bediening van voertuigen en onbeveiligde machines). Beroepen met blootstelling aan alcohol worden afgeraden.

Sociaal functioneren

De klant is beperkt in de omgang met conflicten. Hij is aangewezen op werk waarin hij, indien nodig, kan terugvallen op collega's of leidinggevenden (geen solitaire functie). Hij is beperkt ten aanzien van een concreet leidinggevende functie of echt leiding moeten geven aan meerdere mensen.

Werktijden

De klant kan niet 's nachts werken (00.00 - 06.00 uur). Omkering van het dagnachtritme wordt afgeraden. De werkzaamheden moeten – gezien de energiebalans van de klant – plaatsvinden in de morgen. Hij kan in verband met beperkingen van energetische aard gemiddeld ongeveer vier uur per dag werken en twintig uur per week.

Overleg met verzekeringsarts in november 2014

Omdat de arbeidsdeskundige twijfelt over de stabiliteit van de klant en zij terugval – gezien de verslavingsproblematiek – niet uitsluit, overlegt zij met de verzekeringsarts. De verzekeringsarts geeft aan: als de situatie zich nu gestabiliseerd/verbeterd heeft, is wellicht ook een grotere urenomvang dan de gestelde twintig uur toelaatbaar.

De klant moet worden beschouwd als elke andere klant met een chronische aandoening en kans op recidive. Dit staat het vaststellen van de feitelijke arbeidsmogelijkheden in de periodes dat het goed gaat doorgaans niet in de weg.

De verzekeringsarts verwacht dat de medische situatie op de langere termijn (na drie maanden) wezenlijk kan verbeteren. Ook verwacht hij dat de functionele mogelijkheden op de langere termijn (na drie maanden) wezenlijk kunnen toenemen.

1.8 Resultaten overig onderzoek door arbeidsdeskundige

Tijdens het oriënterend/kennismakingsgesprek komt klant onzeker en kwetsbaar over. De klant kijkt regelmatig een andere kant op en laat de begeleidster grotendeels het woord doen. De arbeidsdeskundige van UWV Werkbedrijf twijfelt – vanwege de verslavingsproblematiek – aan de stabiliteit van de klant en plant een afspraak in met verzekeringsarts. Voordat deze afspraak plaatsvindt, laat de begeleidster de arbeidsdeskundige weten dat de klant een terugval heeft. Het vooruitzicht om naar het spreekuur van een verzekeringsarts te moeten, geeft de klant – vanwege eerdere negatieve ervaringen met een verzekeringsarts – veel stress. Al met al geeft het de klant nu zoveel spanning dat hij voorlopig afziet van re-integratie.

Als de belastbaarheid van de klant verbetert, is het zinvol de re-integratiemogelijkheden opnieuw te onderzoeken. Een medisch heronderzoek is dan als eerste aan de orde. Een wijziging in arbeidsongeschiktheid kan consequenties hebben voor het inkomen van de klant.

De volgende aanvullende informatie is niet meer opgevraagd door de arbeidsdeskundige, omdat het op dit moment niet meer relevant is:

- informatie ervaringsdeskundige (benodigde opleiding, ervaring, competenties, belastingpunten, vacatures/arbeidsmarkt kansen);
- Richtlijn re-integratie met psychische beperkingen (ziekteperceptie en wisselende belastbaarheid).

1.9 Beschouwing en visie van arbeidsdeskundige

Uit het dossier en de gesprekken blijkt dat de klant te maken heeft met verslavingsproblematiek. De afgelopen jaren bleek hij kwetsbaar en wisselend belastbaar. Er was steeds sprake van recidive. De verzekeringsarts zegt dat een klant altijd een terugval kan krijgen, maar dat dit de re-integratie niet in de weg hoeft te staan. Toch acht de arbeidsdeskundige een re-integratietraject nu niet aan de orde; de situatie van klant is nog te kwetsbaar. Ook acht zij de kans op uitval vanwege spanningen en stress te groot.

