



## **Ontwikkelen aanpak gezondheidsbeleving**

Een aanpak voor werkcoaches en klantmanagers

Dit rapport is tot stand gekomen met subsidie van UWV



## Ontwikkelen aanpak gezondheidsbeleving

Een aanpak voor werkcoaches en klantmanagers

Dit rapport is tot stand gekomen met subsidie van UWV

Femke Reijenga (AStri)  
Vera Veldhuis (AStri)  
Bob de Levita (Radar Advies)  
Wietske Nijhof (Radar Advies)

Juni 2012

AStri Beleidsonderzoek en -advies  
Stationsweg 26  
2312 AV Leiden  
T: 071 – 512 4903  
E: [astri@astri.nl](mailto:astri@astri.nl)  
[www.astri.nl](http://www.astri.nl)

Radar Advies  
Veemarkt 83  
1019 DB Amsterdam  
T: 020 463 50 50  
E: [radar@radaradvies.nl](mailto:radar@radaradvies.nl)  
[www.radaradvies.nl](http://www.radaradvies.nl)

## **Inhoud**

<b>SAMENVATTING</b>	<b>3</b>
<b>1 AANLEIDING EN PROBLEEMSTELLING</b>	<b>5</b>
<b>2 DOELSTELLING EN THEORETISCH KADER</b>	<b>7</b>
2.1 Doel- en vraagstelling van het subsidieproject	7
2.2 Doelstelling en doelgroep van de werkwijzer	7
2.3 Theoretische aangrijpingspunten en operationalisatie	8
<b>3 PROJECTOPZET</b>	<b>11</b>
3.1 Stappen in het project	11
3.2 Insteek van de aanpak	12
<b>4 BEANTWOORDING KENNISVRAGEN</b>	<b>14</b>
4.1 Klanttyperingen	14
4.2 Repertoire aan interventies bij een negatieve gezondheidsbeleving	15
<b>5 ERVARINGEN VAN WERKCOACHES, KLANTMANAGERS EN KLANTEN</b>	<b>18</b>
5.1 Procesmatige ervaringen met de 'Aanpak Gezondheidsbeleving'	18
5.2 Inhoudelijke ervaringen met de 'Aanpak Gezondheidsbeleving'	19
5.2.1 Meerwaarde van de aanpak	19
5.2.2 Toepassing van de klanttypologie	20
5.2.3 Toepassing van interventies	22
<b>6 VOORWAARDEN EN AANDACHTSPUNTEN VOOR TOEKOMSTIG GEBRUIK</b>	<b>25</b>
<b>7 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN</b>	<b>27</b>
7.1 Conclusies	27
7.2 Advies gebruik aanpak gezondheidsbeleving	28
<b>SUBBIJLAGE: KLANTFORMULIER VOOR TESTFASE</b>	<b>31</b>
<b>RELEVANTE LITERATUUR</b>	<b>32</b>

<b>HOOFDBIJLAGE: AANPAK GEZONDHEIDSBELEVING</b>	<b>0</b>
<b>DE OPZET VAN DE AANPAK</b>	<b>7</b>
<b>VOOR WIE IS DE AANPAK GEZONDHEIDSBELEVING BEDOELD?</b>	<b>9</b>
<b>VOORWAARDEN VOOR DE BEGELEIDING</b>	<b>11</b>
<b>DE KLANTTYPOLOGIE</b>	<b>13</b>
<b>TYPE 1 KLANTEN IN DE SLACHTOFFERROL</b>	<b>14</b>
Mechanisme bij klanten in de slachtofferrol	14
A. Interventies in de gespreksvoering bij klanten in de slachtofferrol	15
B. Huiswerkopdrachten voor klanten in de slachtofferrol	18
C. Doorverwijzen van klanten in de slachtofferrol	18
<b>TYPE 2 KLANTEN MET PLOTSELING OF ONVERWERKT (GEZONDHEIDS)VERLIES</b>	<b>19</b>
Mechanisme voor klanten met plotseling of onverwerkt (gezondheids)verlies	20
A. Interventies in de gespreksvoering	20
B. Huiswerkopdrachten	22
C. Doorverwijzen	23
<b>TYPE 3 DE ANGSTIGE KLANTEN DIE BEREN OP DE WEG ZIEN</b>	<b>24</b>
Mechanisme voor angstige klanten die in problemen denken	25
A. Interventies in de gespreksvoering	25
B. Huiswerkopdrachten	27
C. Doorverwijzen	29
<b>TYPE 4 DE KLANTEN ZONDER GRENZEN</b>	<b>30</b>
Mechanisme voor klanten die geen grenzen kunnen stellen	31
A. Interventies in de gespreksvoering	31
B. Huiswerkopdrachten	32
C. Doorverwijzen	33
<b>SUBBIJLAGE: VRAGEN NAAR GEZONDHEIDSBELEVING</b>	<b>34</b>
<b>SUBBIJLAGE: AANVULLENDE INFORMATIE OVER DE INTERVENTIES</b>	<b>35</b>

## SAMENVATTING

### *Gezondheidsbeleving en arbeidsparticipatie*

De gezondheidsbeleving van werkloze klanten van gemeenten en UWV kan een belemmering vormen in hun weg op zoek naar werk. In dit rapport wordt verslag gedaan van een door UWV gesubsidieerd project waarin daarom een aanpak is ontwikkeld die ingezet kan worden door klantmanagers en werkcoaches van gemeenten en UWV. De aanpak is bedoeld om werkloze klanten in een aantal gesprekken, via onder andere huiswerkopdrachten te helpen om belemmeringen voortgekomen uit hun gezondheidsbeleving weg te nemen, zodat zij hun weg naar (nieuw) werk succesvoller kunnen voortzetten.

### *Input vanuit de praktijk*

De 'Aanpak Gezondheidsbeleving' is tot stand gekomen met input van een consultatiegroep van 16 klantmanagers en werkcoaches. Zij hebben twee consultatiebijeenkomsten bijgewoond en in een periode van 6 weken bij 24 klanten deze aanpak en een aantal interventies daaruit getest. De professionals hadden in principe twee gesprekken met klanten die zij zelf geselecteerd hadden. Tijdens het eerste gesprek bepaalden de professionals het type klant en zetten zij interventies in die passen bij dit type klant. In het tweede gesprek werden de resultaten van de interventies en vervolgacties besproken.

### *Typering van klanten*

Voortbouwend op een driedeling van klanten die eerder door Gilde Re-integratie is ontwikkeld, is in dit project een vierdeling in typen gezondheidsbeleving van klanten gemaakt:

1. de klanten met een als slecht ervaren gezondheid in een slachtofferrol;
2. de klanten met plotseling of onverwerkt gezondheidsverlies;
3. de klanten met een als slecht ervaren gezondheid die bang zijn;
4. de klanten die hun grenzen niet kennen.

### *Laagdrempelige interventies*

De interventies die werden voorgesteld en uitgeprobeerd zijn gespreks oefeningen, huiswerkopdrachten en doorverwijzingen. Alle interventies beogen een gedragsverandering bij de klant en zijn laagdrempelig in te zetten door klantmanagers en werkcoaches die geen medische, psychologische of therapeutische achtergrond hebben. De klanten worden op een positieve wijze uitgenodigd tot het nemen van initiatieven.

Na enige oefening konden de professionals de klanten relatief gemakkelijk typeren. De typologie hielp de professionals bij het analyseren van de problemen van de klanten én bood daarmee ook de mogelijkheid om gericht geschikte interventies in te zetten. De typologie van klanten vindt unaniem herkenning bij de professionals. De voorgestelde interventies - vooral de huiswerkopdrachten - werden door zowel de professionals als hun klanten gewaardeerd. In hun praktijk kenden de professionals die deelnamen aan de consultatiegroep geen andere interventies of werkwijzen om gezondheidsbeleving te adresseren. Het geboden repertoire aan interventies uit de conceptversie van de aanpak is volgens hen geschikt om de gezondheidsbeleving van werkloze klanten positief te beïnvloeden.

*Een aanpak met perspectief*

De aanpak is in het project op kleine schaal getest en wordt overwegend positief beoordeeld. De aanpak biedt zodoende perspectieven voor verdere implementatie en toepassing op grotere schaal en ook voor andere doelgroepen. Een pilot waarin de effectiviteit van de aanpak wordt onderzocht is een mogelijke vervolgstap. Het rapport sluit af met aanbevelingen hieromtrent.

## 1. AANLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

### *Ervaren gezondheidsbelemmeringen en werk*

Het is aangetoond dat werkloosheid een negatieve gezondheidsbeleving in de hand werkt en andersom. Ook is het niet alleen de gezondheid die bepaalt of iemand kan werken of niet, maar zeker ook de beleving van de gezondheid. Gezondheidsbeleving én motivatie zijn belangrijke voorspellers van de kans op succesvolle re-integratie en beide voorspellers zijn beïnvloedbaar<sup>1</sup>. Veel mensen in de WIA, WW, WWB hebben een negatieve gezondheidsbeleving.

*Ervaren gezondheid wordt in Nederland gemeten met behulp van één vraag die sinds 1983 gesteld wordt in de Gezondheidsenquête van het CBS en sinds 1997 in de nationale POLS-enquête in de module 'gezondheid en welzijn'. De vraag is: "Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?" Er zijn 5 antwoorden mogelijk: uitstekend, zeer goed, goed, matig, slecht. De laatste 2 antwoorden geven een signaal voor een negatieve gezondheidsbeleving.*

UWV heeft in 2010 subsidie verstrekt voor onderzoek naar gezondheidsbeleving. In een literatuurverkenning<sup>2</sup> is toen in kaart gebracht welke interventies gericht op de gezondheidsbeleving van werklozen wetenschappelijk zijn onderzocht en effectief zijn bevonden. Ook vanuit de uitvoeringspraktijk is onderzoek gedaan naar gezondheidsbeleving bij werkzoekenden. Zo bracht het Gilddenetwerk van re-integratie-uitvoerders in de (gemeentelijke) praktijk in kaart hoe een slechte gezondheidsbeleving voor verschillende soorten klanten aangepakt zou kunnen worden.<sup>3</sup>

Inmiddels is er een palet aan interventies ontwikkeld om verschillende groepen mensen met belemmeringen aan het werk te helpen.<sup>4</sup> In het onderzoek naar expliciete re-integratietheorieën in het onderzoeksprogramma RVO zijn de bestaande interventies zoals beschreven op [www.interventiesnaarwerk.nl](http://www.interventiesnaarwerk.nl) en in het BIMRA project geïnventariseerd en geanalyseerd.<sup>5,6</sup> Daar bleek onder meer dat de aanpak van gezondheidsproblemen na motivatievergroting het meest ingezette instrument is. Gezondheidsbeleving echter, wordt nauwelijks expliciet geadresseerd in de onderzochte interventies.

Een doel van het UWV-subsidiethema 'Ervaren gezondheid en arbeidsparticipatie' is kennis te genereren over de relatie tussen gezondheidsbeleving en het verkrijgen van werk. De voornaamste vragen die aanleiding waren voor het subsidiethema, zijn: Wat werkt voor wie het beste? En waarmee kunnen de praktijkprofessionals in het

<sup>1</sup> SCP (2003). *De uitkering van de baan*. Den Haag: SCP.

<sup>2</sup> Schuring, M, F.A. Reijenga, B. Carlier & A. Burdorf (2011). *Gezondheidsbeleving van werklozen: wat is bekend en wat zijn witte vlekken?* Rotterdam/Leiden: Erasmus Medisch Centrum & AStri Beleidsonderzoek en advies.

<sup>3</sup> Duinkerken, G & H. Graafland (2010). *Negatieve gezondheidsbeleving*. Gilde Re-integratie, zie [www.gilddenetwerk.nl](http://www.gilddenetwerk.nl)

<sup>4</sup> Zo zijn op de site [www.interventiesnaarwerk.nl](http://www.interventiesnaarwerk.nl) van Divosa inmiddels zo'n 80 interventies systematisch besproken en beoordeeld.

<sup>5</sup> Sol, C.C.A.M. e.a. (2011) *Fit or unfit' naar expliciete re-integratietheorieën*, Amsterdam/Utrecht: AMC/ Universiteit Utrecht / UvA. Dit is een publicatie in het kader van het universitair onderzoekprogramma Re-integratie verbeteronderzoek dat financieel mogelijk gemaakt wordt door Stichting Instituut Gak.

<sup>6</sup> BIMRA staat voor Beoordelen van Interventies en Meetinstrumenten bij Re-integratie naar Arbeid, een onderzoeksproject van de universiteiten van Groningen en Maastricht in opdracht van de RWI en met financiering van UWV dat is afgesloten in 2008.

veld van werk en inkomen hun klanten het meest effectief helpen in hun weg naar betaalde arbeid, rekening houdend met hun individuele belemmeringen én mogelijkheden? Het voorliggende rapport komt voort uit dit subsidiethema.

#### *Leeswijzer*

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de doel- en vraagstellingen van het project waarin vanuit het subsidiethema een werkwijzer 'ervaren gezondheid' is ontwikkeld. In hoofdstuk 3 wordt de gekozen projectopzet en de totstandkoming van de werkwijzer toegelicht, waarna in hoofdstuk 4 de kennisvragen worden beantwoord. In hoofdstuk 5 en 6 komen de ervaringen van klanten, klantmanagers en werkcoaches met de eerste versie van de werkwijzer aan bod. In hoofdstuk 7 worden tenslotte de conclusies op een rij gezet en worden aanbevelingen gegeven hoe de ervaringen uit dit project over gezondheidsbeleving benut kunnen worden in de toekomstige dienstverlening van UWV en gemeenten om werklozen aan het werk te helpen.

De werkwijzer zelf - gedurende het project omgedoopt in de '*Aanpak Gezondheidsbeleving*' - is in de hoofdbijlage opgenomen.



## 2. DOELSTELLING EN THEORETISCH KADER

### 2.1 Doel- en vraagstelling van het subsidieproject

#### *Doelstelling*

Aan AStri Beleidsonderzoek en -advies en Radar Advies is subsidie verstrekt om in fase 1 binnen het UWV-subsidiethema 'ervaren gezondheid en arbeidsparticipatie' een concept werkwijzer te ontwikkelen en op kleine schaal te toetsen voor en met praktijkprofessionals. Na afronding van deze eerste fase zal UWV zich verder beraden over fase 2. Het uiteindelijke doel van het subsidiethema is om professionals in de keten van werk en inkomen handvatten te bieden om de invloed van gezondheidsbelemmeringen die klanten ervaren te verminderen.

#### *Vraagstelling*

In het subsidieproject hebben AStri en Radar, op basis van de beschikbare kennis, een werkwijzer ontwikkeld voor professionals van UWV en gemeenten. De werkwijzer moet een handleiding zijn voor werkcoaches van UWV en gemeenten om:

- te beoordelen of de klant belemmeringen ervaart vanuit zijn/haar gezondheidsbeleving;
- de klant in te delen volgens de gekozen klanttypering;
- inzicht te krijgen in de meest geschikte interventie voor deze klant.

Belangrijke notie is dat bij de werkwijzer voorop staat om - met de juiste interventies - problemen van klanten te tackelen die voortkomen uit een als slecht ervaren gezondheid. Het typeren van de klanten is een hulpmiddel hiertoe en geen doel op zich.

#### *Kennisvragen*

De werkwijzer is ontwikkeld op basis van de meest recente kennis die beschikbaar is op het terrein van gezondheidsbeleving in relatie tot arbeidsdeelname. Resultaten uit specifieke studies naar gezondheidsbeleving bij mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt<sup>7</sup> zijn betrokken in de werkwijzer. Ter ondersteuning van de ontwikkeling van de werkwijzer zijn in het project twee kennisvragen beantwoord:

1. Is de indeling in drie klanttypen in het genoemde Gildeproject bruikbaar?
2. Is het repertoire aan bestaande interventies voldoende om de beoogde klanten succesvol naar werk te begeleiden?

### 2.2 Doelstelling en doelgroep van de werkwijzer

#### *Doelstelling*

De doelstelling van de in dit project ontwikkelde en getoetste werkwijzer luidt:

*De werkwijzer dient de professionals (werkcoaches van UWV en gemeenten) te ondersteunen bij het signaleren van belemmeringen die voortkomen uit een als slecht*

<sup>7</sup> Zoals: Horssen, C van & Rosing, F.A. (2010), *Gezondheidsbeleving en werkhervatting 35-minners*, RWI, Den Haag en Keizer, M & Keuzenkamp (2011), *Moeilijk werken. Gezondheid en arbeidsdeelname van migrantenvrouwen*, SCP, Den Haag en Groenewoud, M e.a. (2011) *Ontwikkeling onderzoeksinstrumentarium. Testmeting van de vragenlijst voor klanten bij de Dienst Werk en Inkomen Amsterdam*, Gilde re-integratie en Regio-plan, Amsterdam.

*ervaren gezondheid en bij het kiezen van de juiste begeleiding en interventies (inclusief doorverwijzingen) voor de betreffende klant – rekening houdend met de persoon in kwestie en met de aard van zijn/haar belemmeringen en mogelijkheden.*

Werkhervatting (of het zetten van stappen in deze richting) is het uiteindelijke doel van de werkwijzer; dit succes kan echter niet in voorliggend project worden aangetoond. Een projectperiode van 5 maanden is niet voldoende voor ontwikkeling, testen en het volgen van de klanten, laat staan voor het doen van een effectiviteitsmeting. Dit kan aan de orde komen in eventueel vervolgonderzoek.

#### *Doelgroep van de werkwijzer*

Het project richt zich op klanten – met een uitkering en zonder werk – van UWV en gemeenten die vallen onder het regime van de WW of WWB. Deze klanten zijn divers. Wat de ene klant helpt richting werk hoeft niet te werken voor de andere klant. Om een betere dienstverlening te leveren zijn in recente projecten verschillende typeringen en profielen van klanten ontwikkeld. Met behulp van de typering kan er in de begeleiding meer maatwerk worden geboden, met als doel een meer succesvolle toeleiding naar werk. Zodoende zijn de bevindingen uit het Gildeproject ‘Negatieve gezondheidsbeleving’<sup>8</sup> als startpunt gehanteerd voor de te ontwikkelen werkwijzer. Binnen de WW- en WWB- populatie wordt ingezoomd op klanten van wie de klantmanagers en werkcoaches die hen begeleiden het vermoeden hebben dat een negatieve gezondheidsbeleving het zoeken van werk in de weg staat. De ontwikkelde werkwijzer gaat over gezondheidsbeleving, niet over de gezondheid zelf. Of mensen ook ‘feitelijke’ gezondheidsproblemen hebben, wordt niet beoordeeld. Wanneer de belemmeringen door feitelijke gezondheidsproblemen meer voorop staan dan de belemmeringen door een negatieve gezondheidsbeleving, dient de professional door te verwijzen naar behandeling en diagnosestelling binnen de reguliere (medische) kanalen.

De keuze voor de doelgroep is gemaakt op pragmatische gronden: het in korte tijd en op kleine schaal testen van een werkwijzer bij een diversiteit van doelgroepen werd als te complex beoordeeld.

### **2.3 Theoretische aangrijpingspunten en operationalisatie**

De werkwijzer heeft een praktische insteek. Theoretische modellen en inzichten uit de onderzoeksliteratuur kunnen echter helpen om een focus te bepalen. Bij het ontwikkelen van de werkwijzer is daarom voortgebouwd op beschikbare literatuur, modelvorming en interventies. Daaruit is datgene geselecteerd dat praktisch toepasbaar is.

Een specifiek en getest model voor gezondheidsbeleving in relatie tot interventies met werkloze klanten is niet beschikbaar; wel zijn er diverse modellen ontwikkeld die aan deze problematiek raken. Het theoretisch kader zoals gehanteerd in dit project heeft nadrukkelijk een praktisch doel: het bepalen van factoren die van positieve of negatieve invloed zijn op de gezondheidsbeleving en die zich lenen voor interventies met werkloze klanten. Gezocht is naar een theoretisch kader dat helpt bij de ordening van meespelende factoren. Vervolgens is gekeken of deze factoren beïnvloed-

---

<sup>8</sup> Duinkerken, G & H. Graafland (2010). *Negatieve gezondheidsbeleving*. Gilde Re-integratie.

baar zijn met interventies voor klanten vanuit UWV en gemeenten.

### *ICF en Wanberg*

Voorliggend project is gestoeld op een combinatie van het gedachtegoed van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de WHO en het model van Wanberg<sup>9</sup>. Volgens het ICF-model wordt participatie beïnvloed door de feitelijke gezondheidssituatie, objectieve anatomische eigenschappen en de beperkingen die een persoon in activiteiten ondervindt, evenals de omgevingsfactoren en persoonlijke factoren. Het Wanberg-model sluit hierbij aan, maar richt zich explicieter op factoren die tot succes van werkhervatting leiden. Deze zijn: de vraag op de arbeidsmarkt, het menselijk kapitaal van de werkzoekende, het sociale kapitaal, belemmeringen die de werkzoekende ervaart tot werkhervatting, de economische noodzaak om te werken, de wijze van zoeken naar werk en eventuele discriminatie door werkgevers.

Bij het ontwikkelen van de werkwijzer over de ervaren gezondheid hebben we ingezoomd op de volgende factoren:

- Belemmerende factoren
- Het persoonlijk menselijk kapitaal
- Het sociaal kapitaal

### *Operationaliseren van de factoren*

Als uitgangspunt voor de werkwijzer richten we ons op klanten van wie duidelijk is dat de (negatieve) gezondheidsbeleving een belemmering is bij het zoeken van werk.

