

Kennisproduct
Gilde Re-integratie

Negatieve gezondheidsbeleving



Re-integratie

*Kennisniveau 2
15 december 2010*

Deelnemende professionals

Marjolein Bakkenes, gemeente Haarlem

Erwin Lankhorst, Ergo Control

Saša van Kesteren, gemeente Enkhuizen

Miriam Peijs, Sociale Zaken & Werkgelegenheid Rotterdam

Ine Konijn, gemeente Purmerend

Petra Vitasovic, gemeente Purmerend

Gerard Beerepoot, gemeente Purmerend

Carla van Deursen, UWV

Cora Wijnstroot, UWV Werkbedrijf

Procesbegeleiders Gilde Re-integratie

Gejo Duinkerken, M 06-53303441, duinkerken@gildenetwerk.nl

Hettie Graafland, M 06-49998138, graafland@gildenetwerk.nl

INHOUDSOPGAVE

1. Aanleiding, achtergrond en afspraken	3
Negatieve gezondheidsbeleving	3
Gildetraject	4
2. Achtergrond	4
3. Probleemanalyse negatieve gezondheidsbeleving	5
Begripsbepaling	5
Gezondheidsbeleving als voorspeller	5
Te beïnvloeden factor: mindset	6
Eigen onveranderbare waarheid	6
Aandoeningen gaan, de beleving blijft bestaan	7
Spiralen van gezondheidsbeleving	7
Conditie en gezondheidsbeleving	8
De invloed van dienstverleners van welzijn en zorg op gezondheidsbeleving	8
Soorten negatieve gezondheidsbeleving m.b.t. re-integratie	9
Te weinig kennis over gezondheid	9
Psychologische proces staat centraal: gewenste gedragsverandering	10
Gedragsverandering bij te onderscheiden klantgroepen	10
Kenmerken werkzoekenden met negatieve gezondheidsbeleving	12
4. De aanpak	12
4.1. Uitgangspunten	12
4.2. Grote lijn methodische aanpak	13
Werken/participeren is juist de oplossing	13
Mindset als centrale beïnvloedbare factor	13
Uitvergroten aandoeningen werkt negatief	13
Algemene aanpak gedragsverandering bij negatieve gezondheidsbeleving	14
Specifieke aanpak voor verschillende klantaspecten	14
4.3. Algemeen werkende bestanddelen	16
Leren omgaan met pijn	16
Bewegen	16
Zelfsturing bevorderen	17
Werken aan gedragsverandering: aansluiten op intrinsieke motivatie	18
Aansluiten op fase van gedragsverandering	18
Motivational interviewing en oplossingsgericht coachen	20
Doelen stellen	21
Self efficacy: vertrouwen in eigen kunnen vergroten	22
Praktijkleren: vaardigheden tot zelfsturing en kennis over gezondheid	22
4.4. Specifiek werkende bestanddelen	22
Kennis over gezondheid vergroten	22
Systeembenadering	23
Lotgenoten inzetten	23
Zaken regelen die niet mogen ontbreken: rust, reinheid, regelmaat	23
Mensen leren omgaan met stress: stressreductie (mindfulness)	24
Omgaan met tegenslagen/rouwverwerking	24
Rolmodellen inzetten in aanpak	25
5. Wetenschappelijke onderbouwing	26
Onderbouwing van de analyse van het probleem	26
Onderbouwing van de aanpak	26
Conclusie	26
Colofon	28

1. Aanleiding, achtergrond en afspraken

Negatieve gezondheidsbeleving

Het verband tussen werkloosheid en een slechte gezondheid is in tal van wetenschappelijke onderzoeken vastgesteld. Ziekten komen relatief vaker voor bij werklozen en ook sterftcijfers liggen hoger. Werkloosheid kan een slechte gezondheid tot gevolg hebben, maar andersom geldt hetzelfde: een slechte gezondheid vergroot de kans dat iemand werkloos is.