Zwaktes/belemmeringen

De klant stelt zich afhankelijk op en lijkt beperkt sturing te kunnen geven aan zijn eigen situatie. Dit blijkt onder andere uit het niet zelfstandig contact opnemen met de arbeidsdeskundige en het uit handen geven van zijn verantwoordelijkheid. De begeleider moet niet alleen bij het gesprek aanwezig zijn, maar heeft ook een grote rol in het gesprek. Ook laat de klant de begeleidster de boodschap van terugval doorgeven aan UWV.

Kansen/mogelijkheden

De klant heeft zich in de afgelopen maanden positief ontwikkeld. Zijn gedrag is gunstig veranderd en zijn belastbaarheid is vergroot. Zo volgde hij een module aan de Open Universiteit, deed hij vrijwilligerswerk en zette hij positieve stappen in zijn

begeleidingsgesprekken met specialisten. Hij leert zijn mogelijkheden en valkuilen blijkbaar beter te herkennen en hij is zich ervan bewust dat hij iemand nodig heeft die hem wijst op zijn valkuilen, iemand op wie hij kan terugvallen.

De arbeidsdeskundige verwacht dat de klant zijn belastbaarheid met de voortzetting van zijn huidige activiteiten (begeleiding en behandeling, vrijwilligerswerk, Open Universiteit) kan vergroten. Het geeft hem structuur en afleiding. Hierdoor krijgt de klant meer zelfvertrouwen en kan hij constructief aan zichzelf werken.

1.10 Conclusies arbeidsdeskundige

Omdat de klant na recidive zelf afhaakte en zich niet in staat achtte tot re-integreren, vindt de arbeidsdeskundige het nu niet zinvol om de re-integratiemogelijkheden verder te onderzoeken. Als de belastbaarheid verder toeneemt, kunnen de mogelijkheden tot re-integreren verder worden onderzocht. Een medisch heronderzoek is dan eerst aan de orde.

1.11 Advies en vervolgstappen arbeidsdeskundige

Stappen in de route naar werk en afspraken:

- De klant blijft werken aan zijn eigen medische herstel en stabiliteit. Hij heeft hierover o.a. contacten met een specialist, verslavingszorg en zijn begeleidster;
- De klant of begeleidster neemt contact op met de arbeidsdeskundige als de klant zich weer in staat acht tot re-integreren. De arbeidsdeskundige spreekt af in ieder geval na drie maanden contact op te nemen met de klant om de voortgang te bespreken. Tot dat moment worden geen acties ondernomen om de klant te re-integreren;
- Heeft de klant vragen of opmerkingen, dan neemt hij contact op met de arbeidsdeskundige.

2. ANALYSE CASUS door casusgroep t.b.v. BEOORDELING COMMENTATOREN

2.1 Samenvatting probleemdefiniëring / context voor de vragen aan de commentator

De arbeidsdeskundige heeft een verzoek gekregen om ondersteuning te bieden aan een 57-jarige man die langdurig verzuimt als gevolg van gezondheidsklachten. Bij het functioneren van de klant speelt, naast de medische problematiek, ook zijn verslaving een belangrijke rol. De klant vraagt ondersteuning bij zijn re-integratie. De arbeidsdeskundige vraagt zich af of zij het verzoek om ondersteuning moet honoreren. In deze overweging speelt mee dat de klant al eerder met een re-integratietraject is gestart, dat als gevolg van recidiveklachten voortijdig is afgebroken. Ook de wens van de klant om als ervaringsdeskundige aan de slag te gaan – waarvoor scholing nodig is – brengt de arbeidsdeskundige aan het twijfelen. Het beleid is immers dat slechts één re-integratietraject wordt gefinancierd, tenzij er voldoende motieven zijn om een tweede aanvraag te onderbouwen.

Voordat de arbeidsdeskundige haar afwegingen heeft kunnen afronden, trekt klant zich terug. Als reden voert hij recidive aan. De arbeidsdeskundige twijfelt of zij het voortijdig afbreken van het proces zonder meer moet accepteren. Met andere woorden: ze stelt zichzelf de vraag welke reactie op basis van het gedrag van de klant adequaat is. Kom je tegemoet aan dit gedrag? Of geef je juist tegengas en accepteer je het terugtrekken niet zonder meer?