Belemmerende factoren zijn op te splitsen in interne en externe belemmeringen. Bij interne belemmeringen denken we aan persoonlijke belemmeringen vanuit de klant zelf; bijvoorbeeld het hebben van een externe locus of control, waarbij de klant denkt zelf geen invloed op zijn/haar leven (en dus werkloosheid) te hebben. Externe belemmeringen liggen daadwerkelijk buiten de invloedssfeer van de klant: het gaat dan bijvoorbeeld de sociaal economische achtergrond en de woonsituatie van een klant. De werkwijzer zoomt in op de interne belemmeringen die een relatie hebben met de gezondheidsbeleving.

Het persoonlijk en sociaal kapitaal zijn factoren die zowel belemmerend als bevorderend kunnen werken voor de gezondheidsbeleving van klanten én voor werkhervatting. Wij richten ons op die factoren die behulpzaam kunnen zijn om de belemmering door een negatieve gezondheidsbeleving te verminderen.

- Bij het persoonlijk menselijk kapitaal denken we bijvoorbeeld aan persoonlijke vaardigheden zoals zelfinzicht, vaardigheden, opleiding, persoonlijkheid en andere persoonskenmerken.
- Belangrijke elementen van sociaal kapitaal zijn (de kwaliteit van) sociale relaties, groepslidmaatschap, formele en informele netwerken, gedeelde normen, vertrouwen, wederkerigheid en inzet voor de gemeenschap.

---

<sup>9</sup> Eerder toegepast in: Burg, van der, C, e.a (2009). *Begrip en beleving van de WGA, ervaringen van WGA-clënten met de WGA*, AStri, Leiden.

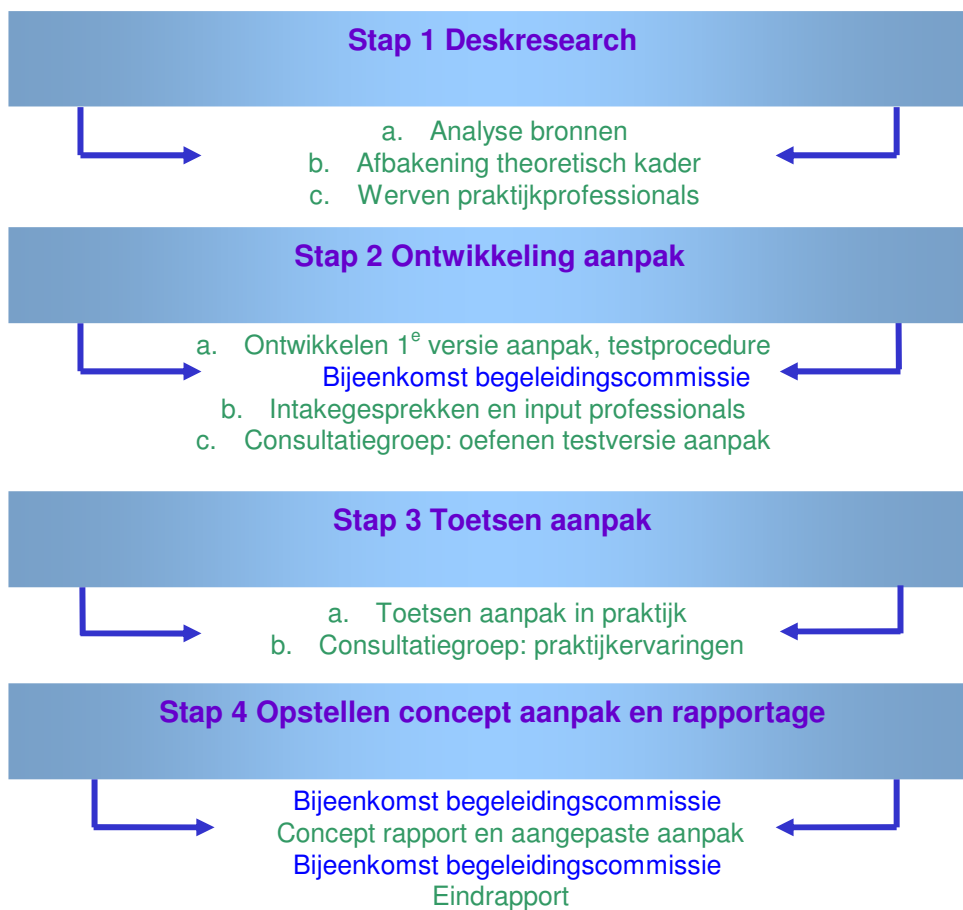


### 3. PROJECTOPZET

#### 3.1 Stappen in het project

In de projectopzet stond een interactief proces centraal om samen met werkcoaches en klantmanagers van UWV en gemeenten, en deskundigen op het gebied van professionalisering en re-integratiebeleid te komen tot een eerste versie van een praktische werkwijzer. Gaande weg het project is de werktitel “Werkwijzer inzake gezondheidsbeleving en de weg naar werk” veranderd in “Aanpak gezondheidsbeleving”. In de tekst van dit hoofdstuk en verdere hoofdstukken wordt daarom de aanduiding “Aanpak gezondheidsbeleving” gebruikt.

De volgende projectopzet is gehanteerd:



#### *Consultaties op verschillend niveau*

Ter begeleiding van het ontwikkelen en testen van de (concept)aanpak is op twee niveaus consultatie ingeroepen: enerzijds bij werkcoaches en klantmanagers van UWV en gemeenten voor wie de werkwijzer is bedoeld en anderzijds bij een begeleidingscommissie met deskundigen van UWV, het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Divosa en het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid van het Academisch Medisch Centrum.

### *Consultatiegroep die zelf toetst bij klanten*

Bij de start van het project is een consultatiegroep geformeerd van werkcoaches en klantmanagers van enkele gemeenten en UWV-vestigingen. De consultatiegroep is in dit project te beschouwen als onderdeel van het onderzoeksinstrumentarium: de groep (mede)ontwikkelde en toetste de aanpak. Er werd uitgegaan van een consultatiegroep van 10 tot 15 deelnemers, verdeeld over UWV en gemeenten. De deelnemers vormen geen representatieve groep professionals, maar zijn te beschouwen als voorlopers (wellicht later zelfs ‘ambassadeurs’). De onderzoekers hebben professionals benaderd van wie bekend is dat ze open staan voor een coachende en motiverende stijl van begeleiden en van wie we op voorhand wisten dat ze interesse hebben in het mede ontwikkelen van instrumentarium voor hun eigen werk. De praktische toepasbaarheid in hun werk staat voorop.

De deelnemers aan de consultatiegroep zijn geworven uit de netwerken van de onderzoekers en direct via UWV. Bij UWV vond de benadering van de werkcoaches plaats via enkele vestigingsmanagers. Er werden 19 mensen benaderd en er werd uiteindelijk gestart met 16 deelnemers.

### *Opzet van de test*

De deelnemers hebben input geleverd voor de testversie van de aanpak: in een persoonlijk gesprek is het doel van het project, de klanttypering en de insteek van de gekozen interventies met hen doorgenomen. Aan hen is verder gevraagd twee bijeenkomsten bij te wonen en hier actief in te participeren: één bijeenkomst bij de start en een bijeenkomst bij de afronding van de testperiode. De deelnemers zegden toe te proberen om de testversie van de aanpak ieder bij tenminste 3 van hun klanten te gebruiken. De professionals zouden in principe twee gesprekken voeren met klanten die zij zelf geselecteerd hadden. Tijdens het eerste gesprek bepaalden de professionals het type klant en stelden zij interventies voor die pasten bij dit type klant. In het tweede gesprek werden de interventies en mogelijke vervolgacties besproken met de klant.

De professionals ontvingen een map waarin de eerste versie van de aanpak en klantformulieren ter evaluatie waren opgenomen. De onderzoekers hebben gedurende de 6 testweken geregeld per mail en telefoon contact gehad met de professionals. Er was tevens een interviewprotocol ontwikkeld om de deelnemers systematisch te kunnen bevragen op hun ervaringen. De professionals zijn ook bevraagd op de paragraaf 2.2 vermelde kennisvragen.

## **3.2 Insteek van de aanpak**

De ontwikkeling van de aanpak heeft in nauwe samenspraak met werkcoaches van UWV en klantmanagers van gemeenten plaatsgevonden, zodat de aanpak aansluit bij de taal, de werkwijze en visie van de professional die ermee gaat werken. Er is gekozen voor een insteek waarbij het ondersteunen van de klant centraal staat; de klanttypering is daarbij een hulpmiddel. Gezocht is naar interventies die de klant kunnen helpen om zijn/haar persoonlijke en sociale kapitaal in te zetten om de belemmeringen vanuit de gezondheidsbeleving een minder negatieve rol laten spelen.

De context van de interventies bestaat uit gesprekken die klantmanagers en werkcoaches kunnen voeren met individuele klanten. De interventies moeten wel uitvoerbaar zijn in een termijn van enkele weken. De actualiteit gebied te vermelden dat

met name werkcoaches op dit moment weinig persoonlijk contact met klanten kunnen hebben. De dienstverlening is steeds meer gericht op e-coaching en voor sommige populaties groepsbegeleiding.

De interventies in de aanpak dienden binnen de context van één of twee gesprekken realiseerbaar en relatief eenvoudig te zijn: in te zetten door gekwalificeerde klantmanagers en werkcoaches zonder specifieke medische of therapeutische vooropleiding. Het accent is gelegd op de gespreksvoering zelf en op huiswerkopdrachten. Er is gekozen voor huiswerkopdrachten, omdat deze de klant dwingen tot zelfwerkzaamheid en activiteit.

#### *Coachende stijl van begeleiden*

Omdat de deelnemers aan de consultatiegroep open staan voor een coachende en motiverende stijl van begeleiden - daar zijn ze in principe ook op geselecteerd - is deze manier van begeleiden als bekend verondersteld. De onderzoekers vertrouwden op de coachende vaardigheden van de professionals en boden dan ook geen voorschrijvend en gedetailleerde aanpak. De insteek van de klanttypering moest de professionals helpen bij het krijgen van een completer beeld van de klant en van de rol die gezondheidsbeleving speelt bij deze klant. Van daaruit is het mogelijk om gericht te interveniëren.

#### *Alertheid op uitingsvormen van gezondheidsbeleving*

De aanpak is niet bedoeld om één, alles dekkende aanpak of om een waterdichte typering van klanten te geven. De aanpak is vooral gericht op het creëren van een alertheid bij professionals op verschillende vormen van gezondheidsbeleving. Daarnaast kan het winst voor de klant betekenen als professionals worden uitgedaagd om met kortdurende interventies de 'mindset' van klanten te stimuleren en hen te helpen om een positieve wending te geven aan hun zoektocht naar werk. Een wending waardoor ze minder last hebben van een negatieve gezondheidsbeleving. Het is niet de bedoeling dat de werkcoaches en klantmanagers op de stoel van een therapeut of arts gaat zitten. In de aanpak worden relatief eenvoudige interventies aangedragen die de professionals dus in hun gesprekken met klanten kunnen inzetten.

#### *Eigen kracht*

We leggen bij de aanpak de focus op de mogelijkheden die de klant zelf heeft (vanuit het persoonlijk menselijk en sociaal kapitaal). Het adequaat ondersteunen van de klant in het onderkennen en benutten van de eigen mogelijkheden, de eigen kracht en het eigen netwerk, zou moeten leiden tot minder invloed van de belemmeringen in de gezondheidsbeleving, tot een actievere houding en hiermee tot meer mogelijkheden voor werkhervatting.

## 4. BEANTWOORDING KENNISVRAGEN

### 4.1 Klanttyperingen

Naast het ontwikkelen van een aanpak gezondheidsbeleving stonden er twee kennisvragen centraal in dit project. De eerste kennisvraag die beantwoord dient te worden betreft de klanttypering. De vraag is of de drie klanttypen uit het Gildeproject<sup>10</sup> in de praktijk bruikbaar zijn of dat deze bijgesteld zouden moeten worden.

#### *De driedeling van het Gildeproject*

Om pragmatische redenen – de looptijd van het onderzoek was beperkt én omdat dit een voor de hand liggend startpunt was – was de driedeling van klantgroepen van het Gildeproject gekozen als vertrekpunt. Deze driedeling is immers ook gebaseerd op het onderscheid in de ervaren gezondheidsbelemmeringen en is vanuit de praktijk zelf aangedragen. De bruikbaarheid van de typering en de daaruit afgeleide interventies zijn door het Gildenetwerk echter nog niet grootschalig getoetst in de praktijk.

De klantdriedeling van het Gildeproject in het kort:

1. Klanten met multiproblematiek met een ‘slechte’ leefstijl en negatieve gezondheidsbeleving.
2. Klanten in een neerwaartse spiraal van negatieve ervaringen, verloren zelfvertrouwen en angst voor verandering. Een externe locus of control houdt de klant in deze spiraal.
3. Klanten met plotseling gezondheidsverlies, leidend tot controleverlies en onverwerkte rouw. Ook zij hebben een externe locus of control en lopen het risico vast te lopen in een slachtofferrol.

#### *Reacties op de driedeling van het Gildeproject*

In de eerste onderzoekstap bleek zowel vanuit de begeleidingscommissie en het projectteam, als vanuit de deelnemende klantmanagers en werkcoaches, dat de indeling van het Gildeproject aangescherpt kon worden. Dit zou met name helpen bij de keuze voor meer gerichte, klantspecifieke interventies.

De belangrijkste redenen om een gewijzigde indeling te kiezen, waren:

- Multiproblematiek is in de praktijk niet onderscheidend voor het genoemde type klant (eerste type). Bij veel klanten uit de doelgroep - ongeacht hun gezondheidsbeleving - is er sprake van multiproblematiek;
- De eerste twee typeringingen zijn lastig te onderscheiden van elkaar; beide typeringingen kenmerken zich door een neerwaartse spiraal;
- De zogeheten slachtofferrol zagen de geconsulteerde professionals niet expliciet terug bij de klanten die lijden aan gezondheidsverlies (derde type). Zij zagen bij deze klanten veeleer een moeizaam verlopen rouwproces ten aanzien van de gezondheid.

De driedeling is niet uitsluitend: er zullen klanten zijn met kenmerken van twee of wellicht drie typeringingen. Het zal aan de professional zijn om te bepalen welke problematiek de boventoon voert én welke problematiek – in het individuele geval – het meest urgent is om geadresseerd te worden met interventies.

---

<sup>10</sup> Zie Hoofdstuk 1, noot 3.



### *Onderscheidende kenmerken en interventies*

Dat typeringen elkaar niet *geheel* uitsluiten zal altijd in meer of mindere mate spelen. In overleg met de deelnemende professionals zijn we bewust op zoek gegaan naar meer onderscheidende klantkenmerken. Het derde type klant uit het Gildeproject (met gezondheidsverlies) riep wel herkenning op en is gehandhaafd in de werkwijzer. Na de individuele consultaties met de deelnemende werkcoaches en klantmanagers is er een geheel nieuw type (de klant die geen grenzen kan stellen) aan toegevoegd. De overige typen uit het Gildeproject zijn aangepast. De voorgestelde vierdeling - zie hieronder - ondervond brede herkenning bij de professionals en bij de begeleidingscommissie. De vierdeling bleek ook geschikt bij het zoeken en ontwikkelen van specifieke interventies.

We onderscheiden dan ook de volgende typen klanten met een als slecht ervaren gezondheid:

1. De klanten met een als slecht ervaren gezondheid in een **slachtofferrol**. Deze klanten zitten in een vicieuze cirkel van slachtoffer zijn en zoeken een legitimatie voor de situatie waarin zij zitten.
2. De klanten met een **plotseling of onverwerkt gezondheidsverlies**.
3. De klanten met een als slecht ervaren gezondheid die **bang** zijn: bang voor inbreuk op hun - als kwetsbaar ervaren - gezondheid, bang voor de consequenties van werk, bang voor de toekomst en veranderingen. Dit zijn meestal piekeraars die overal beren op hun pad zien.
4. De klanten die hun **grenzen niet kennen**. Deze klanten zijn in principe positief ingesteld, ook ten aanzien van hun eigen kunnen en gezondheid. Hun inschattingen zijn echter dusdanig irreëel dat deze constant tot teleurstellingen en ten slotte tot frustratie leiden. Deze klanten zeggen moeilijk 'nee' tegen verzoeken uit hun persoonlijke netwerk om te helpen "nu ze toch niet werken".

We willen benadrukken dat het onderscheiden van klanttypen geen doel op zich is: het gaat immers om het zo adequaat mogelijk begeleiden van klanten. Er wordt in de aanpak veel nadruk gelegd op de interventies die kunnen worden ingezet.

## **4.2 Interventies bij een negatieve gezondheidsbeleving**

De tweede kennisvraag betref het repertoire aan interventies dat klantmanagers en werkcoaches tot hun beschikking hebben: is dit repertoire voldoende om klanten met problemen in de gezondheidsbeleving te begeleiden naar werk?

### *Wat zijn interventies?*

Onder interventies verstaan we in dit project alle doelbewuste vragen, opdrachten of suggesties in het klantcontact die gericht zijn op het wegnemen van belemmeringen in de gezondheidsbeleving (waarbij het uiteindelijk om het vinden en houden van werk gaat).

### *Geen repertoire beschikbaar*

Zowel in de literatuur als in de gesprekken met de professionals kwam naar voren dat er door klantmanagers en werkcoaches geen specifieke interventies worden ingezet voor klanten met problemen met gezondheidsbeleving. De klantmanagers en

werkcoaches zijn ook geen werkwijzen of aanpakken bekend hieromtrent.

De insteek van gezondheidsbeleving vond vooraf herkenning. Maar er kwamen geen suggesties voor aanvullende interventies naast de interventies die de onderzoekers in de testversie van de aanpak hadden aangedragen.

De deelnemers aan het onderzoek geven wel een aantal basisadviezen aan klanten<sup>11</sup>, zoals:

- Het accent leggen op de eigen mogelijkheden van de klant bij het vinden van werk (in plaats van beperkingen).
- Het belang van een gezonde levensstijl, bewegen, buiten de deur komen, sociale contacten.
- Het gebruiken van het eigen netwerk bij het vinden van werk.
- Het belang van een gangbaar dagritme: op tijd opstaan, de maaltijden gebruiken en op tijd naar bed gaan.
- Er representatief uitzien en zich adequaat gedragen bij contacten met werkgevers.

Daarnaast benadrukken de deelnemers bij hun klanten dat zij beschikbaar moeten zijn voor werk en om te solliciteren. Een aantal deelnemers aan de consultatiegroep hanteerde in hun klantbegeleiding specifieke coachende principes zoals: spiegelen-de feedback geven (dat wil zeggen: de klanten feedback geven op hetgeen zij uitstralen en laten horen) en het doorvragen naar (en laten benoemen van) motieven en gevoelens.

Voor de meeste klanten geldt, volgens de professionals, dat gedragsverandering of een verandering in de perceptie gewenst is. Tevens geldt voor de meeste klanten dat zowel werk, sociale activering en de focus op wat *wel* kan (in plaats van wat niet kan), als een coachende begeleiding hen hierbij kan helpen.

#### *Interventies in aansluiting op de praktijk*

De deelnemende professionals stonden positief tegenover suggesties voor specifieke interventies bij een als slecht ervaren gezondheid, mits deze in hun reguliere werk inpasbaar zouden zijn. De gekozen interventies in dit project sluiten dan ook nauw aan op de praktijk van de professionals. Aan hen wordt een repertoire aangereikt dat verder gaat dan de reguliere gespreksvoering en dat specifiek betrekking heeft op de gezondheidsbeleving.

Voor de drie klanttypen in het Gildeproject zijn al algemene suggesties gedaan voor aanpakken gericht op gedragsverandering<sup>12</sup>. Deze suggesties gaven een eerste bouwsteen voor de te ontwikkelen werkwijzer. In de Nederlandstalige literatuur over gedragsverandering, coaching en trainingen<sup>13</sup> voor specifieke persoonlijke problemen (slachtofferrol, rouw, piekeren en angst, geen grenzen stellen) is gezocht naar aanvullende interventies. Deze zijn waar mogelijk aangepast aan de context van de werkloze klanten en de professionals.

We delen de interventies binnen de werkwijzer als volgt in:

<sup>11</sup> De professionals duiden deze adviezen niet aan als interventies.

<sup>12</sup> Zie Hoofdstuk 1, noot 3.

<sup>13</sup> Zie de bronnen aan het einde van de Aanpak Gezondheidsbeleving in de bijlage.

- Interventies tijdens het gesprek zelf (zoals het stellen van specifieke vragen of het geven van spiegelende feedback);
- Huiswerkopdrachten;
- Doorverwijzingen (naar de reguliere kanalen, bijvoorbeeld de huisarts of een arbeidsdeskundige).

Huiswerkopdrachten staan centraal bij de gekozen interventies. Hoewel huiswerkopdrachten niet onbekend zijn in de begeleiding die de klantmanagers en werkcoaches bieden - en door hen positief aangeduid - worden deze in de reguliere praktijk slechts weinig toegepast. De professionals stellen dat huiswerkopdrachten met name behulpzaam zijn bij het versterken van de zelfredzaamheid.

#### *Niet wetenschappelijk onderbouwd*

Een wetenschappelijke basis ontbreekt bij de geselecteerde interventies. Wel zijn sommige interventies afgeleid uit wetenschappelijk getoetste methoden, zoals het G-schema dat uit de cognitieve gedragstherapie is afgeleid en de curve van rouwverwerking die eveneens wetenschappelijk is onderbouwd. De interventies zijn gebaseerd op een bredere toepassing in de (training en coaching) praktijk, maar niet specifiek in de context van gezondheidsbeleving en arbeidsparticipatie.

In een eventueel vervolgproject zou het zinvol zijn om zowel de aanpak in zijn geheel als de specifieke interventies in de context van werkloze klanten te toetsen op effectiviteit.

## 5. ERVARINGEN VAN WERKCOACHES, KLANTMANAGERS EN KLANTEN

### 5.1 Procesmatige ervaringen met de ‘Aanpak Gezondheidsbeleving’

#### *De testfase*

16 Klantmanagers en werkcoaches waren betrokken bij de aftrap van de testfase, 11 van hen vonden ook daadwerkelijk gelegenheid om de aanpak te testen. Zij stuurden van in totaal 24 klanten de evaluatieformulieren op (zie tabel 5.1).

**Tabel 5.1 Deelnemers aan de testfase**

	Klantmanagers	Werkcoaches	Totaal
Aanwezig bij start project	7	9	16
Aanpak ook toegepast	6	5	11

#### *Redenen voor afhaken of beperkt toepassen van de aanpak<sup>14</sup>*

Klantmanagers en werkcoaches hadden zich bij de start gecommitteerd om de aanpak bij drie cliënten te testen. Tijdens de testfase kwam naar voren dat dit een aantal van hen toch niet is gelukt. De belangrijkste redenen hiervoor waren:

- Tijdgebrek, een hoge caseload (het meest genoemd);
- Minder contact met klanten dan van tevoren gedacht (met name door ‘no show’ van klanten);
- Te weinig klanten om de aanpak toe te passen;
- Langdurige ziekte van de professional in kwestie;
- Niet aanwezig kunnen zijn bij de start van het project;
- Koudwatervrees, niet goed durven.

#### *De selectie van klanten<sup>15</sup>*

De professionals waren vrijgelaten in hun selectie en benadering van klanten. Vooral klantmanagers bleken voldoende klantcontacten te hebben om uit te putten. Soms heeft de professional bewust vooraf een selectie kunnen maken. Een enkeling had koudwatervrees en deed daardoor wat langer over het vinden van geschikte klanten of zag daardoor geen gelegenheid om de aanpak daadwerkelijk toe te passen.

Met behulp van een aantal citaten worden de ervaringen van de deelnemers nader toegelicht.

“Mijn caseload is verminderd tot 60. Dit zijn mensen die ik zeer goed ken en met wie ik al vele gesprekken heb gehad. Ik wilde de aanpak bij nieuwe klanten toe passen.”

“Ik heb gewoon naar mijn lijst van klanten gekeken, naar degenen die ik kende en die altijd belemmeringen oproepen als ik werk ter sprake breng.”

“Het ging prima, bijna alle klanten hebben gezondheidsproblemen en ervaren die als een belemmering. Ik heb gekeken naar mensen die extra ondersteuning kunnen gebruiken, en ik heb niet de

<sup>14</sup> Bron: tussentijdse telefonische interviews en email contact met de leden van de consultatiegroep.

<sup>15</sup> Bron: tussentijdse telefonische interviews met de professionals.

meest ingewikkelde casussen geselecteerd (er moet wel op korte termijn resultaat mogelijk zijn).”

“Het is lastig inschatten bij wie de aanpak toegepast kan worden. Toen ik die knoop eenmaal had doorgehakt, had ik geen moeite met toepassen van de aanpak.”

“Ik heb klanten geselecteerd en bedacht wat zou kunnen werken voor die klanten, maar ik heb de aanpak nog niet uitprobeerd. Ik werk niet zo coachend en heb weinig klantcontact. Het is hoog gegrepen voor onze klanten, het is diepgaander en dat vraagt om intensieve begeleiding. Het zou wel goed zijn om op deze manier met klanten om te gaan, ik denk wel dat het nuttig is.”

Sommige werkcoaches vonden de selectie van klanten lastig. Bijvoorbeeld door de verhuizing van het kantoor, een hoge caseload en minder klantcontacten door de digitalisering van de dienstverlening. Eén deelnemer noemt als knelpunt dat veel gezondheidsklachten van klanten niet werkgerelateerd zijn of al bestonden voor hun werkloosheid. Het valt volgens deze deelnemer niet binnen de bevoegdheden om hier iets mee te doen. Dit geeft aan dat niet voor alle deelnemers van de consultatiegroep voldoende duidelijk was dat de aanpak niet over gezondheidsklachten gaat, maar over *de beleving* van gezondheid.

“Ik vond het lastig klanten te selecteren. Want er zijn veel digitale dossiers, de klanten hebben we vaak niet gesproken, dus je weet weinig van ze.”

## 5.2 Inhoudelijke ervaringen met de ‘Aanpak Gezondheidsbeleving’

### 5.2.1 Meerwaarde van de aanpak

De meerwaarde die professionals ervaren van de aanpak hangt af van hoe ze in hun werk staan en van de mate waarin ze hun reguliere werkwijze willen/kunnen aanpassen<sup>16</sup>. Professionals die open stonden voor een andere aanpak en bewust (elementen uit) de geboden aanpak toepasten, ervoeren de volgende verschillen met hun reguliere gespreksvoering:<sup>17</sup>

- De focus ligt anders;
- Geen gesloten vragen stellen, maar met open vragen toetsen of je insteek klopt;
- De aanpak biedt structuur en een denkkader;
- Het gesprek krijgt meer diepgang;
- Positievere toon;
- Huiswerkopdrachten stimuleren eigen verantwoordelijkheid;
- Je wordt bewuster van het type klant en wat je daarvoor kunt inzetten;
- Meer ruimte voor het aanhoren van het verhaal van de klant (zie casus 2).

#### Andere focus

“Het was anders doordat ik nu bewust de keuze maak om met cliënten na te denken over hun toekomst. Anders had ik bij cliënt 1 ingezoomd op zijn schulden. In mijn reguliere gesprekken kom ik daar niet aan toe en dat vind ik erg jammer. Met veel klanten ben je niet zo intensief bezig, als wat nu binnen deze pilot kan. Dan gaat het veel meer over eigen verantwoordelijkheid en verplichtingen. Het idee daarachter is: als je geen concreet traject aanbiedt, blijf je praten en gebeurt er niets. Wel is lastig hoe die beide elementen te combineren.”

<sup>16</sup> Bron: tussentijdse telefonische interviews met de professionals.

<sup>17</sup> Bron: tussentijdse telefonische interviews met de professionals.

**Open vragen stellen**

“Mijn werk is gericht op handhaving en controle en een klein stukje ondersteuning. Maar zo'n gesprek als dit, dat duurt langer. Als je zulke vragen stelt, moet je ook gelegenheid geven tot antwoorden. Ik heb nu bijna geen gesloten vragen gesteld, eerst met open vragen getoetst of mijn insteek klopte. Klanten vinden dat heel fijn, dan kunnen ze hun verhaal vertellen.”

**Meer diepgang**

“Je krijgt meer informatie over de klant en zijn situatie, het gesprek krijgt meer diepgang. Inzicht in wat speelt voor de klant.”

**Gesprekken op ander niveau**

“De gesprekken vinden met deze aanpak op een ander niveau plaats: met een positievere toon, je hebt een andere bril op tijdens de gesprekken. De aanpak biedt structuur en een andere insteek in de gesprekken. Het is bijvoorbeeld handig om dingen op te kunnen zoeken in de map<sup>18</sup>, waardoor je wat meer achtergrondkennis hebt. Verder ligt de verantwoordelijkheid meer bij de klant, de klant heeft tijd om thuis erover na te denken en om dingen op te schrijven.”

**Je wordt bewust bekwaam**

“De gespreksvoering is niet echt anders, maar je wordt je wel bewuster van het type klant en wat je voor deze klant allemaal kunt inzetten. Het biedt een denkkader. Je wordt eigenlijk van onbewust bekwaam, bewust bekwaam.”

De meerderheid van de professionals was positief over de aanpak. Een professional die wat cynisch in het werk staat en liever niet de reguliere werkwijze overboord zet, vindt het lastig om klanten over het dode punt (“Ik heb last van dit en dat”) heen te krijgen (zie casus).

**Casus**

*Hoe verliep het gesprek met de klant?* “Dat gesprek ging wel goed. Zijn reactie was alleen weer: ik heb last van mijn onderrug.” *Wat was uw insteek van het gesprek?* “Dat hij mee wilde werken, verder was het gesprek niet anders als gewoon.” *Heeft u er bewust voor gekozen het gesprek niet anders te voeren als dat u gewend was?* [Stilte] *Of is dit een lastige vraag?* “Ja, ik probeer altijd zo positief mogelijk het gesprek in te gaan. Deze keer dus ook. Maar vaak komt dan het punt waarop de klant zegt: ik heb last van dit en dat.” *Heeft u dan nog specifieke vragen uit de aanpak kunnen halen, of zijn dit vragen die u altijd wel toepast?* “Ja, veel herkende ik al en gaandeweg pas je de vragen aan aan je eigen stijl. *Wat heeft u deze cliënt aan huiswerkopdrachten meegegeven?* “Ik heb aan hem gevraagd hoe hij de komende 40 jaar verder wil, hoe hij zijn toekomst ziet. En ik heb hem gevraagd om kranten door te nemen en vacatures mee te nemen die hem wat lijken.” *Hoe reageerde hij?* “Zoals altijd. Hij zat achterover geleund en zei: ga ik doen.” *Hoe had u deze klant getypeerd?* “Als angstige klant, die altijd beren op de weg ziet. Ik ben benieuwd of de klant komt op de vervolgspraak en wat er dan gebeurd is.”

**5.2.2 Toepassing van de klanttypologie**

Er zijn tijdens de testfase telefonische interviews met de professionals gehouden om hun ervaringen te registeren. Ook tijdens de tweede bijeenkomst van de consultatiegroep is feedback gevraagd op de toepassing van de aanpak.

Ervaringen met de toepassing van de klanttypologie:

- De typologie wordt nadrukkelijk herkend en zinvol gevonden.
- De aanpak maakt dat je meer moet doorvragen. Anders kom je niet te weten wat voor iemand je voor je hebt en wat iemand verder helpt. Hierdoor moet je soms je eigen beeld over iemand loslaten. Dit betekent alert zijn om een beeld van

<sup>18</sup> De deelnemers hebben een map gekregen waar de aanpak in beschreven staat.

- de klant bij voorbaat niet teveel 'in te vullen'.
- Een persoon kan meerdere typen in zich dragen. De interventies hoeven niet per se gekoppeld te worden aan een typologie. Maar het geeft wel richting.
  - Het benoemen van het klanttype kan in sommige gevallen ook behulpzaam zijn als interventie op zich (bijvoorbeeld "Ik zie dat u zich slachtoffer voelt van uw situatie. Klopt dat?").
  - Sommige professionals hebben moeite met het toekennen van een typering. Anderen geven aan dat het niet fout of schadelijk is als een klanttype – bij nadere kennismaking – niet blijkt te kloppen.
  - De aanpak helpt om de klant beter te leren kennen en een relatie met hem of haar op te bouwen. Klanten voelen zich – volgens de professionals – meer begrepen, durven zich kwetsbaar op te stellen en kunnen daardoor beter worden gecoacht. Vertrouwen opbouwen blijkt een belangrijke stap tijdens het bepalen van de klanttypering.

#### **Doorvragen, alertheid: een klant kan meerdere types zijn**

"Je hebt een bepaald beeld van een klant en dat maakt het moeilijk een keuze te maken welk type klant je voor je hebt. Doorvragen is dan dus heel belangrijk. Ik merkte dat een interventie niet per se gekoppeld hoeft te zijn aan een typering. Ook omdat je moet kiezen wat de prioriteit heeft: waar richten andere professionals zich al op? Wat kan ik daar aan toevoegen? Ik had bijvoorbeeld een klant die in een re-integratietraject zat. Die heb ik inzicht laten krijgen in haar eigen dagprogramma en dat heeft geleid tot meer uren participatie in het traject. Deze opdracht past niet bij het klanttype (angstig), maar is wel het belangrijkste. Ze is angstig, want ze schaamt zich voor haar huidziekte, begon zich af te zonderen, heeft geen vriendinnen. Daarom heb ik haar eerder al op een activeringstraject gezet en haar verplicht tot psychologische begeleiding. Nu gaat het om verdere uitbreiding van uren dat ze beschikbaar is op een dag, ook richting werk. De klant zelf vond het interessant en leerde hierdoor dat ze ook thuis (ze woont bij haar ouders) afspraken kan maken. Ik had dit niet van te voren verwacht, want ze zei altijd: ik kan niet, ik ben te ziek".

#### **Vertrouwen opbouwen om een klant goed te kunnen typeren**

"Mijn klant leek in een slachtofferrol te zitten. Dat roept bij mij altijd irritatie op. Uiteindelijk kwam ik op een ander niveau met deze mevrouw. Ze durfde zich kwetsbaar op te stellen. Ze bleek bang om te falen, om teleurgesteld te raken. Vandaar dat ze altijd van alles riep: dan hoefde ze de confrontatie niet aan te gaan." Op welk punt durfde ze zich kwetsbaar op te stellen? "Het was een groeps-training van zes dagen. De eerste dag zat ze met de jas dicht en een houding van: ik zit hier omdat het moet. Huiswerkopdrachten vond ze kinderachtig. Na een paar dagdelen kwam ze los, ook door de interactie met de groep. De laatste dag trakteerde ze, omdat ze het zo gezellig had gevonden! In het eindgesprek kon ik de aanpak toepassen. In het eerste contact dacht ik aan een slachtofferrol, op het eind kwam ik op een ander type uit. Vertrouwen opbouwen is dus heel belangrijk."

#### **Draaideureffect als aanwijzing**

"Ik had een klant, die overschatte zichzelf, die wilde alles wel doen. Pas laat kwam ik er achter dat hij een gezondheidsprobleem heeft. Hij wilde dit voor zichzelf niet erkennen. Daarom is het bergafwaarts met hem gegaan. Hij bleek clusterhoofdpijnen te hebben. Dat heeft hij pas na een half jaar bij mij aangegeven. Als interventie heb ik spiegelen toegepast, het G-schema invullen. Dat vond hij goed om te doen." Waren er bij deze klant aanwijzingen waardoor je wellicht in de toekomst eerder dit type klant zou herkennen? "Het 'draaideureffect' zou een aanwijzing kunnen zijn. Hij wilde steeds alles aanpakken, maar zijn baantjes hielden nooit lang stand." Is gezondheid een onderwerp in je gesprekken met klanten? "Over gezondheid begin ik niet, tenzij een klant dat te berde brengt."

De deelnemers hadden ook suggesties ter verbetering van de klanttypologie:

- Een checklist om het klanttype te bepalen zou iets toevoegen volgens sommigen. Anderen vinden dit juist te statisch en niet passend bij de aanpak. Allen vinden het handig als in de map met de aanpak meer toelichting komt op de me-

- chanismen achter een klanttypering. Ook meer voorbeelden kunnen helpen;
- Van belang is dat in de tekst van de aanpak expliciet staat dat iemand in de praktijk een ander type kan blijken te zijn, dan op voorhand ingeschat;
  - Gezondheidsbeleving is een term die uitleg behoeft: dat het niet alleen gaat om somatische, maar ook om de sociale en de psychische component. Het gaat echt om de beleving van de gezondheid, dat is wat centraal staat in de aanpak. Dat moet nadrukkelijk beschreven staan in de introductie op de aanpak.

Deze suggesties zijn doorgevoerd in de laatste versie van de aanpak (zie de hoofdbijlage).

### 5.2.3 Toepassing van interventies

Aan de deelnemers is ook gevraagd feedback te geven op de interventies. Zij noemden de volgende punten:

- Sommige professionals moeten zich de interventies nog meer eigen maken: oefening baart kunst. Degenen die drie of vier klanten hadden begeleid waren hier al veel zekerder over, dan degenen die daar niet aan waren toegekomen.
- Er is behoefte aan (eigen) klantgerichte tekstjes ter introductie van de interventies: om aan te sluiten bij de taal van de klant. De interventies worden daarmee meer 'eigen' gemaakt.
- Soms koos men gemakshalve voor een eenvoudige, bekende of laagdrempelige opdracht.
- De opdracht met de afscheidsbrief leek sommigen op voorhand nogal 'heftig'; het voelde voor hen als een 'enge' interventie. Maar deze interventie leverde in de praktijk juist zeer goede resultaten op. Wel is het belangrijk om van te voren al na te denken over feedback na het uitvoeren van de opdracht (positief, laten benoemen wat er goed is gedaan).
- Een alternatieve vorm van een afscheidsbrief is ook toegepast door de klant in het gesprek een lijstje te laten maken van dingen die hij/zij 'kwijt' is. Daarna was de opdracht een lijstje te maken van dingen die men juist wel heeft. Eventueel kan de professional vervolgens doorgaan met competenties en kwaliteiten.
- Soms komt het voor dat iemand een huiswerkopdracht niet heeft gedaan. Professionals hebben in dat geval de opdracht tijdens het klantcontact laten uitvoeren. Hierdoor krijgt het gesprek meteen een positieve wending.
- Wat hoort bij je taak en wat niet? Dit speelt vooral als het gaat om medische aspecten. Belangrijk is om dan voor ogen te houden dat het gaat om gezondheidsbeleving, niet om gezondheid. Als de beleving van klachten een belemmering is om op zoek te gaan naar werk, dan kun je interventies gebruiken uit de aanpak.

#### Huiswerkopdracht tijdens klantcontact

"Ik heb geen problemen ervaren bij toepassing van de aanpak, maar het loopt in de praktijk wel eens iets anders dan gedacht. Klant 1 had de opdracht ("verzin een droombaan") niet thuis gedaan (op papier), dus hebben we het ter plekke mondeling doorgenomen. Zijn fantasie was niet erg groot, komt misschien ook door zijn intelligentieniveau. Ik moest heel erg trekken om antwoorden uit hem te krijgen. Hij zei dat hij over vijf jaar een groot huis wil, een mooie auto, veel werk. En oh ja, hij noemde ook nog veel vrienden, dat is ook belangrijk. Qua werk dacht hij aan vrachtwagenchauffeur, want productiewerk, de hele dag hetzelfde doen, dat vond hij niets. Ik heb hem ook gevraagd wat voor een vrachtwagenchauffeur, en hij wilde het liefst internationaal, landen doorreizen. Hij heeft nu alleen rijbewijs B, dus daar zal hij eerst nog andere rijbewijzen voor moeten halen. Ik heb hem nu als vervolgoopdracht meegegeven om een vacature te zoeken waarin zijn ideale baan staat. Volgende week komt hij terug op gesprek."



**Afscheidsbrief**

“Een klant van mij heeft een prachtige afscheidsbrief geschreven. Dat vond ze leuk om te doen en het heeft geholpen om problemen uit het verleden los te laten en na te denken over mogelijkheden in de toekomst.” Welke feedback heb je haar gegeven? “Knap dat je dat gedaan hebt. Je staat open voor nieuwe dingen.”

“Mijn klant was door het verlies van zijn gezondheid onzeker geworden. Hij zei: hoe nu verder? Ik weet het niet meer. Ik heb hem toen eerst een lijstje laten maken wat hij kwijt was (aanzien in de buurt, sociale status, werk, inkomen etc.). Zijn reactie was toen: pff dat is een hoop! Toen dat duidelijk was heb ik hem een competentietest laten maken, zodat zijn kwaliteiten in beeld kwamen. Na het benoemen van de verdrietige dingen was er ruimte om de kwaliteiten in kaart te brengen. Dat gaf een nieuwe wending in het gesprek en leidde ertoe dat hij wilde kijken welke functies zouden passen bij die benoemde kwaliteiten”

**Oefening baart kunst**

“Het kost tijd om de interventies uit te leggen en te bespreken. Om een klant te selecteren is een gesprek nodig. Ik moest er wel even inkomen bij het uitleggen van de interventies, maar het is wel gelukt (meer oefenen zou mij zeker helpen).”

*Reacties van klanten op de aanpak<sup>19</sup>*

De deelnemers hebben waar mogelijk ook aan de klanten gevraagd hoe ze de interventies vonden en of zij vervolgstappen ondernemen. De klanten waren in meerderheid positief en van plan een volgende stap in de richting van werk te nemen. Bij een enkeling was de reactie moeilijk te peilen.

**Klant zegt dat hij/zij er baat bij heeft gehad**

“Meneer geeft aan dat ik hem ‘door’ heb. Ik hoor hem niet meer over buikpijn. Na de moeizame start is meneer inmiddels vol enthousiasme bezig met het aangeboden traject/werkzaamheden. Hij is inmiddels ook telefonisch bereikbaar en neemt zelfs contact met mij op. “

“Mevrouw zegt weer een positieve kijk te hebben betreffende haar huidige situatie, en ziet toekomst perspectief na de training en gesprekken. Zij zegt: ‘Ik heb er weer zin in’. Haar rug- en knieklachten zijn niet verdwenen maar wel minder op de voorgrond aanwezig.”

“De gesprekken hebben voor de klant een duidelijker beeld opgeleverd over zijn eigen kwaliteiten en mogelijkheden die hij ook kan inzetten bij andere functies. Dit gaf hem een opgelucht gevoel en een antwoord op zijn vraag ‘hoe nu verder?’.”

“Het schrijven van de afscheidsbrief vond ze goed, ze zag dit als een stap naar een nieuw begin. Ze geeft aan dat het opluchting gaf. De veranderingscurve van een rouwproces vond ze herkenbaar.”

“Hij heeft geleerd om eerder toe te geven aan zijn gezondheidsklachten en dit te benoemen”.