2.2 Mogelijke eerste gedachten voor oplossingsrichtingen

De arbeidsdeskundige is nog niet toegekomen aan een volledig onderzoek, omdat de klant zich voortijdig heeft teruggetrokken. Zij heeft hier geen bezwaar tegen gemaakt. Daarbij heeft ze ook meegewogen dat de klant niet alleen kampt met verslavingsproblematiek, maar ook te maken heeft met beperkingen die voortkomen uit zijn ziekte/gebrek.

De arbeidsdeskundige had kunnen besluiten om niet zonder meer genoegen te nemen met het voortijdig terugtrekken van de klant. De volgende overwegingen hadden hierbij een rol kunnen spelen:

- Het overleg met de verzekeringsarts. Die zal oordelen dat recidive altijd mogelijk is, maar dat dit het opstarten van een re-integratietraject niet in de weg hoeft te staan.
- Een afweging om wel of niet een traject in te zetten, hangt niet alleen af van de claim van de klant, maar ook van de (sociale) omstandigheden.
- Richtlijnen in de STECR Werkwijzer verslaving en werk. Een verslaving wordt vaak in jaren opgebouwd en kan vaak niet met één behandeling een halt toe worden geroepen.
- Het hebben van werk en een sociaal netwerk is van groot belang in het proces om verslavingsgedrag te doorbreken. Het wegvallen hiervan heeft een negatief effect. Met andere woorden: als de klant niet werkt en een beperkt sociaal netwerk heeft, moet hier aandacht voor zijn. Een (adequaat) re-integratietraject kan dan juist een belangrijke rol spelen. Het sociaal netwerk kan worden vergroot door het opdoen werkervaring of het doen van vrijwilligerswerk.

De arbeidsdeskundige had de volgende aspecten nader kunnen onderzoeken:

- Wat zijn de drijfveren van klant? Wat wil de klant? Wat is zijn intrinsieke motivatie? Wat zijn daarbij belemmerende factoren en wat zijn succesfactoren? De arbeidsdeskundige

kan adviseren en eventueel bepaalde instrumenten aanbieden, zoals de Scan Werkvermogen Werkzoekenden, de Participatieladder of de cursus 'Morele Besluitvorming'.

- Heeft de arbeidsdeskundige de input van de verzekeringsarts wel nodig om te komen tot een advies over de aanpak van re-integratie?
- Welke rol speelt de omgeving (externe factoren) hierin? Welke factoren werken belemmerend, welke factoren werken stimulerend? Wat is de rol van de sociale omgeving (gezin, schulden, lidmaatschappen, maatschappelijke betrokkenheid)?
- Wat gebeurt er in het behandeltraject (het professionele begeleidingstraject)? In hoeverre kan dit traject ondersteunend zijn naast een eventueel in te zetten re-integratietraject?
- Wat zijn de rechten en plichten van de klant? Welke rechten en plichten zijn in deze casus van toepassing? Is het zinvol om een tweede (of derde?) traject op te starten, ook gezien de financiële aspecten en de duur van het traject?
- Hoe reageert de arbeidsdeskundige op houding/gedrag van de klant, zoals het niet nakomen van de afspraken? Hoe gaat de arbeidsdeskundige handhaven op het nakomen van afspraken?

2.3 Kennis- en leervragen

1. Zijn er – als het gaat om arbeidsparticipatie – specifieke aandachtspunten voor verschillende typen verslavingen? Zo ja, welke?
2. Wat blijkt uit wetenschappelijk onderzoek over de terugval (recidive) van alcoholverslaafden?
3. Wat blijkt uit wetenschappelijk onderzoek over de factoren die succesvol zijn bij de re-integratie van alcoholverslaafden?
4. Wat blijkt uit wetenschappelijk onderzoek over de factoren die belemmerend zijn bij de re-integratie van alcoholverslaafden?