**Klant onderneemt vervolgstappen**

“De klant is verder gegaan om toch nog de mogelijkheid van Wajong te onderzoeken. Mijn vragen met betrekking tot haar netwerk en plezierige gebeurtenissen vond ze niet vervelend. Gaat nu vooral met haar levenscoach (toegewezen gekregen vanuit CIZ-indicatie) verder om te onderzoeken waar ze geactiveerd kan worden. Ze denkt aan een maatjesproject vanuit het Oranje Fonds.”

“De klant vond het fijn om zijn gedachten op papier te schrijven. Ook het contact met zijn kinderen wordt nu stap voor stap weer opgepakt. Hij is daar zeer blij om. Hij geeft aan dat hij nu wel inziet

<sup>19</sup> Bron: de klantformulieren die door de professionals zijn ingevuld.

dat hij wel psychologische begeleiding nodig heeft, omdat hij zich om van alles druk maakt.”

**Reactie van de klant is moeilijk te peilen**

“Ze spreekt zich niet expliciet uit hoe zij de gesprekken heeft ervaren. Vindt het wel fijn dat er naar haar geluisterd is. Zij wil de geboden groepstraining gaan volgen om uit te zoeken wat een mogelijke vervolgstap kan zijn.”

## 6. VOORWAARDEN EN AANDACHTSPUNTEN VOOR TOEKOMSTIG GEBRUIK

### *Voorwaarden voor gebruik*

Tijdens de tweede bijeenkomst van de consultatiegroep is ingegaan op de voorwaarden die de professionals zien voor het gebruik van de aanpak gezondheidsbeleving. Dit is wat zij teruggaven:

- *Persoonlijk klantcontact* is een voorwaarde. Dit kan wellicht telefonisch, maar is volgens de deelnemers per mail nauwelijks mogelijk;
- *Positieve feedback* is essentieel voor het meewerken van de klant aan de aanpak;
- *Draagvlak* voor het gebruik van de aanpak bij collega's en leidinggevende(n) van de professional helpt;
- *Groepsaanpak* kan op twee manieren: het thema gezondheidsbeleving bespreken in de groep en iedereen doet een huiswerkopdracht, of enkele interventies van de aanpak vertalen naar interventies in het kader van een groepstraining.

#### **Persoonlijk contact: kan telefonisch, maar niet per email**

"Een belafsprake nadat je in een gesprek een huiswerkopdracht hebt meegegeven is een optie, dat gebeurde soms al. Per email is lastig. Op papier of het scherm kunnen dingen toch anders overkomen. Je loopt dan het risico van een conflict of irritatie."

#### **Geef positieve feedback**

"Waardering uitspreken richting de klant dat deze er tijd in gestoken heeft, helpt altijd."

#### **Draagvlak bij collega's en leidinggevenden**

"Als collega's er voor open staan, is het makkelijker om op deze nieuwe manier te werken. Ambassadeurschap, enthousiasme kunnen aanstekelijk werken."

#### **Aanpak is op twee manieren toepasbaar bij groepen**

"Ik stel me voor dat je het in de groep meer globaal bespreekt en dat iedereen daarvoor zelf een opdracht thuis doet. (...) Of bij een dagdeel dat gaat over gezondheid kun je de groep wat vertellen over gezondheidsbeleving, bijvoorbeeld: als je iets met plezier doet, voel je de klachten minder. De huiswerkopdrachten uit de aanpak, het spiegelen, zou je vervolgens kunnen vertalen tot opdrachten in de groep. Wanneer heb je ergens genoeg last van qua gezondheid om een afspraak af te zeggen? Daar zullen verschillende reacties op komen. Daarmee geef je dan ruimte tot nadenken. In de gesprekken volgt dan wellicht een omwenteling."

### *Toekomstig gebruik*

Tijdens de telefonische interviews en de laatste bijeenkomst van de consultatiegroep is de professionals eveneens gevraagd naar de mogelijkheden die zij zien voor toekomstig gebruik van de aanpak. Twee zaken kwamen nadrukkelijk naar voren: het face-to-face klantcontact en het feit dat het inzetten van de interventies geoefend moet worden.

Face-to-face klantcontact is in huidige praktijk van de professionals alleen bij bepaalde doelgroepen en bij de groepsaanpak mogelijk. Daar waar de ruimte of de tijd is in de begeleiding is het advies: zoek die ruimte en gebruik dan de aanpak. De grotere caseload en de tendens naar minder persoonlijke klantcontacten wordt als belangrijkste belemmering ervaren voor het toepassen van de aanpak. Enkele suggesties die de professionals gaven, betroffen het gebruik van de aanpak bij klanten uit andere doelgroepen, zoals vangnetters in de Ziektewet, klanten uit de WIA en oude-

re werkzoekenden (55+). De werkcoaches houden volgens de huidige plannen na het Re-design bij UWV namelijk wel face-to-face contact met 55-plussers, 35-minners en WIA 35-80 populaties. Deze groepen vielen buiten de doelgroep van deze eerste test met de aanpak gezondheidsbeleving. Zij krijgen (ook) persoonlijke dienstverlening. Van personen met een WW-uitkering zal waarschijnlijk zo'n 10 procent met de grootste afstand tot de arbeidsmarkt ook face-to-face dienstverlening krijgen. Dit zijn automatisch veel ouderen en klanten uit de populatie 35-minners, omdat deze groepen vaker een grotere afstand tot de arbeidsmarkt hebben. De meeste 35-minners hebben gezondheidsklachten en/of een negatieve gezondheidsbeleving.

Om de interventies in te kunnen zetten, is oefening noodzakelijk. De professionals benadrukken dat het noodzakelijk is om het werken met de aanpak te oefenen. Een deelnemer verwoordde het heel pakkend: "Het is vooral een 'doe ding' en minder een 'kennis ding' en je moet er feeling voor krijgen". De deelnemers raadden aan aansluiting te zoeken bij de bijscholingsactiviteiten voor klantmanagers van gemeenten en bij trainingen in gespreksvoering, intervisie en de eventuele mentoren van de werkcoaches bij UWV. De meeste deelnemers gaven aan dat één trainingsdag voldoende zou moeten zijn om met de aanpak te kunnen werken. Zo'n trainingsdag zou voor het grootste deel moeten bestaan uit rollenspellen, oefenen en casuïstiek.

**Face-to-face klantcontact is voor bepaalde doelgroepen**

"Je hebt ruimte nodig om degenen intensief te begeleiden en dus moet je daarin keuzes maken. Beter dat je één of twee klanten wel in beweging krijgt dan dat je niets doet. Ga op zoek naar die klanten en naar de ruimte die er in onze begeleiding kan zijn."

**Oefening is noodzakelijk**

"Klantmanagers hebben bijscholing, probeer daar aansluiting bij te vinden."

"Ja, want deze aanpak is uitgebreider dan wat daar momenteel behandeld wordt aan gezondheidsbeleving."

"Dit is een mooie aanpak om in te brengen bij intervisie. Verder zou je het moeten inbrengen bij mentoren van werkcoaches en in de training gespreksvoering met klanten".

## 7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

### 7.1 Conclusies

De ervaren gezondheidsbeleving van werkloze klanten van gemeenten en UWV kan een belemmering vormen in hun weg op zoek naar werk. Dat was de aanleiding om in dit project een aanpak te ontwikkelen die is in te zetten door klantmanagers en werkcoaches, om de gezondheidsbeleving een minder groot obstakel te laten zijn.

#### *Input vanuit de praktijk*

De aanpak is tot stand gekomen met input van een consultatiegroep van 16 klantmanagers en werkcoaches. Zij hebben twee consultatiebijeenkomsten bijgewoond en in een periode van 6 weken bij 24 klanten deze aanpak en een aantal interventies uit de aanpak getest. In dit rapport worden hun ervaringen gerapporteerd.

De professionals hadden in principe twee gesprekken met klanten die zij zelf geselecteerd hadden. Tijdens het eerste gesprek bepaalden de professionals het type klant en pasten zij interventies toe die passen bij dit type klant. In het tweede gesprek werden de uitkomsten van de interventies en mogelijke vervolgacties besproken met de klant.

#### *Typering van klanten*

Gebruikmakend van een driedeling van klanten die eerder door Gilde re-integratie was ontwikkeld, is in voorliggend project een vierdeling gemaakt van klanten met een als slecht ervaren gezondheid:

1. klanten in een slachtofferrol ;
2. klanten met onverwerkt gezondheidsverlies;
3. klanten die bang zijn;
4. klanten die hun grenzen niet kennen.

#### *Laagdrempelige interventies*

De interventies die werden geformuleerd en uitgetoetst betroffen eenvoudige gesprekssoefeningen, huiswerkopdrachten en doorverwijzingen. De interventies beogen een gedrags- of perceptieverandering bij de klant, en zijn laagdrempelig in te zetten door klantmanagers en werkcoaches die geen medische of therapeutische achtergrond hebben.

Na enige oefening bleken de professionals de klanten relatief makkelijk te kunnen typeren. De typologie hielp de professionals bij het analyseren van de problemen van de klanten én bood daarmee ook de mogelijkheid om gericht geschikte interventies voor te stellen. De typologie van klanten die is gekozen in de aanpak vindt unanieme herkenning bij de professionals en de voorgestelde interventies, vooral de huiswerkopdrachten, werden zowel door de professionals als hun klanten gewaardeerd. In hun praktijk kenden de professionals die deelnamen aan de consultatiegroep geen andere interventies of werkwijzen om gezondheidsbeleving te adresseren. De interventies - die zijn opgenomen in een overzicht in de aanpak - zijn volgens hen geschikt om de gezondheidsbeleving van de werkloze klanten positief te beïnvloeden.

#### *Een aanpak met perspectief*

De aanpak is weliswaar op zeer kleine schaal getest, maar wordt overwegend posi-

tief beoordeeld. Deze biedt dan ook perspectieven voor verdere implementatie en verspreiding. De klanttypering op basis van gezondheidsbeleving bood de professionals een completere kijk op de klant. Dit helpt huns inziens bij het begeleiden van de klant op weg naar werk. De toegevoegde waarde van de interventies zit met name in het feit dat deze de regie bij de klant leggen (ze krijgen huiswerk, moeten het zelf doen) en dat deze aansporen tot activering. De insteek van de interventies is een positieve: gebruikmakend van het persoonlijk én sociale kapitaal van de individuele klant.

## 7.2 Advies gebruik aanpak gezondheidsbeleving

Het maken van een aanpak voor het omgaan met klanten van UWV en gemeenten die last hebben van een negatieve gezondheidsbeleving is één. Het ervoor zorgen dat die aanpak ook echt gebruikt gaat worden door klantmanagers en werkcoaches is twee. Hieronder een aantal acties die ervoor kunnen zorgen dat de aanpak ook echt gebruikt gaat worden, evenals acties waarmee de aanpak kan worden versterkt.

### Acties om de aanpak te gaan gebruiken

#### *Inzetten van deelnemers aan de test als ambassadeurs*

Enkele deelnemers van de consultatiegroep gaven aan dat ze de aanpak onder de aandacht van hun collega's zouden willen brengen. Er kan dan ook gedacht worden aan het ondersteunen van hen daarin, in de vorm van een training of vervolg bijeenkomsten van de consultatiegroep.

#### *Toevoegen beeldmateriaal*

Het toevoegen van beeldmateriaal, zoals filmpjes van deelnemers aan de testversie, versterkt de overdracht van de aanpak gezondheidsbeleving aan collega's. In de filmpjes leggen deelnemers - klantmanagers en werkcoaches - uit hoe zij de aanpak hebben gebruikt en wat zij en hun klanten eraan hadden.

#### *Test maken voor klanttypering (zoals in populaire tijdschriften)*

Het kan zinvol zijn een test (vragenlijstje) te ontwikkelen voor het typeren van klanten om de aanpak nog toegankelijker te maken (door de indeling naar klanttype makkelijker te maken). De test laat zien dat er meerdere typeringen mogelijk zijn, maar dat er eentje hoger scoort dan de andere. De test is vormgegeven zoals de testjes uit de populaire bladen. Welk type ben jij?, of in dit geval: welk type is de klant?

#### *Inpassen in digitale dienstverlening*

Door de aanpak aan te laten sluiten op de 'Persoonsverkenner'<sup>20</sup> van UWV zal er meer gebruik van worden gemaakt door werkcoaches. In de Persoonsverkenner zitten ook vragen over de gezondheid van de klant. Als aangegeven wordt dat gezondheid een belemmerende factor is, kan met huiswerkopdrachten de eerste stappen worden gezet om de klant in beweging te krijgen. De Persoonsverkenner zal naar verwachting vanaf 2013 ingezet worden om een selectie te maken van klanten die onder de intensieve (dus persoonlijke) dienstverlening vallen en zij die digitale

<sup>20</sup> De 'Persoonsverkenner' is een voorlopige werktitel. Met dit instrument kunnen werklozen op basis van 11 voorspellers van werkherleving ingedeeld worden in groepen. Vier van de elf voorspellers raken aan gezondheid, te weten: het algemeen werkvermogen, het fysieke werkvermogen, het psychisch werkvermogen en ten slotte het zich 'te ziek voelen om te werken'.

dienstverlening krijgen. De aanpak kan dan in ieder geval gebruikt worden bij de klanten die volgens de Persoonsverkenner intensieve dienstverlening krijgen, en daarmee persoonlijk contact.

#### *Opleiding en training*

Om de aanpak goed te kunnen gebruiken is het belangrijk dat de professionals die de feedback geven, voldoende kennis hebben over gespreksvoering. Dit kan met behulp van e-learning en e-coaching worden bevorderd. Daarnaast is het goed dat de professionals ook met de aanpak oefenen. Klantmanagers en werkcoaches zouden de interventies eerst in een veilige omgeving moeten uitproberen, bijvoorbeeld in een training. Daarbij is ook de vraag 'hoe doe je het?' belangrijk. 'Welke gespreksvaardigheden heb je nodig?'

#### *Laten aansluiten bij/opnemen in bestaande trainingen voor professionals*

Klantmanagers worden opgeleid en getraind. Door de aanpak op te nemen in het programma Vakmanschap van Divosa kan worden gezorgd voor een bredere inbedding van de aanpak van een gezondheidsbeleving die werken belemmert. Ook zorgt dit voor meer bewustwording van het effect van de ervaren gezondheid en de mogelijkheden die je als klantmanager/werkcoach hebt om hier iets mee te doen. Ook voor werkcoaches zou aansluiting kunnen worden gezocht bij bestaande trainingen en bij- of nascholing.

#### *Verspreiding via mentoren netwerk van werkcoaches van UWV*

Bijna iedere UWV-vestiging kent een mentor die tot taak heeft om de werkcoaches te coachen, tools aan te bieden en skills aan te leren om hun werk goed te doen. Binnen UWV bestaat er op dit moment een (min of meer) formeel netwerk van deze mentoren. De aanpak zou via het mentoren netwerk een bredere bekendheid kunnen krijgen binnen de UWV-vestigingen en werkpleinen.

#### *Workshops voor leidinggevenden*

Uit de test blijkt dat de waardering voor het werken aan gezondheidsbeleving, het geven van ruimte en het stimuleren van de aanpak essentieel zijn voor het gebruik van de aanpak. Leidinggevenden hebben daarbij een belangrijke rol. Kennismaken met de aanpak gezondheidsbeleving zou voor leidinggevenden dan ook een toegevoegde waarde kunnen hebben. Gedacht kan worden aan workshops, eventueel met assistentie van deelnemers aan de testfase.

#### *Effectiviteit onderzoeken*

De aanpak heeft op dit moment nog de 'conceptstatus' en is slechts gedurende een testperiode van 6 weken door 16 professionals uitgeprobeerd. Hun reacties zijn positief. Als blijkt dat het werken aan gezondheidsbeleving bewezen bijdraagt aan re-integratie, dan neemt het belang van het inzetten van de aanpak gezondheidsbeleving toe. Een onderzoek naar de effectiviteit van de aanpak voor de re-integratie is daarvoor essentieel.

## Doorontwikkeling aanpak

### *Laten aansluiten bij de Persoonsverkenner van UWV*

De gekozen insteek van de werkwijzer vindt aansluiting bij de Persoonsverkenner<sup>21</sup> die momenteel door UWV wordt doorontwikkeld. In de toekomst zou de aanpak gezondheidsbeleving wellicht specifiek ingezet kunnen worden bij een deel van de klanten die zich volgens de Persoonsverkenner te ziek voelen om te werken. De eerste screening zou dan op basis van de Persoonsverkenner plaatsvinden, een tweede screening kan gemaakt worden met behulp van de Aanpak Gezondheidsbeleving. Gericht onderzoek naar deze aansluiting kan de resultaten van beide instrumenten versterken.

### *Ontwikkelen en testen van een e-coachingsinstrument*

E-coaching werkt bij psychotherapie. Er zou onderzocht kunnen worden of dit een geschikte wijze van begeleiding en coaching voor klanten met een negatieve gezondheidsbeleving is. Werkt het en onder welke voorwaarden werkt het?

### *Ontwikkeling gezondheidsbeleving in groepstraining voor klanten*

Het zou zinvol kunnen zijn de aanpak door te ontwikkelen en te testen voor het gebruik ervan in groepen. Door in een groep te werken kan efficiënter worden gewerkt en de deelnemers kunnen elkaar verder helpen. Er zou onderzocht kunnen worden of dit een geschikte wijze van werken aan de gezondheidsbeleving is. We denken dan bijvoorbeeld aan groepsopdrachten of het bespreken van individuele opdrachten in de groep. Werkt een groepsaanpak en onder welke voorwaarden werkt het?

### *Verder uitdiepen van de werkzame mechanismen*

Door nog verder uit te diepen wat de mechanismen zijn in de gezondheidsbeleving en de interventies kunnen nog meer werkzame interventies aan het repertoire van de huidige aanpak worden toegevoegd.

### *Breder testen van de aanpak*

De eerste test was kleinschalig. Niet alle interventies zijn ingezet bij de doelgroep. Overwogen kan worden de aanpak breder en gedurende een langere periode te testen, bijvoorbeeld in de vorm van verschillende pilots, bij dezelfde of bij een andere doelgroep.

---

<sup>21</sup> Kenniscentrum UWV (2011). UWV kennisverslag 2011-II. UWV: Amsterdam.



## SUBBIJLAGE: KLANTFORMULIER VOOR TESTFASE

Naam klantmanager of werkcoach:

Klant naam:  
 Leeftijd en geslacht:  
 Opleidingsniveau: hoog/midden/laag  
 Jaren werkervaring:  
 Hoe lang werkloos:  
 Waarom voor testfase geselecteerd:

1. Welke klanttypering (En: was dit lastig kiezen?)

2. Gehanteerde en voorgestelde interventies. Per interventie: Is de opdracht gedaan? Werkte het als beoogd? Waarom/waarom niet?

Welke in gespreksvoering?

Welke huiswerkopdrachten?

Welke doorverwijzing?

3. Wat vond de klant van je begeleiding (beide gesprekken en opdrachten: hier expliciet naar vragen!): iets aan gehad? Wat?

4. Eigen evaluatie:

Heeft de aanpak volgens jou iets op geleerd voor deze klant? Wat?

Zie je verandering in de belemmering die de slechte gezondheidsbeleving heeft? Welke?

Zou je het een volgende keer anders doen? Hoe?

Wat kan volgens jou beter in de gehele aanpak?

## RELEVANTE LITERATUUR

Collewet, M., et al (2009). *Diagnose instrumenten bij re-integratie*. Onderzoek uitgevoerd door SEOR in opdracht van de Raad voor Werk en Inkomen. Den Haag: RWI.

Duinkerken, G & H. Graafland (2010). *Negatieve gezondheidsbeleving*. Gilde Re-integratie.

Duinkerken, G., et al (2010). *Klanten met meervoudige problematiek, Kennisdocument re-integratie*. Plaats: uitgever. [www.interventiesnaarwerk.nl](http://www.interventiesnaarwerk.nl).

Bosselaar, H., et al (2010). *Multiproblematiek bij cliënten, verslag van een verkenning in relatie tot (arbeids)participatie*. Onderzoek ten behoeve van het ministerie van SZW door Meccano en AStri. Leiden: AStri.

Burg, A. van der, et al. (2010). *WERKSCAN: zelfreflectie, zelfregie, coaching voor werkenden*. Nijkerk: NVvA.

Burg, C.L. van der, et al. (2009). *Begrip en beleving van de WGA. Ervaringen van WGA-cliënten met de WGA*. Leiden: AStri.

Burg, C.L. van der, et al (2010). *Overwegingen rond de inzet van re-integratie en de claimaanvraag bij langdurig zieken*. Leiden: AStri.

Burg, C.L. van der (2011). *Profilering langdurig zieke vangnetters: kenmerken en begeleiding op basis van een dossieronderzoek*. Leiden: AStri.

Eden D, & A. Aviram (1993). *Self-efficacy training to speed reemployment: Helping people to help themselves*. J Appl Psychol. 1993;78:352-60.

Echteld, P. van (2010). *Een baanloos bestaan – de betekenis van werk voor werklozen, arbeidsongeschikten en werkenden*. Den Haag: SCP.

Gelderblom A. & J. de Koning (2007). *Effecten van “zachte” kenmerken op de reïntegratie van de WWB, WW en AO populatie*. Rotterdam: SEOR.

Groothoff, W., J.M.H. Schellekens, F.J.N. Nijhuis, et al. (2008). *BIMRA: Beoordelen van interventies en meetinstrumenten bij re-integratie naar Arbeid: eindrapport*. Universiteit Groningen/Universiteit Maastricht.

Groenewoud, M. e.a. (2011). *Ontwikkeling onderzoeksinstrumentarium. Testmeting van de vragenlijst voor klanten bij de Dienst Werk en Inkomen Amsterdam*. Gilde re-integratie en Regioplan, Amsterdam.

Hal, L. van, e.a. (2009). *Een rol om op te bouwen? Zelfbeeld, levensstrategieën en re-integratietrajecten van langdurig arbeidsongeschikten*. Universiteit van Maastricht.

Horsen, C. van & F.A. Rosing (2010). *Gezondheidsbeleving en werkhervatting 35-minners*. Regioplan in opdracht van RWI en STAR. Den Haag: RWI.

IWI (Inspectie Werk en Inkomen) (2009). *Meedoen met belemmeringen – maatschappelijke participatie, gezondheidsbeleving en zelfredzaamheid van langdurig uitkeringsgerechtigden*. Ministerie van SZW.

Jehoel-Gijsbers, G., redactie (2010). *Beperkt aan het werk, rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie*. Den Haag: SCP.

Keizer, M. & S. Keuzenkamp (2011). *Moeilijk werken. Gezondheid en arbeidsdeelname van migranten vrouwen*. Den Haag, SCP.

Kemper, R. & V. Veldhuis (2011). *Zwaar weer dreigt voor re-integratiebedrijven*. Artikel in: *Aan de slag*, januari/februari 2011, pag. 30-32.

Kenniscentrum UWV (2011). *UWV kennisverslag 2011-II*, paragraaf 4.4. Amsterdam: UWV.

Kenniscentrum UWV (2011). *UWV Kennisagenda 2012-2013*. Amsterdam: UWV.

Reijenga, F.A., et al (2009). *Re-integratie en herplaatsing van werknemers in het primair en voortgezet onderwijs die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn verklaard*. Den Haag: Ministerie van OCW.

Schellekens, J.M.H. (2007). *Onderzoek naar langdurig werklozen en snelle werkhervatters: een vergelijking op harde en zachte arbeidsmarktfactoren*. Groningen/Amsterdam: Rijksuniversiteit Groningen.

Schuring, M., et al (2011). *Gezondheidsbeleving van werklozen: wat is bekend en wat zijn witte vlekken?* Rotterdam/Leiden: Erasmus Medisch Centrum/ AStri Beleidsonderzoek en -advies.

Schuring, M. (2010). *The role of Health and Health promotion in Labour Force Participation*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus MC.

Sol, C.C.A.M., e.a. (2011). *'Fit or unfit' naar expliciete re-integratietheorieën*. Amsterdam/Utrecht: AMC/Universiteit Utrecht/UvA.

Zee, K.I. van der en R. Sanderma, z.d. *Het meten van de algemene gezondheids-toestand met de RAND-36, een handleiding*. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Groningen.



## HOOFDBIJLAGE: AANPAK GEZONDHEIDSBELEVING

Een aanpak voor werkcoaches en klantmanagers

MEI 2012

Getest door een aantal klantmanagers en werkcoaches van gemeenten en UWV

Ontwikkelaars:

AStri Beleidsonderzoek en -advies:

Femke Reijenga

Vera Veldhuis

Radar Advies:

Bob de Levita

Wietske Nijhof

Contact:

AStri Beleidsonderzoek en -advies

T: 071 – 512 49 03

E: [astri@astri.nl](mailto:astri@astri.nl)

RadarAdvies

T: 020 463 50 50

E: [radar@radaradvies.nl](mailto:radar@radaradvies.nl)

Deze aanpak is tot stand gekomen met subsidie van UWV

## Voorwoord

Deze (concept-)aanpak gezondheidsbeleving is begin 2012 ontwikkeld met subsidie van UWV. Een consultatiegroep van klantmanagers en werkcoaches van gemeenten en UWV heeft input geleverd voor deze aanpak en heeft deze bij een aantal van hun klanten uitgetest.

In de testfase bleek deze versie van de aanpak reeds van waarde voor de praktijk. Klantmanagers en werkcoaches zijn enthousiast geworden door twee (oefen-)bijeenkomsten en het testen van de aanpak bij klanten. De insteek via gezondheidsbeleving vinden zij van toegevoegde waarde en door de aanpak halen zij meer uit hun klantcontacten. Zij denken dat ook hun collega's baat hebben bij de aanpak. UWV en de ontwikkelaars juichen het gebruik van de aanpak zeker toe.

Er zijn ideeën voor vervolgonderzoek. Wellicht dat een nieuwe, verbeterde versie van de aanpak zal verschijnen, of dat aangepaste versies voor een andere doelgroep of voor een andere vorm van klantcontacten ontwikkeld zullen worden. Wanneer u feedback heeft op en ervaringen met deze eerste versie, horen we die graag en nemen we ze graag mee in een aangepaste versie.

Bij professionele communicatie en overname in publicaties is bronvermelding vereist.

## Inhoud

De opzet van de aanpak	7
Voor wie is de aanpak gezondheidsbeleving bedoeld?	9
Voorwaarden voor de begeleiding	11
De klanttypologie	11
Type 1 Klanten in de slachtofferrol	14
Mechanisme voor klanten in de slachtofferrol	14
A. Interventies in de gespreksvoering	15
- Spiegelen op machteloosheid	15
- Benoemen succesvolle, plezierige gebeurtenissen	15
- Iedereen heeft een netwerkje	15
- Doorbreken van het slachtoffer zijn en verantwoordelijkheid nemen	16
B. Huiswerkopdrachten	18
- Successen noteren	18
- Assistenten inroepen	18
- De stemmingsmeter	18
- Nadenken over een droombaan	18
C. Doorverwijzen	18
Type 2 Klanten met plotseling of onverwerkt (gezondheids)verlies	19
Mechanisme voor klanten met gezondheidsverlies	20
A. Interventies in de gespreksvoering	20
- Het benoemen van rouw	20
- Het proces van rouw bekijken	20
B. Huiswerkopdrachten	22
- Het schrijven van een afscheidsbrief	22
- Het noteren van lichtpuntjes	22
- Werken met de curve van Kübler-Ross	22
C. Doorverwijzen	23
Type 3 De angstige klanten die beren op de weg zien	24
Mechanisme voor angstige klanten die in problemen denken	25
A. Interventies in de gespreksvoering	25
- Spiegelen om de angst te kunnen zien	25
- Problemen anders benoemen: omdenken	25
- Oefenen in omdenken met behulp van het G schema	26
- De piekerstop oefenen	26
B. Huiswerkopdrachten	27
- Omdenken met het G schema	27
- Nadenken over een droombaan	28
- Oefening met de piekerstop of het piekerkwartier	28
- Leren omgaan met angsten: tweestappenplan	28
C. Doorverwijzen	29
Type 4 De klanten zonder grenzen	30
Mechanisme voor klanten die geen grenzen kunnen stellen	31
A. Interventies in de gespreksvoering	31
- Op zoek naar de grenzen	31

- Spiegelen op verwachtingen	31
- Randvoorwaarden benoemen	31
B. Huiswerkopdrachten	32
- Oefenen in time management	32
- Een activiteit opknippen in kleine stapjes	32
- Oefenen in Nee zeggen met het G-schema	32
C. Doorverwijzen	33
Bijlagen	34
Vragen naar gezondheidsbeleving	34
Aanvullende informatie over de interventies	35

## DE OPZET VAN DE AANPAK

### *Voor werkcoaches en klantmanagers*

De 'Aanpak Gezondheidsbeleving' is bedoeld als een leidraad voor professionals van gemeenten en UWV die klanten met een als slecht ervaren gezondheid begeleiden op weg naar werk. De aanpak is in principe ontwikkeld voor professionals van UWV en gemeenten die persoonlijk, individueel contact met klanten hebben. De aanpak zou in tweede instantie ook aangepast kunnen worden voor gebruik bij telefonisch contact, groepsbijeenkomsten of wellicht bij e-coaching. Met deze contactvormen is nog geen ervaring opgedaan.

De aanpak biedt een aantal specifieke interventies voor werkzoekende klanten met vier typen van gezondheidsbeleving die belemmert in het zoeken naar werk. De voorgestelde interventies zijn eenvoudig en kortdurend, en in te zetten door werkcoaches en klantmanagers, ook voor hen die geen psycholoog of arts zijn en degenen die relatief weinig coachingservaring hebben. De aanpak gaat over gezondheidsbeleving, deze adresseert niet de gezondheid. De interventies zijn gericht op gedrags- of perceptieverandering bij de klant, en op het nemen van meer regie door de klant zelf. Het doel van de interventies is om een positieve wending te geven in het proces naar (nieuw) werk. Een wending waarbij de gezondheidsbeleving - waar mogelijk - ten positieve wordt gekeerd of althans geen belemmering meer vormt voor werk.

### *Interventies*

Onder interventies verstaan we alle doelbewuste vragen, opdrachten of suggesties in het klantcontact die gericht zijn op het wegnemen van belemmeringen in de gezondheidsbeleving (waarbij het uiteindelijk om het zoeken/vinden van werk gaat).

We delen de interventies binnen de aanpak als volgt in:

- Interventies tijdens het gesprek zelf (zoals het stellen van specifieke vragen of het geven van spiegelende feedback).
- Huiswerkopdrachten.
- Doorverwijzingen (bijvoorbeeld naar huisarts of psycholoog).

De aanpak is niet voorschrijvend, maar is bedoeld als een hulpmiddel. Professionals krijgen suggesties aangereikt om een klanttypering te kiezen. Dit helpt om te bepalen welke interventies succesvol kunnen zijn bij een bepaalde klant. Per klant hoeven uiteraard niet alle interventies te worden ingezet die voor dat type klant in dit document zijn geformuleerd. Meer dan één interventie per klant wordt wel aangeraden, dat verbreedt immers de mogelijkheden op (een aanzet tot) gedrags- of perceptieverandering. De beschrijving laat mogelijke interventies zien waar de professionals uit kunnen kiezen: dit overzicht is niet volledig en kan in de toekomst verbeterd en aangevuld worden.

### *Leeswijzer*

In dit document worden vier klanttyperingen behandeld. Per klanttype wordt een voorbeeld gegeven en worden de voorgestelde interventies kort weergegeven. Vervolgens wordt uitgelegd welk mechanisme nodig is om de belemmeringen waar deze klanten tegen aanlopen aan te pakken. Sommige interventies spreken voor zich en zijn weinig uitgewerkt, andere zijn wat verder toegelicht. In de bijlagen zijn een vra-



genlijst over gezondheidsbeleving en achtergrondinformatie over de interventies opgenomen.

## VOOR WIE IS DE AANPAK GEZONDHEIDSBELEVING BEDOELD?

### *Gezondheidsbeleving*

Ervaren gezondheid, ook wel subjectieve gezondheid of gezondheidsbeleving genoemd, weerspiegelt het oordeel van een individu over de eigen gezondheid. Ervaren gezondheid is een samenvattende gezondheidsmaat van alle gezondheidsaspecten die relevant zijn voor de persoon in kwestie.

Deze onderliggende gezondheidsaspecten variëren per persoon, maar hebben betrekking op zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid. Voorbeelden zijn ziekten, lichamelijke beperkingen, fitheid, vermoeidheid en depressieve gevoelens. Ook leefstijlfactoren, zoals voeding, roken en lichamelijke activiteit kunnen mede het oordeel over de eigen gezondheid bepalen.

### *Gezondheidsbeleving en werk*

Hoe iemand zijn eigen gezondheid ervaart, bepaalt mede of iemand kan werken of niet. Aangetoond is dat een negatieve gezondheidsbeleving werkloosheid in de hand werkt en andersom. Gezondheidsbeleving én motivatie zijn van grote invloed op de kans op succesvolle re-integratie en beide zijn tot op zekere hoogte beïnvloedbaar. Vaak hebben mensen met een uitkering een negatieve gezondheidsbeleving.

Beleving vertaalt zich naar gedrag. Dit gedrag kun je beïnvloeden. Maar wat werkt voor wie het beste? De aanpak 'gezondheidsbeleving' ondersteunt professionals (werkcoaches van UWV en klantmanagers van gemeenten) in het signaleren van belemmeringen door een negatieve gezondheidsbeleving en bij het kiezen van de geschikte interventies voor verschillende typen klanten.

### *Selectie klanten*

De voorliggende aanpak is kleinschalig uitgetest door een consultatiegroep van 6 klantmanagers van gemeenten en 9 werkcoaches van UWV bij 24 klanten met een WW- of WWB-uitkering. Dit zijn klanten die begeleid worden richting werk. De aanpak kan in de toekomst wellicht ook voor andere werkzoekenden worden ingezet, zoals vangnetters die in de Ziektewet zitten, WGA-klanten, klanten die minder dan 35 % arbeidsongeschikt zijn verklaard en Wajongers.

Voor een aantal klanten is de aanpak minder geschikt:

- Klanten van wie snel duidelijk is dat er zware (gezondheids)problemen spelen en voor wie op korte termijn werk geen haalbare kaart is. Deze klanten kunnen het beste doorverwezen worden naar de verschillende zorgkanalen.
- Klanten met een realistische gezondheidsbeleving, bij wie de gezondheidsbeleving geen (onnodige) drempel vormt voor werkhervatting.
- Klanten die ondanks een minder goede gezondheidsbeleving, dusdanig positief staan ten aanzien van hun vermogen tot werken, dat de professional inschat dat deze er zonder verdere interventies wel komen. Hierbij wel letten op klanten die een *overschatting* maken van hun eigen kunnen en gezondheid. Dit zijn wellicht klanten die wel extra begeleiding zouden kunnen gebruiken (zie klanttype 4.)

### *Typologie en interventies*

Om gericht interventies te kunnen kiezen hebben we de klanten met problemen met

hun gezondheidsbeleving ingedeeld in vier typen. De indeling is niet dwingend en de typen sluiten elkaar niet uit. De indeling is vooral gemaakt om de professional te helpen om een goed beeld te krijgen over de klant (en zijn/haar gezondheidsbeleving) en waar deze tegenaan loopt, om vervolgens interventies te kiezen die het beste hierbij passen.

**Reacties van de consultatiegroep op de klanttypen:**

- “Door de vraag naar klanttype word ik geprikkeld om anders naar klanten te kijken, een klantgesprek krijgt meteen meer diepgang.”
- “De meeste klanten hebben iets met hun gezondheidsbeleving, dus niet gek om hier naar te vragen.”
- “Ik dacht eerst wel te weten wat voor vlees ik in de kuip had, maar doorpraten over de beleving van de gezondheid maakte dat ik ineens beter inzicht kreeg in de klant. Dat was toch een ander type dan ik op voorhand had gedacht!”

## VOORWAARDEN VOOR DE BEGELEIDING

### *Coachende stijl van begeleiden*

De werkcoaches en klantmanagers die deze eerste versie van de aanpak hebben getest bij hun klanten waren geselecteerd omdat zij open stonden voor een coachende en motiverende stijl van begeleiden. De ontwikkelaars vertrouwden op de coachende vaardigheden van de professionals en bieden daarom geen basiskennis over coaching en ook geen voorschrijvende, gedetailleerde aanpak.

De coachende stijl van begeleiden wordt wel als voorwaarde voor het welslagen van de aanpak beschouwd. Dit betekent onder andere dat de professionals de klant de ruimte en veiligheid bieden voor zijn/haar persoonlijke verhaal. Doorvragen naar de gezondheidsbeleving en een aantal van de interventies die voorgesteld worden, vereisen een vertrouwelijke en veilige gespreksomgeving. Vermenging met andere aspecten van de uitkering (zoals het bespreken van kortingen op de uitkering) dient in het gesprek te worden vermeden. Daar zal een duidelijke afbakening binnen het gesprek bij moeten worden aangegeven of er zal een ander moment voor moeten worden gekozen. De feedback die door de professional gegeven wordt op de inspanningen en uitvoering van de interventies door de klanten dient geïnteresseerd, positief en motiverend te zijn.

### *Alertheid op uitingsvormen van gezondheidsbeleving*

De insteek van klanttypering helpt de professionals bij het krijgen van een completer beeld van de klant en van de rol die gezondheidsbeleving bij deze klant speelt. Van daaruit is het mogelijk om gericht te interveniëren. De aanpak is dan ook mede gericht op het creëren van een alertheid bij professionals op verschillende vormen van gezondheidsbeleving. De professionals worden met deze aanpak uitgedaagd om met kortdurende interventies de 'mindset' van klanten te stimuleren en hen te helpen om een positieve wending te geven aan hun zoektocht naar werk. Een wending waardoor ze minder last hebben van een negatieve gezondheidsbeleving. Het is niet de bedoeling dat de werkcoaches en klantmanagers op de stoel van een therapeut of arts gaat zitten. In de aanpak worden relatief eenvoudige interventies aangedragen die de professionals in hun gesprekken met klanten kunnen inzetten. Indien de professional de inschatting maakt dat de klant ernstige gezondheidsproblemen heeft of ervaart, dient de klant te worden doorverwezen naar het reguliere zorgcircuit.

### *Eigen kracht*

De focus van de aanpak ligt op de mogelijkheden die de klant zelf heeft. Het adequaat ondersteunen van de klant in het onderkennen en benutten van de eigen mogelijkheden, de eigen kracht en het eigen netwerk, zou moeten leiden tot minder invloed van de belemmeringen in de gezondheidsbeleving, tot een actievere houding en hiermee tot meer mogelijkheden voor werkhervatting.

### *Basisadviezen*

De professionals die deelnamen aan de testfase gaven – al voordat zij de aanpak gebruikten - een aantal basisadviezen aan hun klanten<sup>22</sup>. Deze hadden betrekking op:

<sup>22</sup> De professionals zagen deze adviezen niet als interventies. In de Aanpak Gezondheidsbeleving worden deze wel als interventie beschouwd.

- Het accent leggen op de mogelijkheden van klanten in het vinden van werk (in plaats van hun beperkingen).
- Het belang van een gezonde leefstijl, bewegen, buiten de deur komen, sociale contacten.
- Het gebruiken van het eigen netwerk van de klant bij het vinden van werk.
- Het belang van een gangbaar dagritme: op tijd opstaan, de maaltijden gebruiken en op tijd naar bed gaan.
- Het belang van het nakomen van gemaakte afspraken.
- Er representatief uitzien en zich adequaat gedragen bij contacten met werkgevers.

Deze algemene adviezen passen bij de insteek van voorliggende aanpak. Maar de aanpak gaat verder en hoopt dat de aandacht voor de gezondheidsbeleving tot een gedrags- of perceptieverandering leidt, waarbij de klant minder belemmeringen zal ondervinden bij het ondernemen van initiatieven tot het vinden van werk.

## DE KLANTTYPOLOGIE

We onderscheiden vier typen klanten met een als slecht ervaren gezondheid:

1. De klanten met een als slecht ervaren gezondheid in een **slachtofferrol**. Deze klanten zitten in een vicieuze cirkel van slachtoffer zijn en zoeken een legitimatie voor hun situatie.
2. De klanten met een **plotseling of onverwerkt (gezondheids)verlies**. Deze klanten worden belemmerd in hun proces van het verwerken van rouw..
3. De klanten met een als slecht ervaren gezondheid die **bang** zijn: bang voor inbreuk op hun - als kwetsbaar ervaren - gezondheid, bang voor de consequenties van werk, bang voor de toekomst en veranderingen. Dit zijn meestal de piekeraars die overal beren op hun pad zien.
4. De klanten die hun **grenzen niet kennen**. Deze klanten zijn in principe wel positief ingesteld, ook ten aanzien van hun eigen kunnen en gezondheid. Hun inschattingen zijn echter dusdanig irrealistisch dat deze constant tot teleurstellingen en ten slotte tot frustratie leiden. Wellicht zeggen deze klanten moeilijk 'nee' tegen verzoeken uit hun persoonlijke netwerk om te helpen "nu ze toch niet werken".

*Hoe komt de professional erachter welk type klant men voor zich heeft?*

In de testfase met de werkcoaches/klantmanagers bleken zij het niet moeilijk te vinden om te herkennen dat de gezondheidsbeleving van de klant een belemmering vormde. Het bepalen van het klanttype ging in veel gevallen zonder moeite; ook als er nauwelijks informatie in een dossier van een klant te vinden was. Bij het bepalen van het klanttype kan de vragenlijst gezondheidsbeleving (bijlage 1) behulpzaam zijn. Deze vragenlijst hoeft niet in zijn geheel te worden afgenomen, maar het stellen van enkele vragen hieruit kan het gesprek op gang brengen. Vaak is de eerste vraag al voldoende om het gesprek op gang te brengen. Het is vervolgens een kwestie van goed luisteren naar wat de klant zegt. Enkele voorbeelden:

De professional kan eigenlijk geen 'fout' maken bij het kiezen van een klanttype. Na een eerste contact kan het zijn dat een ander klanttype relevanter is dan men in eerste instantie dacht. Vooral type 1 en 3 raken wel eens verweven met elkaar. Toch staan deze klanten anders in het leven (passiviteit en jezelf slachtoffer voelen is niet hetzelfde als passiviteit door angst en piekeren). Een aantal interventies bij deze typen lijkt dan ook op elkaar, maar heeft toch een net iets andere insteek. Bij voortschrijdend inzicht kan in een volgend gesprek wellicht een interventie worden ingezet die bedoeld is voor een ander type. Er zijn in principe ook geen 'verkeerde' interventies, alleen is misschien niet meteen een optimale interventie ingezet. De professional kan na enige oefening zelf inschatten en bepalen welke interventies het grootste effect hebben.

## TYPE 1 KLANTEN IN DE SLACHTOFFERROL



De klanten in de slachtofferrol zullen de nadruk leggen op het 'bewijs' van hun slechte gezondheid. Dit bewijs bevestigt hun zelfgekozen rol (ze zoeken erkenning voor hun situatie, en gebruiken hun als slecht ervaren gezondheid hiervoor, aandacht hiervoor wordt ervaren als een vorm van beloning). Deze - vaak verongelijkte - klanten komen moeilijk uit de cirkel van onmacht en lopen het risico (verder) in een isolement te raken.