Aanvulling naar aanleiding van de antwoorden van de commentatoren

De antwoorden van de ingeschakelde commentatoren op onze kennis en leervragen geven enige richting, maar niet meer dan dat. Er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar re-integratie in relatie tot verslaving, zeker in Nederland. De onderzoeksresultaten (van met name buitenlandse studies) bevestigen dat het hebben van werk een positieve bijdrage kan leveren aan het voorkomen van recidive (structuur, afleiding, zelfvertrouwen), maar dat daarbij wel geïnventariseerd moet worden hoe stressvol het werk is voor de klant.

Ten aanzien van re-integratie geven de commentatoren een aantal aanknopingspunten die de kansen van de klant positief kunnen beïnvloeden:

Succesfactoren

- De motivatie van de verslaafde om te willen werken.
- De kans op succes is het grootst als er aansluiting wordt gezocht bij de interesses en wensen van de verslaafde.
- Beschikt de klant over ruime werkervaring, dan heeft dit een positieve invloed op een terugkeer in arbeid.

Belemmerende factoren

- Het ontbreken van werkervaring c.q. werkgerelateerde ervaring, lichamelijke/psychische problemen.
- Externe factoren, zoals sociale/familieproblemen, huisvestingsproblemen.
- Het kennelijk aanwezige stigma en de discriminatie door professionals en werkgevers. Met andere woorden: het negatieve beeld waardoor verslaafden minder kansen krijgen.

Op basis van onze bevindingen en het commentaar van de deskundigen zijn we tot een aantal tips gekomen:

- Plaats de klant centraal: zoek aansluiting bij de klant en bij wat hij nodig heeft (om niet af te haken).
- Start met het in kaart brengen van de sociale context (de externe factoren) van de klant of laat de begeleider de sociale context in kaart brengen.
- Onderzoek waar de klant 'harder van gaat lopen': zoek aansluiting bij zijn interesses en vaardigheden.
- Ga niet zelf invullen, maar stel vragen aan de klant. Onderzoek waar je kunt starten met re-integratie of waar je kunt aanhaken, bijvoorbeeld door het (uitbreiden van) vrijwilligerswerk.
- Maak afspraken concreet. Bied structuur en herkenbaarheid.
- Ga niet zelf onderzoeken, maar delegeer/betrek begeleiders en monitor de situatie. Maak gebruik van het vertrouwen die deze begeleiders al genieten.
- Maak gebruik of laat gebruik maken van beschikbare instrumenten, zoals de Scan Werkvermogen Werkzoekenden* of de Participatieladder**.

*Scan Werkvermogen Werkzoekenden; AKC-cahier 10.

**Participatieladder: www.participatieladder.nl

3. ANTWOORDEN OP KENNIS- EN LEERVragen DOOR COMMENTATOREN

3.1. Antwoorden van de commentatoren op de kennis- en leervragen.

1. Zijn er – als het gaat om arbeidsparticipatie – specifieke aandachtspunten voor verschillende typen verslavingen? Zo ja, welke?

Er is te weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de arbeidsre-integratie van mensen met een verslaving om deze vraag te kunnen beantwoorden. De studies die er zijn, maken vaak geen onderscheid naar soort verslaving of beperken zich juist tot een bepaald type. Daarnaast komen vrijwel alle wetenschappelijke artikelen uit de VS. In Nederland is hiernaar dus nauwelijks wetenschappelijk onderzoek gedaan. Tegen die achtergrond moet ons advies worden gezien: echte harde wetenschappelijke uitspraken kunnen niet worden gedaan. NB: Deze conclusie onderschrijft de noodzaak van dit soort onderzoek, zeker gezien het feit dat – volgens het landelijke bevolkingsonderzoek NEMESIS 19 – 1 procent van de Nederlandse bevolking ooit een middelenstoornis ontwikkelt. (De Graaf et al 2010)).

2. Wat blijkt uit wetenschappelijk onderzoek over over de terugval (recidive) van alcoholverslaafden?

Onderzoek op basis van de algemene populatie (o.a. via NEMESIS) – waarbij individuen op enig moment voldoen aan een middelgebonden stoornis (misbruik/afhankelijkheid) – toont aan dat het merendeel hier na drie jaar niet meer aan voldoet. De cijfers liggen tussen 69 en 92 procent voor wat betreft ICD-10 schadelijk gebruik en DSM-IV misbruik/afhankelijkheid (De Bruijn, Van den Brink, De Graaf, & Volleberg, 2005). Deze groep heeft doorgaans geen formele behandeling nodig en het beloop wordt niet gekenmerkt door episodes van terugval (Cunningham & McCambridge, 2011).

Daarentegen is het beloop van klinische populaties geheel anders. Zo'n 50 tot 70 procent van de mensen met een verslavingsdiagnose valt binnen een jaar na het beëindigen van een behandeling terug in middelengebruik (GGZ, 2013). Voor klinische populaties is terugval eerder regel dan uitzondering (zie ook Roozen & Wetering, 2009).

Verschuillende onderzoeken wijzen erop dat werk beschermd tegen terugval en bijdraagt aan een betere psychische gezondheid. Werk zorgt voor dagstructuur en afleiding van de behoefte om te gebruiken. Het bevordert persoonlijke verzorging, leidt tot meer zelfvertrouwen en is gerelateerd aan een hogere kwaliteit van leven (Svikis et al 2011; Webster et al 2014 Richardson 2010, Strickler 2009). Wel is het zaak om te inventariseren hoe stressvol het werk is voor de cliënt. Stress kan de verslaving namelijk stevig aanwakkeren (Kosten, 2011).

3. Wat blijkt uit wetenschappelijk onderzoek over de factoren die succesvol zijn bij de re-integratie van alcoholverslaafden?

De literatuur benoemt verschillende factoren die een positieve rol spelen bij arbeidsre-integratie van mensen met een verslaving. De eerste belangrijke factor die de kans van succesvolle arbeidsre-integratie vergroot, is de motivatie om te willen werken. Als de verslaafde heel graag wil werken, biedt dit perspectief op succes. Bovendien is abstinentie

vaak een vereiste voor werk. Dit heeft ook een gunstige werking op het verloop van het verdere herstelproces (Strickler 2009; Koffarnus et al 2011). Een tweede, aan motivatie gerelateerde factor, is dat de kansen op succes het grootste zijn als het werk aansluit bij de interesses en wensen van de verslaafde (Strickler 2009, Hogue et al 2010). Dit is ook een belangrijk uitgangspunt bij Individuele Plaatsing en Steun (IPS), op dit moment de meest succesvolle methode om mensen met ernstige psychische problemen aan het werk te krijgen (Mueser & McGurk 2014). Ook voor mensen met een verslaving en psychische problemen is deze begeleiding effectief gebleken (Mueser et al 2011). Een derde belangrijke voorspeller voor succesvolle arbeidsre-integratie is het hebben van werkervaring. Onderzoeken laat zien dat mensen die veel werkervaring hebben gemakkelijker terugkeren dan mensen die geen of weinig werkervaring hebben (Strickler et al 2009 Hogue 2010).

4. Wat blijkt uit wetenschappelijk onderzoek over de factoren die belemmerend zijn bij de re-integratie van alcoholverslaafden?

Verslaving hangt vaak samen met andere problemen, zoals het ontbreken van werkervaring en werkgerelateerde vaardigheden, lichamelijke of psychische problemen, sociale/familieproblemen of huisvestingsproblemen. Deze problemen kunnen zelfs een grotere belemmering voor arbeidsparticipatie vormen dan de verslaving zelf (Svikis 2012). Een andere belemmerende factor is chroniciteit. Uit de literatuur blijkt dat, wanneer de verslavingsproblemen langer spelen dit de kans op succesvolle werkhervatting verkleint (Richardson et al 2010). Ook het verslaafd zijn aan meerdere middelen tegelijk hangt samen met slechtere uitkomsten op werkgebied (Richardson et al 2010).