### Voorbeeld klanttype 1:

Jeroen is een alleenstaande man van 43 met een WW-uitkering. Hij woont in een appartementje in Amsterdam, een paar straten bij zijn moeder vandaan. Zijn moeder is ook alleen en kookt nog regelmatig voor haar zoon en doet de was. Jeroen komt weinig buiten, daar is hij vaak te moe voor. Jeroen drinkt stevig en heeft overgewicht. Zijn knieën zijn versleten, doordat hij vanaf zijn 17<sup>e</sup> in de bouw heeft gewerkt. Toen het minder goed ging met het bedrijf, is hij ontslagen. Inmiddels is dat al meer dan een jaar geleden, maar Jeroen is nog steeds boos op zijn oude werkgever. Hij is ook boos op UWV, omdat zij hem teveel op de huid zitten om weer te gaan werken, terwijl hij dit helemaal niet kan met zijn knieën. Dat heeft de dokter zelf gezegd. Jeroen doet er zelf weinig aan om zijn situatie te verbeteren. Hij verwacht van anderen dat zij voor hem zorgen. Hij kan er toch niets aan doen dat hij is ontslagen en ziek is?

### Mechanisme bij klanten in de slachtofferrol

Het doel van de interventies bij klanten in de slachtofferrol is gelegen in het doorbreken van de vicieuze cirkel van slachtoffer zijn. Het is een rol waarin de (als slecht ervaren) gezondheid vaak als excuus gebruikt wordt. Deze klanten zijn geholpen als de externe 'locus of control' (oorzaken buiten jezelf zoeken, 'het overkomt me alle-

maal') omgevormd kan worden naar een rol met meer verantwoordelijkheid voor het eigen handelen.

### Interventies bij klanten in de slachtofferrol

A. Interventies in de gespreksvoering	Spiegelen op machteloosheid
	Benoemen van successen
	Iedereen heeft een netwerkje
	Doorbreken van slachtoffercirkel
B. Huiswerkopdrachten	Benoemen van successen (vervolg)
	Doorbreken van slachtoffercirkel (vervolg)
	Assistenten inroepen
	De stemmingsmeter
	Nadenken over de droombaan
C. Doorverwijzen	Activiteiten waarbij klant van betekenis kan zijn voor anderen.

#### A. Interventies in de gespreksvoering

##### Spiegelen op machteloosheid

De professional kan als volgt de gevoelens en beleving van de klant spiegelen: "Ik hoor dat u zich onheus behandeld voelt/miskend, machteloos voelt. Dat u zelf weinig invloed heeft op uw leven en de dingen die er gebeuren. Klopt dat?"

##### Benoemen van successen

Laat de klant succesvolle en plezierige gebeurtenissen in het dagelijks leven opsommen. "Wat gaat er (wel) goed? Wanneer heeft u geen last van uw gezondheid? Wat kunt u nog wel? Waar heeft u nog wel plezier in?"

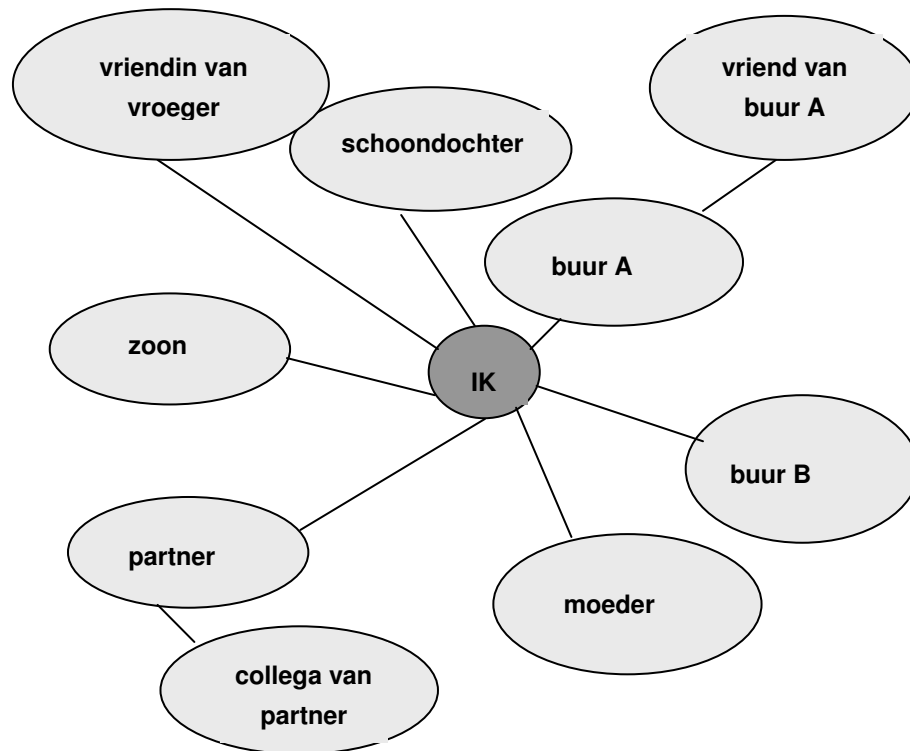
##### Iedereen heeft een netwerkje

Stel de klant bijvoorbeeld de volgende vragen: "Welke mensen zijn belangrijk in uw leven? Wie heeft er nog meer een rol in uw leven? Wie kan u goede tips geven over hoe u kunt gaan met uw gezondheidsklachten? Laten we ze in kaart brengen en kijken of er mensen bij zijn die u kunnen helpen of een positief voorbeeld voor u kunnen zijn."

De klant wordt uitgenodigd om – met zichzelf in het midden – een netwerkje te tekenen van mensen in zijn/haar sociale netwerk. Met verschillende diktes van de lijnen kan aangegeven worden wie de grootste invloed heeft. Besproken wordt hoe die invloed is en of deze behulpzaam is (of juist belemmert). Als deze exercitie veel tijd kost maar zinvol lijkt, kan deze als huiswerkopdracht worden meegegeven.



Voorbeeld van een spin in het web tekening:



### Doorbreken van slachtoffercirkel

Hiertoe wordt de zogenaamde 'Cirkel van Acht' van trainingsbureau van Harte en Lingsma in eigen woorden met de klant doorgenomen. "Mensen gaan verschillend om met situaties: Herkent u uzelf hierin? Wat zou u zelf willen doen? Waar heeft u zelf invloed op? Waar bent u verantwoordelijk voor?"

Kenmerkend voor het slachtoffer zijn dat de klant zich richt op ervaringen in het verleden en op zijn/haar oordeel hierover. Emoties hebben de overhand. De klant voelt en gedraagt zich als slachtoffer van de situatie. Herkenningspunten van de slachtofferrol zijn:

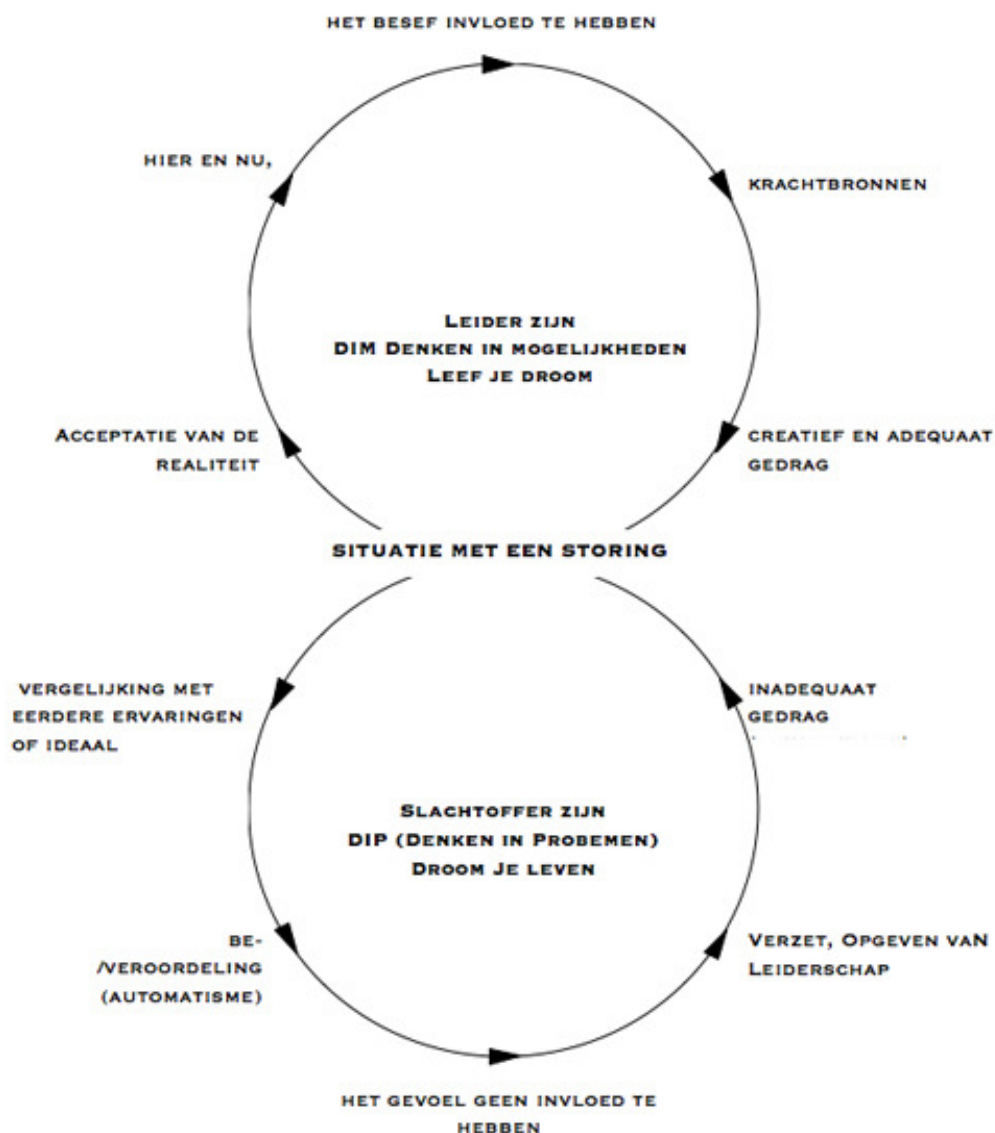
- hopen en wachten
- uitvluchten en excuses
- zelfbeklag
- anderen de schuld geven

### *Cirkel van Acht*

In de figuur hieronder ('Cirkel van Acht') staat een situatie met een 'storing' centraal; bijvoorbeeld: je kunt maar geen nieuwe baan vinden. Beide cirkels vormen de acht van persoonlijk functioneren. De huidige (ongewenste) situatie staat centraal. Je hebt in iedere situatie de keuze: of je verzetten en slachtoffer zijn, of de situatie accepteren en verantwoordelijkheid nemen. In de onderste cirkel veroordeel je de rea-

liteit, klaag je en wacht je angstig af wat er gaat gebeuren. In de bovenste cirkel accepteer je de realiteit en de bijbehorende mix van gevoelens, en zoek je samen met anderen naar een oplossing.

Niemand neemt voortdurend verantwoordelijkheid en het is ook niet zo dat iemand zich altijd als een slachtoffer gedraagt. Met dit instrument kun je in een situatie je eigen reacties en gedrag onderzoeken; in welke cirkel hoort dit thuis?



Bron: Van Harte en Lingsma

Zie de bijlage voor meer informatie over de Cirkel van Acht en de vragen die de professional daarover kan stellen.

## B. Huiswerkopdrachten

### **Benoemen van successen (vervolg)**

Als huiswerk kan een vervolgoefening worden gegeven in het benoemen van successen. Geef bijvoorbeeld de volgende opdracht: "Schrijf komende week iedere dag een succesvolle of plezierige gebeurtenis. Gebeurtenissen waarbij u geen last had van uw gezondheid en die u succesvol heeft doorstaan. Of gebeurtenissen waar u invloed op had, die uzelf succesvol heeft laten worden."

### **Doorbreken slachtoffercirkel (vervolg)**

Een huiswerkopdracht kan een oefening met de Cirkel van acht zijn. De klant wordt gevraagd om de huidige ongewenste situatie, zijn of haar eigen reacties en gedrag te beschrijven en om vervolgens te benoemen in welke cirkel dit thuis hoort. Deze opdracht bespreek je samen; je kijkt hierbij naar mogelijkheden die de klant heeft om de situatie te veranderen.

### **Assistenten inroepen**

Klanten voelen zich vaak machteloos om hun situatie te veranderen en zien niet goed wat hun wél lukt of waar ze wél invloed op hebben. Een huiswerkopdracht kan daarom zijn om de hulp van anderen hierbij in te roepen. Bijvoorbeeld: "Vraag twee of drie mensen uit uw persoonlijke omgeving om situaties te noemen waarin u zelf wel degelijk invloed heeft gehad. Noteer deze en laten we deze de volgende keer bespreken."

### **De stemmingsmeter**

Om de klant zich meer bewust te laten worden van zijn of haar stemming en de invloed hiervan op het gedrag van de klant, kan de huiswerkopdracht worden gegeven om gedurende een week iedere dag te noteren hoe 'de vlag erbij staat' (en een motivatie daarvoor). In een volgend gesprek kun je dit overzicht samen analyseren en bekijken welke invloed dit heeft gehad op de klant.

### **Nadenken over droombaan**

Een manier om los te komen uit de huidige ervaren (gezondheids)belemmeringen is door de klant te vragen naar zijn of haar droombaan. "Wat zou u graag willen bereiken? Welke baan zou bij u passen? Waarom? Hoe ziet die baan eruit? Wat doet u dan? Waarom heb je bij deze baan geen last van gezondheidsklachten? Schrijf dit op."

## C. Doorverwijzen

Het kan zinvol zijn om een klant door te verwijzen naar activiteiten waar hij/zij *van betekenis kan zijn voor anderen*. Gewaakt moet worden voor een sociaal isolement. Dit kan bijvoorbeeld door te zoeken naar sociale activering (zonder de beschikbaarheid voor de arbeidsmarkt in het geding te brengen!), een cursus in de avonden, een kleine vrijwilligersactiviteit of zorgtaak.

## TYPE 2 KLANTEN MET PLOTSELING OF ONVERWERKT (GEZONDHEIDS)VERLIES



De klanten met een plotseling of onverwerkt (gezondheids)verlies zullen (nog) moeilijk regie over hun eigen leven kunnen nemen. We zien dit bijvoorbeeld bij mensen die door een chronische ziekte niet meer kunnen wat ze konden. Ze moeten een deel van hun leven anders invullen en hun leven 'opnieuw uitvinden'. Onverwerkte rouw kan dit belemmeren. Het rouwproces zou eerst geadresseerd en (deels) doorlopen moeten worden. Dit kan met interventies worden bespoedigd.

### **Voorbeeld klanttype 2:**

Joanne is een jonge vrouw van 35 jaar. Ze had een leuke en drukke baan bij de marketingafdeling van een uitgeverij. Naast haar werk had ze een druk sociaal leven met haar vriend, vrienden en familie. Ze sportte veel: vooral tennissen was haar lust en leven. Joanne kreeg drie jaar geleden een slijmbeursontsteking aan haar schouder, vervolgens een tenniselleboog en uitvalverschijnselen/ tintelingen aan haar vingers. Ze kon een tijdlang geen beeldschermwerk meer doen en – wat ze nog veel erger vond - het tennissen kon ze wel vergeten. Van de ene blessure kwam ze in de andere. Na de zoveelste peesontsteking aan haar pols die moeizaam herstelde, stortte haar wereld in. Ze raakte haar sportvrienden kwijt, had periodes waarin ze moe was en waarin ze van de ene naar de andere arts of therapeut ging. Op haar werk ging het uiteindelijk ook niet meer. Na twee jaar Ziektewet werd ze voor minder dan 35 % arbeidsongeschikt verklaard. Ze was bovendien aangesteld en raakte haar baan kwijt, dus ze moest nu gewoon gaan solliciteren. Joanne heeft het nog steeds moeilijk dat ze niet meer zo gezond is als ze was. Ze wil heel graag weer werken en leuke dingen doen met haar vriend, maar dat kan niet meer zoals vroeger, voordat ze klachten kreeg. Ze ligt vaak op bed en komt weinig buiten.

## Mechanisme bij klanten met plotseling of onverwerkt (gezondheids)verlies

Het verwerken van rouw over het verlies van gezondheid zal bij klanten met plotseling of onverwerkt (gezondheids-) verlies centraal staan. Het verlies kan ook gaan over de dingen die men altijd kon, het zelfbeeld, doelen en ambities, sociale contacten en misschien dus ook werk. Inzicht hebben in het rouwverwerkingsproces kan helpen. Nadat dat proces is doorlopen, kan de blik pas op de toekomst worden gericht. In principe zijn de interventies die hierna staan vermeld bij alle typen van rouw te hanteren (verlies van baan, inkomen, status, persoonlijk verlies door dood of ziekte in de sociale omgeving etc.), maar in deze aanpak concentreren wij ons op rouwverwerking bij (ervaren) verlies van gezondheid. Het zelf weer kunnen zien van perspectieven en de hulp inroepen van naasten hierbij staat centraal bij deze interventies.

Bij het testen van de eerste versie van de aanpak zagen we bij dit type klanten verrassend positieve resultaten: klanten die aangaven weer lichtpuntjes te zien en klanten die door een spiegelend gesprek geleerd hadden 'dat niet alles kommer en kwel is', waardoor ze een sprong vooruit maakten. Het laten schrijven van een afscheidsbrief bleek voor één klant bijvoorbeeld fantastisch te werken. De enige feedback die de coach in dit geval gaf was er één van oprechte waardering en bewondering. Ook dat gaf de klant de moed een volgende stap in de richting van werk te zetten.

### Interventies voor klanten met plotseling of onverwerkt (gezondheids)verlies

A. Interventies in de gespreksvoering	Het benoemen van rouw
	Het proces van rouw bekijken
B. Huiswerkopdrachten	Afscheidsbrief schrijven
	Lichtpuntjes noteren
	Werken met de curve van rouwverwerking
	1. Schok/ontkenning
	2. Boosheid/schuld
	3. Onderhandelen
	4. De put
	5. Acceptatie
C. Doorverwijzen	Lotgenoten, maatschappelijk werk, gezondheidszorg

#### A. Interventies in de gespreksvoering

##### Het benoemen van rouw

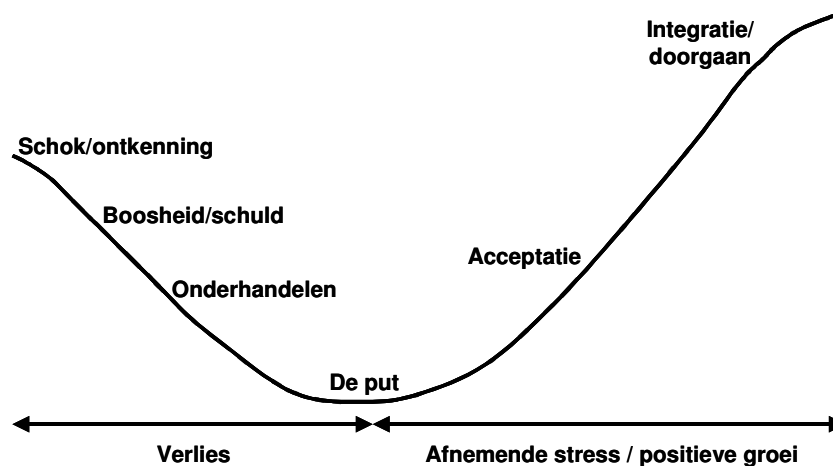
De professional geeft aandacht aan het gezondheidsverlies en wat dat met de klant doet. Het benoemen van het 'niet goed voelen' als 'rouw' kan al helpen. Vervolgens kan één van de huiswerkopdrachten worden ingezet.

##### Het proces van rouw bekijken

De professional maakt in het gesprek expliciet dat 'rouwen om iets wat verloren gegaan is' een normaal proces is dat doorlopen moet worden. Het bespreken van het proces aan de hand van de curve van verwerking volgens Kübler-Ross (zie hierna)

kan de klant nuttige informatie geven én helpen om te kijken welke stap voorwaarts gezet kan worden. Een belangrijke vraag voor de klant is: “In welke fase denkt u dat u nu zit?”. In een huiswerkopdracht kan hier verder mee worden gedaan.

De uitleg kan als volgt zijn: geef in een korte inleiding aan dat de klant in een situatie zit die waarschijnlijk grote verandering met zich meebrengt. Ieder mens krijgt met veranderingen te maken. Veranderingen hebben meestal een bepaald verloop. Er zitten bergen en dalen in en uiteindelijk komt er weer een nieuw uitzichtpunt. Voor de één is de beklimming zwaarder dan voor de ander. Maar klimmen doen we in zo'n geval allemaal. Vraag de klant om een korte reactie. Laat de curve van rouw(-verwerking) zien en licht deze toe. Laat de klant vervolgens zelf aangeven waar hij/zij in de curve denkt te zitten (schok/ontkenning; boosheid/schuld; onderhandelen; de put; acceptatie; integratie/doorgaan). Geef aan dat de fasen niet statisch zijn en geleidelijk in elkaar overlopen. Belangrijk is de erkenning dat dit proces gepaard kan gaan met tegenstrijdige gevoelens. Maar ook het besef dat iedereen uit het dal komt.



Bij de uitleg aan de klanten kan de volgende achtergrondinformatie nuttig zijn. Verandering vraagt om een losmakingproces. Losmaking van het “oude”. Dit kan gepaard gaan met gevoelens van verlies. Immers, het oude gaat verloren en iets nieuws moet worden opgebouwd. Afscheid nemen van het oude kan zo een ingrijpende gebeurtenis zijn, waarbij allerlei gevoelens naar boven komen. Verschillende mensen vergelijken dit met afscheid nemen van een dierbare door overlijden. De fasen die een mens hierbij doorloopt, zijn beschreven door Kübler-Ross. Deze vergelijking is nog niet zo gek: bij het overlijden van een dierbare worden verschillende fasen doorlopen, waarbij de verlieservaring heel intens kan zijn. Ook het onvrijwillig verliezen van de gezondheid (of van een baan) kan op deze manier beschreven worden.

Mensen zijn geen robots die door simpelweg keuzes te maken het leven naar hun eigen hand kunnen zetten. Niet iedereen zal even snel de fasen doorlopen. Het verwerkingsproces is ook geen lineaire beweging. In de praktijk schommelt men heen en weer, van woede naar loslaten, van diepe depressie naar groot enthousiasme, van rust naar activiteit. De mens kan door het maken van creatieve keuzes een nieuwe realiteit scheppen. De huidige realiteit zal steeds veranderen. Onvoorziene gebeurtenissen kunnen aanleiding zijn om opnieuw na te denken of wat men wilde

nog steeds geldt. Dagelijks kan en zal men tientallen keuzes (kunnen) maken, die het uiteindelijke resultaat dichterbij brengen.

In de bijlagen worden de fasen uit de curve nader toegelicht. Interventies bij de verschillende fasen worden bij de huiswerkopdrachten weergegeven.

## B. Huiswerkopdrachten

### Afscheidsbrief schrijven

Laat de klant een korte afscheidsbrief schrijven waarin hij of zij afscheid neemt van de gezonde 'ik. Dit kan eventueel in 2 rondes: één brief om afscheid te nemen van wat was en één brief om te verwelkomen wat er allemaal wel goed is aan jezelf, wat je nog wel kunt. Als schrijven in de vorm van een brief lastig wordt gevonden, kan ook gekozen worden voor de vorm van een boodschappenlijstje.

### Het noteren van lichtpuntjes

Geef de klant de opdracht een dagboekje met lichtpuntjes bij te houden (er is nog iets goeds na dit verlies, momenten dat het verlorene niet speelde). Dit kan ook in de vorm van een boodschappenlijst.

### Werken met de curve van rouwverwerking

Geef de curve van het rouwverwerkingsproces van Kübler-Ross mee (zie hiervoor; in de bijlage wordt nog meer informatie over de fasen gegeven). Geef afhankelijk van de fase waarin men zelf heeft aangegeven te zitten een van de volgende opdrachten mee:

1. Schok/ontkenning: geef een format voor een weekplanning mee dat mensen kunnen invullen. Geef daarbij de opdracht: "Maak een weekplanning, wat wil je per dag gaan doen (activiteiten)? Geef per activiteit aan of het een hoge of lage prioriteit heeft. Activiteiten met een hoge prioriteit doet u in ieder geval die dag, activiteiten met een lage prioriteit kunt u doorschuiven. Maak tijd vrij (hoge prioriteit) voor beweging (fietsen, tuinieren, zwemmen, wandelen)."
2. Boosheid/schuld: geef de opdracht mee: "Kies twee mensen in uw omgeving waar u op een door u gekozen moment terecht kunt voor steun". Geef de klant de suggestie mee de contactgegevens van deze twee mensen dagelijks bij de hand te houden. Suggereer om een vast dagdeel in de week de tijd te nemen voor beweging (fietsen, wandelen, zwemmen o.i.d.).
3. Onderhandelen: geef daarbij als opdracht: "Neem iemand in uw achterhoofd bij wie u goed met een probleem terecht kunt (familie/vrienden). Bedenk waarom u juist bij deze persoon goed terecht kunt en schrijf dit op. Praat vervolgens met deze persoon over deze (valse of echte) hoop".
4. De put: geef daarbij (aansluitend bij iemands interesse) een uitingsopdracht mee (sporten, schilderen, muziek maken, een tip over muziek/film/boek met vergelijkbare situatie van rouw).
5. Acceptatie: geef daarbij als opdracht mee: "Verken uw nieuwe mogelijkheden en grenzen". Geef een invulschema mee waarop mensen invullen wat hun idealen zijn op de korte termijn (deze week, deze maand, dit kwartaal). "Bespreek deze idealen met iemand die u na staat (partner/een goede vriend/vriendin)".

**C. Doorverwijzen**

Als het reflecteren op rouw te moeizaam gaat is het belangrijk om de klant door te verwijzen naar bijvoorbeeld de huisarts, een psycholoog, lotgenootgroepen of maatschappelijke werk.



### TYPE 3 DE KLANTEN DIE BANG ZIJN



De klanten die bang zijn zien overal problemen: voor hen is het glas altijd half leeg in plaats van half vol. Deze klanten hebben hulp nodig bij het ordenen, duiden en relativeren van hun problemen. Bij deze piekeraars zit veel angst die getackeld moet worden: angst voor de toekomst, angst voor het zelf doen, angst voor nieuw werk ("Help: kan ik dit wel aan?"), angst voor terugkerende gezondheidsklachten en angst voor grote veranderingen. Zij vinden zichzelf erg kwetsbaar, denken minder te kunnen en een slechtere gezondheid te hebben dan andere mensen.

#### **Voorbeeld klanttype 3:**

Ayse is een vrouw van 46 jaar. Ze heeft een man en drie thuiswonende zoons van 7, 14 en 17 jaar. Ayse heeft al meer dan 11 jaar een bijstandsuitkering. Haar man werkt ook niet, omdat hij is 'afgekeurd'. Ayse spreekt redelijk Nederlands, maar ze vindt zelf dat ze zich niet goed kan uitdrukken. Ze vraagt haar zoons daarom vaak om dingen voor haar te regelen en om mee te gaan naar de huisarts en het ziekenhuis. Daar komt ze vaak, want ze heeft allerlei klachten. Ze slaapt slecht, heeft soms steken in haar buik en heeft migraine. De klantmanager van de Sociale Dienst heeft één keer in de drie maanden een gesprek met Ayse. De klantmanager denkt dat het goed zou zijn als Ayse naar Nederlandse les zou gaan en daarna een opleiding gaat volgen om in de catering te kunnen werken, omdat ze van koken houdt. Ayse raakt hier steeds van overstuur. Ze meldt zich vaak ziek bij de Nederlandse les. Ze vindt ook dat ze niet naar school kan, omdat haar man en haar zoons haar nodig hebben. En omdat ze te moe is.

## Mechanisme bij klanten die bang zijn

Voor de angstige klanten die overal problemen zien, ligt de aanpak vooral in het 'omdenken' en het relativieren van de problemen die zij zien. Problemen zijn meestal minder groot dan de klant denkt: misschien is het geen probleem. Of is de situatie die als probleem gezien wordt wel iets positiefs, een kansmogelijkheid. Cognitief gedragstherapeutische interventies zijn in dit 'omdenken' een goed hulpmiddel. Ook zonder een therapeutische setting kan geoefend worden in het omgaan met angst en het stoppen van gepieker. Het doel van de interventies is om klanten inzicht te bieden in wat zij als problemen ervaren en hen te laten oefenen in het anders duiden van problemen. Bewustwording staat centraal bij deze interventies.

Informatievoorziening (hoe rationeel is de angst?), maar ook het daadwerkelijk blootgesteld worden aan hetgeen dat angst oproept (om te ondervinden of het angstscenario klopt), kan deze klanten helpen. Echte confrontatie zal in veel gevallen buiten de context van deze aanpak vallen. Belangrijk is wel dat de professional weet over te brengen dat er een verschil is in de korte en de lange termijn. Angst onder ogen zien, is op de korte termijn niet prettig, maar op de lange termijn heb je er veel aan. Voor deze klanten geldt immers 'men lijdt het meest door het lijden dat men vreest' en daar kan wat aan worden gedaan.

### Interventies voor klanten die bang zijn

A. Interventies in de gespreksvoering	Spiegelen om de angst te kunnen zien
	Problemen anders benoemen: omdenken
	Omdenken met het G-schema
	De piekerstop
B. Huiswerkopdrachten	Omdenken met het G-schema (vervolg)
	Nadenken over droombaan
	De piekerstop (vervolg)
	Omgaan met angsten in twee stappen
C. Doorverwijzen	Maatschappelijk werk, gezondheidszorg, mindfulness, bewegen om te kunnen ontspannen

#### A. Interventies in de gespreksvoering

##### Spiegelen om de angst te kunnen zien

Gespreksvoering over de gezondheidsbeleving, waarbij doorgevraagd wordt over hetgeen de klant angst inboezemt. Zit het in angst voor het onbekende? In onzekerheid over het eigen kunnen? En wat is werkelijkheid en wat perceptie? Is meer informatie nodig over de eigen mogelijkheden en competenties?

##### Problemen anders benoemen: omdenken

Ga met de klant oefenen in het anders benoemen van 'een probleem' of een 'ja, maar'. Dit kan bijvoorbeeld door een probleem een feit te noemen. En vervolgens kijken of een feit misschien wel als een mogelijkheid kan worden benoemd. Of een oefening waarbij het begrip 'ondanks dat in een zin van de klant voorkomt, wordt vervangen door het begrip 'dankzij', waarna de professional vraagt de zin af te ma-

ken. Dit oefenen kan eerst gebeuren door een voorbeeld te geven los van de situatie van de klant. Werkt dat, dan kan geoefend worden met een probleem dat de klant zelf heeft aangedragen in het gesprek.

Voorbeeld:

*“Ik wil een baan dicht bij huis. Maar ja, ik woon in een dorp zonder geschikte banen voor mij. En door mijn slechte gezondheid kom ik het dorp niet uit.”. Het probleem omkeren kan door de vraag te stellen: Welke banen zijn er wel in het dorp waar u woont? Welke mogelijkheden bieden die? De mogelijkheid die deze situatie mij biedt is.....(bijvoorbeeld: eindelijk iets heel anders te gaan doen)”.*

### **Omdenken met het G-schema**

Het G-schema is een hulpmiddel om erachter te komen welke (onbewuste of automatische) gedachten ertoe leiden dat een bepaalde gebeurtenis bepaalde gevoelens oproepen. Deze gevoelens leiden tot bepaald gedrag en dat gedrag leidt weer tot bepaalde gevolgen. In dit geval gaat het om gevoelens die leiden tot ‘het denken in problemen’ (“Zie je wel, het is moeilijk, eng, niet goed voor mijn gezondheid”).

Gebeurtenis → Gedachten → Gevoelens → Gedrag → Gevolgen
---

Met de klant wordt een bepaalde situatie of gebeurtenis bij de kop gepakt en wordt stap voor stap gekeken waar het om gaat, welke gedachten en gevoelens dit oproept, tot welk gedrag dit leidt en welke gevolgen dit heeft. Vervolgens wordt besproken of die (automatische) gedachten vervangen kunnen worden door andere gedachten. Waar leidt dat toe? Welke gevoelens, gedrag en gevolgen zouden er dan ook kunnen komen. Het is belangrijk dat de werkcoach of klantmanager hier niet ‘de psycholoog gaat uithangen’. Onthoudt dat het gaat om situaties of gebeurtenissen gerelateerd aan niet kunnen werken.

Het is goed om eerst met een eenvoudig, niet beladen voorbeeld te oefenen - misschien nog niet gerelateerd aan de gezondheidsbeleving - voordat een situatie gekozen wordt waar de klant wellicht wel moeite mee heeft. Als dit voorbeeld in het eerste klantcontact geoefend is, kan het zinvol zijn te vragen dit als huiswerk voor nog enkele gebeurtenissen te doen. Bij de beschrijving van de huiswerkopdrachten en in de bijlage is meer informatie over het G-schema te vinden.

### **De piekerstop**

De oefening de ‘piekerstop’ is een manier om in het hier en nu te komen. Hierbij loopt de klant drie zintuigen langs (zien, horen, voelen) samen met tellen. De klant maakt eerst hardop een opsomming van vijf dingen die hij/zij ziet, daarna van vijf dingen die hij/zij hoort en als laatste van vijf dingen die hij/zij voelt. Bij voelen is het belangrijk dat het gaat om fysiek waarnemen en niet om hoe de klant zich psychisch gezien voelt (dus niet: ik voel me gestrest, maar ik voel de stoel tegen mijn rug).

Een voorbeeld:

*Een... ik zie een tafel*

*Twee...ik zie een papier*

*Drie... ik zie een persoon tegenover me*

*Vier... ik zie een telefoon*

*Vijf... ik zie een kopje*

*Een... ik hoor iemand praten*

*Twee... ik hoor de airconditioning*

*Drie... ik hoor buiten verkeer*

*Vier... ik hoor verder niets*

*Vijf... toch, ik hoor de wind buiten*

*Een... ik voel een stoel in mijn rug*

*Twee... ik voel mijn voeten op de vloer*

*Drie... ik voel de bril op mijn neus*

*Vier... ik voel de warmte van de zon op mijn huid*

*Vijf... ik voel het tafelblad onder mijn hand*

Men kan deze oefening één keer doen of zo vaak als nodig is. Belangrijk is om aan te geven dat het rijtje doorlopen zeker niet altijd lukt en oefenen nodig is. Een echte piekeraar raakt vaak afgeleid en gedachten zullen afdwalen. Of de klant heeft het gevoel te falen. Het is goed om de feedback te geven dat afgeleid raken niet erg is. Op het moment dat iemand zich hiervan bewust wordt, pakt die de oefening weer op en gaat door.

## **B. Huiswerkopdrachten**

### **Omdenken met het G-schema (vervolg)**

Je kunt de klant thuis verder laten oefenen - nadat hier in het gesprek aandacht aan is besteed - om met behulp van het G-schema tot een omkering van gedachten en gevoelens te komen. Er zouden bijvoorbeeld twee of drie oefeningen met situaties, gedachten en gevoelens kunnen worden meegegeven als huiswerk. De klant wordt gevraagd of hij/zij de gedachte die in een bepaalde situatie opgekomen is, zou kunnen vervangen door een andere gedachte. Misschien een gedachte die rationeler is. Vervolgens zou dit kunnen leiden tot andere gevoelens, gedrag en gevolgen.

Toelichting: bij het benoemen van de gebeurtenis is het goed om de 'camera-regel' te gebruiken. Dat wil zeggen dat je de gebeurtenis zo objectief mogelijk beschrijft en niet laat verkleuren door oordelen, gevoelens en gedachten hierover. De beschrijving van de gebeurtenis moet dus als het ware door een camera gevolgd kunnen worden. Vervolgens beschrijft de klant zijn of haar gedrag en welk gevoel men hierbij had. Het gevoel kan worden omschreven vanuit de vier B's: Boos, Bang, Blij, Bedroefd (of 5 B's, inclusief Beschaamd). Alle emoties zijn te vereenvoudigen naar één of een mix van deze. Naast het benoemen van de emotie, geeft men ook een cijfer (0 tot 100) hoe sterk dit gevoel aanwezig is.

Een voorbeeld:

- Gebeurtenis: *Ik zie een vacature op internet voor een functie van 32 uur per week.*
- Gedachte: *Wat is dit een leuke functie, maar ik ben hier niet geschikt voor. Met mijn gezondheid kan ik niet meer dan 20 uur per week werken. Ik vind nooit een leuke, passende baan.*
- Gevoelens: *bedroefd (80), boos (20), bang (70).*
- Gedrag: *Ik heb de vacature verscheurd.*

- Gevolgen: *Ik heb nog steeds geen baan.*

Bij het gebruiken van het G-schema doorloop je het gekozen voorbeeld vervolgens nog een keer, maar nu vanuit een realistisch kader. De gebeurtenis blijft hetzelfde. De klant staat stil bij de 'gedachte' en bedenkt hoe realistisch dit is (bv. met voor- en tegenargumenten). Vaak is het eerst nog nodig om erachter te komen waarom de originele gedachte 'erg' is (dit kan door telkens te vragen: "Waarom is dat erg?"). In het gekozen voorbeeld: "Waarom is het erg dat ik deze baan niet kan krijgen? Omdat ik dan werkloos blijf. Waarom is dat erg? Omdat ik over twee maanden geen WW meer heb? Waarom is dat erg? Omdat ik dan mijn huis moet verkopen. Waarom is dat erg? Omdat ik dan op straat kom te staan en niemand in mijn omgeving heeft die me wil opvangen? Etc." Vervolgens bekijkt de klant hoe realistisch deze angstgedachten zijn. Als ze niet realistisch zijn, laat dan een realistisch alternatief benoemen. Vanuit de realistische/bijgestelde gedachten benoemt de klant nogmaals zijn gevoel en een cijfer (0 tot 100). Onder 'gedrag' stel je nu de vraag: "Wat zou je dus anders kunnen doen?" Onder 'gevolgen' schrijft de klant op wat van dit andere gedrag de ingeschatte gevolgen zijn.

### **Nadenken over droombaan**

Verzoek de klant om thuis 20 minuten ongestoord de tijd te nemen voor zichzelf. De klant moet deze tijd gebruiken om de volgende vragen te beantwoorden:

1. Wat is uw ideale beroep, uw droombaan?
2. Schrijf dit op en noteer:
  - Waar wordt u enthousiast van als u aan deze baan denkt?
  - Waar schrikt u voor terug? Vermijd niet om deze schrikbeelden onder ogen te zien (gedachten als "zie je wel, dit is niets voor mij, dat trek ik niet met mijn gezondheid" zullen opkomen), maar blijf juist proberen bewust na te denken over de dingen waarvoor u terugschrikt.

Een vervolgoefening hierop is:

- Zoek een vacature die uw ideale beroep of droombaan enigszins benadert (schakel alle 'ja, maar' gedachten uit).
- Schrijf vervolgens, ondanks de beren die u ziet, een sollicitatiebrief waarin u aangeeft waarom de functie (wel, bij uitstek) bij u past en waarom de organisatie juist u zou moeten kiezen.
- Neem de brief mee naar het vervolgconsult om deze daar te bespreken.

### **De piekerstop (vervolg)**

Nodig de klant uit om een week lang te oefenen met de piekerstop (zie hierboven) of het tegengaan van piekeren door per dag een speciaal 'piekerkwartier' te reserveren. Dit laatste houdt in: zodra de klant merkt dat hij/zij piekert, probeert hij/zij daarmee te stoppen (en maakt de klant desnoods een aantekening over het piekeronderwerp). Tijdens het piekerkwartier gaat hij/zij ongegeneerd piekeren. Na deze week bespreken hoe dit uitpakte. Zie de bijlage voor meer oefeningen om het piekeren tegen te gaan.

### **Omgaan met angsten in twee stappen**

De eerste stap bestaat uit het onder ogen zien van een specifieke angst (in relatie tot gezondheid en werk), om deze vervolgens te accepteren als een gegeven. De klant

moet de angst niet groter maken, maar erkennen dat deze er is. In deze stap gaat de klant na waar hij/zij nu in feite bang voor is. “Oké, dus ik ben bang voor....”

In de tweede stap wordt gekeken of er – mét die angst – dingen gedaan kunnen worden die eng zijn. De klant moet gaan accepteren dat deze dingen eng zijn, maar ze desondanks niet uit de weg gaan. Enge dingen worden opgedeeld in kleine, behapbare stapjes. Het gaat in de oefening om het oefenen met het zetten van die stapjes, om vliegrepen te maken, zeg maar. Oefenen, oefenen en nog eens oefenen. Tot dat de klant merkt dat de dingen in de meeste gevallen niet zo eng zijn als gedacht. Het belangrijkste is dat u uw leven leidt zoals u dat wilt en dat niet uw angsten uw leven leiden/bepalen. Ten slotte wordt - in het tweede gesprek - de klant voorgesteld om een actieplannetje te maken: “Pak een van de angsten erbij en kijk hoe u stap voor stap met die angst toch de dingen kunt doen die u doen wilt.”

### **C. Doorverwijzen**

Bij teveel en hardnekkige problemen is het belangrijk om de klant door te verwijzen naar bijvoorbeeld een psycholoog, maatschappelijk werk, huisarts, een training mindfulness, projecten die stimuleren om meer te gaan bewegen (wandelen, tuinieren, fietsen, zwemmen) om te kunnen ontspannen.

## TYPE 4 DE KLANTEN DIE HUN GRENZEN NIET KENNEN



De klanten die hun grenzen niet kennen zullen in principe positief zijn ingesteld, maar hun inschattingen zijn zo onrealistisch dat deze constant tot teleurstellingen, en ten slotte tot frustratie leiden. Deze klanten maken vaak geen duidelijke keuzes, willen veel tegelijk doen en zien niet dat niet alles kan of bij hen past. Hun gezondheid ervaren deze klanten vaak niet als negatief, ook niet wanneer er wel degelijk gezondheidsbelemmeringen zijn waar ze rekening mee zouden moeten houden. Vaak kunnen deze klanten moeilijk 'nee' zeggen tegen verzoeken uit hun persoonlijke netwerken om te helpen "nu ze toch niet werken". Hun omgeving kan hen 'misbruiken' en de klanten hebben geen tijd meer om te doen wat ze moeten doen (namelijk: werk zoeken). Of, doordat ze zoveel voor anderen doen - en daarbij hun grenzen niet bewaken - overbelasten ze zichzelf (fysiek en/of mentaal), waardoor werk zoeken niet goed lukt.