Verschillende auteurs geven ook aan dat zij vermoeden dat stigma en discriminatie van zowel professionals als werkgevers een belemmering vormen voor arbeidsre-integratie van mensen met een verslaving (Baldwin 2010; Biegel 2009; Strickler et al 2009). Veel mensen hebben een negatief beeld van mensen met een verslaving (Van Boekel et al 2013; Van Boekel et al 2014), wat er ook toe zou kunnen leiden dat verslaafden minder kansen krijgen op het gebied van werkhervatting. Zo vond Biegel et al (2009) bijvoorbeeld dat mensen met een verslaving geen kleinere kans hadden op een succesvolle arbeidsre-integratie vergeleken met mensen met ernstige psychische problemen, maar ze hadden wel een aanzienlijk kleinere kans op het mogen meedoen aan supported employment-programma's, zoals begeleiding van een jobcoach (Biegel et al. 2009).

Bijlage 1: Ingeschakelde commentatoren

Dr. Evelien Brouwers, Tranzo, Tilburg University

Prof. Dr. H Roozen, Tranzo, Tilburg University

Bijlage 2: Gehanteerde bronnen en verwijzingen naar literatuur/richtlijnen/jurisprudentie

Biegel DE, Beimers D, Stevenson LD et al (2009). Predictors of referral to supported employment among consumers with co-occurring mental and substance use disorders. *Community Mental Health Journal*, 45: 427-438.

Baldwin ML, Marcus SC & De Simone J (2010). Job loss discrimination and former substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*. 1-7, doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.01.018.

Van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2013 Jul 1;131(1-2):23-35.

Van Boekel LC, Brouwers EPM, Van Weeghel J & Garretsen HFL, Evelien PM Brouwers, Jaap van Weeghel and Henk FL Garretsen. (2014). Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GPs, mental health and addiction specialists and clients. *Int J Soc Psychiatry* published online 9 December 2014 DOI: 10.1177/0020764014562051.

De Bruijn, C., van den Brink, W., De Graaf, R., & Volleberg, W.A.M. (2006). The three year course of alcohol use disorders in the general population: DSM-IV, ICD-10 and the Craving Withdrawal Model. *Addiction*, 101(3), 385–392.

Cunningham, J.A., & McCambridge, J. (2012). Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder? *Addiction*, 107(1), 6–12.

GGZ (2013). Een visie op verslaving en verslavingszorg: Focus op preventie en herstel. Publicatienummer 2013/392.

De Graaf R, Ten Have M. & Van Dorsselaer (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten.

Hogue A, Dauber S, Dasaro C & Morgenstern J (2010). Predictors of employment in substance-using male and female welfare recipients. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 38, 108-118.

Koffarnus MN, Wong CJ, Diemer K et al (2011). A randomized clinical trial of a Therapeutic Workplace for Chronically unemployed, homeless alcohol dependent adults. *Alcohol and Alcoholism*, 46(5): 561-569.

Kosten, T.R. (2011). Stress and Addiction. *American Journal of Psychiatry*, 168(6), 566-567.

Mueser KT, Campbell K & Drake RE (2011). The effectiveness of supported employment in people with dual disorders. *Journal of Dual Diagnosis*; 1(7): 90-102.

Richardson L, Wood E, Li K & Kerr T (2010). Factors associated with employment among a cohort of injection drug users. *Drug and Alcohol Review*, 29; 293

Roozen, H.G., van de Wetering, B.J. (2007). Neuropsychiatric insights in clinical practice: from relapse prevention toward relapse management. *American Journal on Addictions*, 16(6),530-531.300.

Strickler DC, Whitley R, Becker DR & Drake RE (2009). First person accounts of long-term employment activity among people with dual diagnosis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(4); 261-268.

Svikis DS, Keyser-Marcus L, Stitzer M et al (2012). Randomized multi-site trial of the job seekers' workshop in patients with substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 120 (1-3): 55-64.

Webster MJ, Staton-Tindall M, Dickson MF et al (2014). Twelve month employment intervention outcomes for drug-involved offenders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 40(3): 200-205