### **Voorbeeld klanttype 4:**

Piet is een alleenstaande man van 45. Hij is een opgewekt iemand en is heel aanwezig. Piet is wat chaotisch aangelegd en doet vaak veel dingen tegelijk. Hij ziet overal mogelijkheden en heeft dan ook al veel verschillende soorten werk gehad. Een echte opleiding heeft hij niet, maar dat is niet erg, want je leert toch het meeste van het leven zelf, vindt hij. Meestal werkt hij niet lang op dezelfde plek. Hij vindt het werk dan niet leuk meer omdat het niet goed lukt of hij krijgt ruzie met zijn baas of collega's, bijvoorbeeld als deze kritiek op hem hebben. Op dit moment zit Piet al een tijd zonder werk, hij wordt steeds afgewezen in sollicitaties. Zijn werkervaring is breed en afwisselend, maar werkgevers vinden het gebrek aan diploma's een belemmering en zijn bang dat hij snel weer weg is. Piet heeft de laatste jaren steeds meer rugklachten, maar ja, dat hebben er wel meer. Hij ziet zelf geen problemen om weer aan het werk te komen. "Geef mij maar iemand die ik moet bellen. Ik weet ze wel te overtuigen van wat ik kan". Met wat doorvragen blijkt dat hij wat meer klachten en problemen heeft dan hij zelf ziet. Hij overschat zijn eigen kunnen soms

en is geneigd om teveel hooi op zijn vork te nemen. Als iets niet lukt, haakt hij snel weer af. Piet zorgt ook graag voor andere mensen. Hij wil graag nuttig zijn. Zo doet hij klusjes voor de burens, helpt bij ouderen in het bejaardenhuis met het invullen van formulieren en past hij wekelijks een ochtend op zijn neefje. Door zijn rugklachten slaapt hij slecht en ook het klussen gaat eigenlijk niet meer zo goed. Maar Piet kan niet stil zitten.

## Mechanisme bij klanten die hun grenzen niet kennen

Klanten die hun grenzen niet kennen, hebben vaak weinig zelfinzicht. Ze weten vaak niet goed wat ze willen en kunnen, en vooral: wat ze *niet* kunnen en niet willen. Deze klanten hebben de neiging om van alles aan te pakken en te doen, en negeren hun eigen grenzen en beperkingen hierin. Door het ontbreken van een realistisch zelfbeeld, lukt het niet goed om geschikt werk te vinden en te behouden. Als er gezondheidsproblemen spelen, neemt de klant deze vaak niet serieus, waardoor hij/zij zichzelf makkelijk overbelast of klachten te laat opmerkt. Hierdoor raakt de klant teleurgesteld in zichzelf en anderen. Het doel van de interventies is het werken aan een realistisch zelfbeeld en het leren bepalen, accepteren en aangeven van de eigen grenzen en beperkingen. Ook het formuleren van haalbare doelen en wensen kan helpen om stappen richting passend werk te zetten.

### Interventies voor klanten die hun grenzen niet kennen

A. Interventies in de gespreksvoering	Op zoek naar de grenzen
	Spiegelen op verwachtingen
	Randvoorwaarden benoemen
B. Huiswerkopdrachten	Oefenen in time management
	Een activiteit opknippen in kleine stapjes
	Leren nee zeggen met het G-schema
C. Doorverwijzen	Cognitief/fysiek testen, ondersteuning bij gezondheidsklachten, cursus Nee zeggen

#### A. Interventies in de gespreksvoering

##### Op zoek naar de grenzen

Het is vooral zaak om door te vragen, om erachter te komen waar het aan ligt dat de klant zijn grenzen niet kent. En om te bepalen waar deze grenzen liggen. Het is goed om de klant bewust te laten worden van zijn eigen handelen en de gevolgen van het steeds negeren van de eigen grenzen. In het gesprek kunnen manieren worden aangereikt om op tijd gas terug te nemen en voor zichzelf te zorgen, in plaats van voor anderen.

##### Spiegelen op verwachtingen

In het gesprek met de klant is het goed om bespreekbaar te maken hoe de klant op jou overkomt. Je kunt benoemen dat je merkt dat de klant geen duidelijke keuzen maakt, alles wil aanpakken, irreële verwachtingen heeft en daardoor vaak teleurgesteld raakt en wellicht ook meer gezondheidsklachten heeft.

##### Randvoorwaarden benoemen

In vervolg op de vorige interventie, vraagt de professional de klant te benoemen wel-



ke valkuilen hij tegenkomt bij zijn of haar pogingen om werk te zoeken. Wat betekent dit voor vervolgactiviteiten? Waar gaat de klant beter op letten? Hoe? Wat helpt hem daarbij? Laat de klant zelf randvoorwaarden benoemen die nodig zijn om de valkuilen te voorkomen of omzeilen. Wat heeft de klant nodig om zijn of haar grenzen beter te kennen en bewaken?

## B. Huiswerkopdrachten

### Oefenen in time management

Het is goed om de klant te laten oefenen in het stellen van prioriteiten en om deze beter te kunnen plannen, zodat de klant niet teveel hooi op zijn vork neemt en de eigen grenzen beter kan bewaken. Neem bijvoorbeeld de volgende gouden tips samen door:

1. Stel een heldere 'te doen lijst' op.
2. Maak onderscheid tussen urgentie en belangrijkheid.
3. Doe belangrijke zaken 's ochtends, dan heb je meer energie.
4. Zorg voor een prettige en opgeruimde 'werk'omgeving.
5. Doe minder belangrijke zaken later of delegeer ze.
6. Stel geen zaken uit, dat kost meer tijd.
7. Sluit de dag af met minstens één afgesloten belangrijke zaak.
8. Neem met regelmaat een ontspannen pauze.
9. Bereid aan het einde van de dag kort de volgende dag voor.

Zie voor deze oefening ook de links in de bijlage. Online zijn eveneens diverse oefeningen te vinden.

### Een activiteit opknippen in kleine stapjes

Bespreek van te voren een activiteit die de klant wil ondernemen, bijvoorbeeld een specifieke sollicitatie. Vraag of de klant, voordat hij actie onderneemt, om eerst opschrijven wat er allemaal nodig is om dit te kunnen doen. Wat komt er allemaal bij kijken? Bijvoorbeeld:

- jezelf meer verdiepen in de baan en de werkgever
- je CV aanpassen
- bedenken waarom deze functie bij je past
- bedenken of de baan kan leiden tot problemen met je gezondheid

Vraag de klant vervolgens om een inschatting te maken hoeveel tijd dit uitzoeken kost en om deze activiteit in kleine stappen en deelactiviteiten op te knippen (met een tijdsindicatie). Een vervolgactiviteit is dat de klant daarna stap voor stap de (deel)activiteiten gaat uitvoeren.

### Leren nee zeggen met het G-schema

Een klant kan leren 'nee zeggen' en zijn eigen grenzen leren bewaken met behulp van het G-schema (zie bij klanttype 3), specifiek gericht op situaties waarin de klant iemand 'iets niet kon weigeren'. Vragen die je de klant kunt laten beantwoorden zijn: "Wat zou er gebeuren als u dit verzoek weigert? Waarom kan dat niet?" Een andere tip kan zijn: "Probeer eens tot 20 te tellen voordat u 'ja' zegt op een verzoek dat u tijd en energie kost. Dat geeft u bedenktijd."

**C. Doorverwijzen**

Juist voor dit type klanten kan het belangrijk zijn om objectief te laten vaststellen wat hij/zij zowel cognitief als fysiek aankan, via de huisarts of een arbeidsdeskundige. Zodat deze grenzen helder zijn. Ook kan worden doorverwezen naar een cursus 'Leren nee zeggen' (zie cognitieve gedragstherapie).

## SUBBIJLAGE: VRAGEN NAAR GEZONDHEIDSBELEVING

Ervaren gezondheid in het algemeen wordt in Nederland gemeten met behulp van één vraag die sinds 1983 gesteld wordt in de Gezondheidsenquête van het CBS en sinds 1997 in de nationale POLS-enquête in de module 'gezondheid en welzijn' (zie onderstaande vragenlijst, vraag 1). Om meer te weten te komen over de gezondheidsbeleving - en om het gesprek hierover op gang te brengen - kan door de professional verder worden doorgevraagd. Onderstaande vragen - of een selectie daaruit - bieden desgewenst houvast. De vragen zijn afgeleid van het meetinstrument RAND 36<sup>23</sup>.

1. Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid (5-puntsschaal: zeer goed, goed, matig, slecht, zeer slecht). De laatste 3 antwoorden zijn een signaal voor een negatieve gezondheidsbeleving.
2. In welke mate wordt u op dit moment door uw lichamelijke gezondheid belemmerd in uw dagelijkse bezigheden? (5-puntsschaal: zeer veel, veel, matig, weinig, zeer weinig). De eerste 3 antwoorden zijn een signaal voor een negatieve gezondheidsbeleving.
3. In welke mate heeft pijn u de afgelopen weken belemmerd bij uw normale werkzaamheden? (5-puntsschaal: zeer veel, veel, matig, weinig, zeer weinig). De eerste 3 antwoorden zijn een signaal voor een negatieve gezondheidsbeleving.
4. In welke mate wordt u op dit moment door emotionele problemen (bijvoorbeeld angst/ depressie/piekeren) belemmerd in uw dagelijkse bezigheden? (5-puntsschaal: zeer veel, veel, matig, weinig, zeer weinig). De eerste 3 antwoorden zijn een signaal voor een negatieve gezondheidsbeleving.
5. In hoeverre belemmeren uw lichamelijke gezondheid of uw emotionele problemen u in uw normale sociale bezigheden, bv. met partner, gezin, vrienden, burens (5-puntsschaal: zeer veel, veel, matig, weinig, zeer weinig). De eerste 3 antwoorden zijn een signaal voor een negatieve gezondheidsbeleving.
6. Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of uw emotionele problemen u de afgelopen 4 weken belemmerd in uw sociale activiteiten, bv. contacten met familie, vrienden, burens etc. (5-puntsschaal: voortdurend, meestal, soms, bijna nooit, nooit). De eerste 3 antwoorden zijn een signaal voor een negatieve gezondheidsbeleving.
7. Heeft u de laatste tijd plezier in uw gewone dagelijkse bezigheden? (ja/nee)
8. Heeft u vertrouwen in de toekomst? (ja/nee)
9. In welke mate bent u - voor uw doen - op dit moment fit? (5-puntsschaal: helemaal, enigszins, matig, niet, helemaal niet). De laatste drie antwoorden zijn een signaal voor een negatieve gezondheidsbeleving.
10. In hoeverre belemmert uw gezondheid u op dit moment bij het vinden en hebben van werk? (5-puntsschaal: heel erg, erg, enigszins, niet, helemaal niet). De eerste 3 antwoorden zijn een signaal voor een negatieve gezondheidsbeleving.
11. Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen (5-puntsschaal: zeer me eens, me eens, enigszins, oneens, zeer me oneens). De eerste 3 antwoorden zijn een signaal voor een negatieve gezondheidsbeleving.
12. Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken (5-puntsschaal: zeer me eens, me eens, enigszins, oneens, zeer me oneens). De laatste 3 antwoorden zijn een signaal voor een negatieve gezondheidsbeleving.

<sup>23</sup> Zee, K.I. van der en R. Sanderman (1993). Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36, een handleiding. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken: Groningen.

## SUBBIJLAGE: AANVULLENDE INFORMATIE OVER DE INTERVENTIES

### A Interventies bij klanttype 1: de klanten in een slachtofferrol

Website over **de Cirkel van Acht** van slachtoffer zijn of verantwoordelijkheid nemen. De stappen worden duidelijk uitgelegd. Hieruit kunnen meerdere interventies worden afgeleid.

[http://www.h-l.nl/expertises/je\\_eigen\\_leider:\\_cirkel\\_van\\_8/953/](http://www.h-l.nl/expertises/je_eigen_leider:_cirkel_van_8/953/)

Website van het Nederlands Jeugd instituut (NJI) over het **voorkomen van depressieve klachten**. Vooral gericht op jongeren, maar de oefeningen zijn voor iedereen bruikbaar, zowel individueel als in groepsverband.

<http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=37990&recordnr=461&adlibtitel=Head%20Up&setembed>

Website over het **doorbreken van patronen**. Refererend aan het model van Dilts waar het mensgerichte leren centraal staat, is aandacht voor zes dimensies:

- omgeving (waar ben ik)
- gedrag (wat doe ik)
- capaciteiten (wat kan ik)
- overtuigingen (waar geloof ik in)
- identiteit (wat of wie ben ik)
- zingeving (wat wil ik, waar ben ik op uit)

<http://www.managementsite.nl/438/persoonlijke-effectiviteit/weerstand-doet-uw-emotionele-reactie-daarop.html>

### B Interventies bij klanttype 2: de klanten met een plotseling of onverwerkt (gezondheids)verlies

#### Uitwerking van de curve van rouwverwerking

##### Fase 1: **Ontkennen**

Kenmerkend voor deze fase is:

- Niet geloven dat er iets aan de hand is, ogen sluiten, (gedachte: "dit gaat niet over mij"), doorgaan met het oude, daardoor betekenis minimaliseren, gevoel-loosheid.
- Deze fase duurt kort.

Tips voor de professional:

- Adviseer de klant om zich op normale, dagelijkse dingen te richten die structuur geven aan de dag, probeer prioriteiten stellen.
- Probeer in ieder geval niet net doen alsof er niets aan de hand is.

##### Fase 2: **Verzet**

Kenmerkend voor deze fase is:

- Gevoelens van boosheid, woede, angst, depressie (dit kan ontstaan als de emotie niet geuit wordt), zoeken naar verklaringen die buiten de eigen invloedssfeer liggen.
- Boosheid kan zich ook naar binnen richten, in de vorm van zelfverwijt, schuld en gevoelens van frustraties.
- Het dringt nu echt tot de klant door dat er iets gebeurd is.

Tips voor de professional:

- Laat de klant zelf bepalen op welke gebieden en wanneer hij of zij behoefte heeft aan steun.
- Het is belangrijk om contact te houden met de klant en daarbij de boodschap te geven dat je er bent als de klant wil praten, om steun vraagt én dat dát op de door zijn/haar aangegeven tijd kan.

### Fase 3: **Onderhandelen**

Kenmerkend voor deze fase is:

- De klant onderhandelt met zichzelf of met anderen.
- Fase 3 is een fase van valse hoop en marchanderen. De klant kan gedachten hebben als: "Misschien is het allemaal niet zo erg en herstel ik op wonderbaarlijke wijze?"
- De klant probeert de oude situatie in stand te houden en de veronderstelde negatieve effecten van de nieuwe realiteit tot een minimum te beperken of om alsnog proberen onder de realiteit uit te komen of deze te ontkennen.
- Meer roken, drinken, eten en verwaarlozen van de eigen gezondheid.

Tips voor de professional:

- Adviseer de klant om met familie en vrienden hierover te praten.
- Indien het gedrag daartoe aanleiding geeft, is het belangrijk om de klant te stimuleren om professionele hulp via de huisarts in te schakelen.

### Fase 4: **Wanhopen**

Kenmerkend voor deze fase is:

- In de put zitten: gevoelens van verdriet, teleurstelling en eenzaamheid.
- Gevoelens van gefaald hebben, wanhoop.
- Laag energieniveau, weinig motivatie en zelfvertrouwen.
- Dreiging van contactverlies, in zich zelf keren.
- Dreiging van terugval naar voorgaande fasen.
- Proberen om negatieve gevoelens te vermijden/ontkennen.

Tips voor de professional:

- Schenk aandacht aan het contactverlies dat je signaleert.
- Moedig de klant aan om zich te uiten, machteloosheid en depressieve gevoelens toe te laten en begeleidt de klant daarin.
- Een confrontatie met het gedrag dat je ziet kan de klant een stap verder helpen (doorbreken van het patroon).

### Fase 5: **Aanvaarden**

Kenmerkend voor deze fase is:

- Dit is een fase van acceptatie. De klant kan weer lichtpuntjes zien, er kan weer naar de toekomst gekeken worden Er is een opening naar nieuw begin.
- Het verleden wordt echt losgelaten, een verkenning van nieuwe mogelijkheden en grenzen is mogelijk.
- Nieuwe energie en vitaliteit zijn vrijgekomen.
- De klant kan nu enthousiast aan de slag, vooruit kijken.

Tip voor de professional:

- Let op: het vinden van evenwicht tussen toekomst en verleden is inspannend en een vermoeiend avontuur.

### Fase 6 **Integratie**

Kenmerkend voor deze fase is:

- De klant is bezig met het ontdekken van nieuwe betekenissen in het leven en integratie van dit nieuwe inzicht in het dagelijkse leven.
- Deze fase begint met inkeer.

Tips voor de professional:

- Het kan helpen als de klant anderen kan ondersteunen in de rouwverwerkingsprocessen die men net zelf doorgemaakt heeft.
- In een later stadium kan de aandacht worden gericht op het eigen leven en werk. De nieuwe situatie staat niet meer zo op de voorgrond, de integratie is rond en de klant kan weer een stap verder zetten om zijn of haar leven op te pakken.

### **C Interventies bij klanttype 3: de klanten die bang zijn**

Website over het doorbreken van een te sterke **fixatie op problemen en angsten**.

<http://www.coachingspot.nl/content/413/473>

Website met casussen en talloze voorbeelden over '**Ja, maar-gedrag**'. Gebaseerd op het werk van Berthold Gunsters boek 'De techniek van het omdenken' (2010).

[www.omdenken.nl](http://www.omdenken.nl)

Website over het **G-schema** om gebeurtenissen anders te kunnen duiden.

[www.josdouma.nl/pneumapastoraat](http://www.josdouma.nl/pneumapastoraat)

#### *Het G-schema*

Het G-schema is een hulpmiddel dat gebruikt kan worden om er achter te komen welke (onbewuste of automatische) gedachten ertoe leiden dat een bepaalde gebeurtenis bepaalde gevoelens bij je oproept. Deze gevoelens leiden tot bepaald gedrag en dat gedrag leidt weer tot bepaalde gevolgen. Inzicht in dit proces opent de weg naar het anders duiden van gebeurtenissen. Dus van het 'omdenken'.

Gebeurtenis → Gedachten → Gevoelens → Gedrag → Gevolgen
---

Het onderstaande rijtje helpt om een concreet voorbeeld uit te werken. De klant dient het volgende nauwkeurig te omschrijven:

- De gebeurtenis waar het om gaat
- De gevoelens die dat bij de klant oproept
- Het gedrag dat de klant dan vertoont
- De gevolgen die dat heeft

Vervolgens geeft de professional deze twee aanwijzingen:

- Ga na welke gedachten je hebt. Gedachten zijn vaak onbewust en automatisch, dus het kost moeite om ze onder woorden te brengen. Het benoemen van je onbewuste gedachten helpt je om je gevoel beter te begrijpen. Het zijn vooral de onbewuste, automatische gedachten die je gevoel bepalen.
- Vervang deze gedachten, nadat de klant ontdekt heeft dat ze niet realistisch of disfunctioneel zijn, door gedachten die wel realistisch en functioneel zijn.

Ten slotte kun je nadenken over het nieuwe gevoel dat ontstaat wanneer de klant zijn onrealistische gedachten heeft vervangen door meer realistische, het nieuwe gedrag dat de klant gaat vertonen en de nieuwe gevolgen die dat zal hebben:

- Bedenk welke gevoelens er dan zullen zijn.
- Laat de klant zich het nieuwe gedrag voorstellen.
- Laat de klant nadenken over de gevolgen die er dan zullen zijn.

Website over het **stoppen met piekeren**.

<http://www3.psy.vu.nl/stophetgetob/>

Websites met **praktische tips over piekeren en ontspannen**.

<http://www.newstart.nl/blog/stop-met-piekeren-en-ontspan/>

<http://www.newstart.nl/blog/leven-in-het-nu/>

Website met verschillende bruikbare **interventies**, zoals stoppen met piekeren, denken en voelen, ontspanning, mindfulness etc.

<http://minddistrict.nl/programmas/generieke-modules/stoppen-met-piekeren>

Een cursus van 14 lessen, te vertalen naar **huiswerkopdrachten** van de Amerikaanse psycholoog Michael Fordyce, vertaald door de Nederlandse psycholoog en wetenschapsjournalist Ad Bergsma.

<http://www.hartenziel.nl/artikel/levenskunstjes/>

Website met informatie over **manieren om angst onder controle te krijgen**.

<http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/aandoeningen/46066-angst-onder-controle-krijgen.html>

Websites over **angsten, overmatig piekeren en uitstelgedrag**.

<http://www.ivdi.nl/?q=node/12>

<http://www.i2l.nl/pdf/1Essay%20Mindfulness%20en%20uitstelgedrag.pdf>

Website over **depressiviteit** bij kankerpatiënten. De genoemde interventies zijn ook toe te passen bij klanten met een negatieve gezondheidsbeleving. De interventies hebben betrekking op somberte, voorkomen van isolement, afleiding zoeken en het vergroten van zelfwerkzaamheid.

[http://www.pallialine.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=31949&richtlijn\\_id=745](http://www.pallialine.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=31949&richtlijn_id=745)

Website over **omgaan met je angsten met behulp van een tweestappenplan**.

<http://www.carrieretijger.nl/carriere/zelfonderzoek/carriereswitch/gereedschapskist/omgaan-met-angst-tweestappenplan>

## **D Interventies bij klanttype 4: de klanten die hun grenzen niet kennen**

Website met tips voor **timemanagement**.

<http://www.meereffect.nl/time-management/?gclid=CKqSqouD5K4CFQcj3godeXbTZw>

Website met een korte cursus in **leren 'nee' zeggen**.

<http://www.leren.nl/cursus/sociale-vaardigheden/nee-zeggen/>