Hoe met ziekte of aandoeningen wordt omgegaan – de beleving, verschilt per mens. De een werkt ermee, voor de ander kan het juist een reden zijn om niet te werken. Dit geeft aan dat lang niet altijd de feitelijke aandoening de centrale factor is die werkloosheid voorspelt, maar de *beleving* van de aandoening. Uit verschillende onderzoeken blijkt de relatie tussen gezondheidsbeleving en werk: werkloosheid werkt een negatieve gezondheidsbeleving in de hand. Het omgekeerde geldt overigens ook. Een negatieve gezondheidsbeleving werkt werkloosheid in de hand.

Hoe men zijn gezondheid ervaart, is dus beïnvloedbaar en zeker geen vast gegeven. Dit laatste vormt een belangrijk aangrijpingspunt binnen re-integratie interventies om de kans op werk te vergroten.

Hoe om te gaan met een negatieve gezondheidsbeleving die werkzoekenden kunnen hebben op de weg naar werk? Hoe de beleving van de klant van diens gezondheid zo te beïnvloeden dat de kans op succesvolle re-integratie toenemen? Wat werkt bij klanten met een negatieve gezondheidsbeleving, waarom en onder welke randvoorwaarden of omstandigheden? Dit zijn vragen, waarop het Gilde Re-integratie een werkmethodisch antwoord wil ontwikkelen.

Onder een negatieve gezondheidsbeleving verstaan we:

- De discrepantie tussen maatschappelijke verwachtingen m.b.t. participatie en de beleving van de betreffende persoon (waarbij het gaat om ‘onderschatting’, niet om ‘overschatting’ van de eigen mogelijkheden);
en/of:
- Het zich – in vergelijking met andere personen met dezelfde aandoening – relatief beperkt voelen in participeren. Bij een negatieve gezondheidsbeleving heeft de *zelf-beleefde gezondheid* een rechtstreekse negatieve invloed op de *arbeidsparticipatie*.

De kwestie van effectief omgaan met negatieve gezondheidsbeleving door re-integratieprofessionals is niet gebonden aan een locatie of gemeente, die de WWB uitvoeren. Ook het UWV heeft er direct mee van doen bij bijvoorbeeld de WAO, WIA. Vrijstellingen om aan het werk te gaan worden in de regel alleen gegeven op grond van volledige arbeidsongeschiktheid. De meeste mensen met een kwaal of aandoening moeten dus aan het werk/participeren. Het gaat dus niet zozeer om een beleidsinhoudelijk maar meer om een begeleidingstechnische kwestie. Hoe kun je het meest effectief omgaan met mensen met een negatieve gezondheidsbeleving? In verschillende gemeenten, bij het UWV en bij re-integratiebedrijven hebben professionals daar ervaring mee opgedaan.

Verschillende soorten uitvoerende professionals van gemeenten, UWV (arbeidsdeskundigen en het Werkbedrijf) en re-integratiebedrijven hebben hierover vanuit de praktijk kennis opgebouwd. Het gaat daarbij veelal om impliciete kennis. Doel van het Gilde Re-integratie is deze te expliciteren en vervolgens te verspreiden, gericht op herhaalbaarheid en effectiviteitsverbetering van de aanpak.

Gildetraject

Kennis en ervaring van uitvoerende professionals vormen een belangrijke bron om kennis over effectieve re-integratie te ontsluiten, op te bouwen en te delen. Uit de praktijk verkregen bewijs kan leiden tot praktische en levende methoden die effectief zijn en de betrokkenheid van de professional bij zijn werk sterk vergroten.

Dat is de kern van het Gilde Re-integratie: samen met uitvoerende professionals gaandeweg kennis over effectieve methodes en werkwijzen opbouwen. Vertaald naar het Gilde over negatieve gezondheidsbeleving luidt de kernvraag: *wat werkt voor verschillende soorten klanten het beste, waarom werkt het en onder welke omstandigheden?*

De onbewuste en bewuste kennis van de betrokken uitvoerende professionals is in dit traject naar boven gehaald, wordt in vervolgssessies zoveel mogelijk objectiveerbaar gemaakt en onderbouwd. Dat leidt uiteindelijk tot een inhoudelijke beschrijving van de meest aannemelijke werkmethode aanpak.

De procesbegeleiders van dit Gildetraject zijn Gejo Duinkerken en Hettie Graafland. Zij zijn bekend met de beleidskaders van sociale zekerheid in het algemeen en van de WWB in het bijzonder.

De bevindingen van de eerste bijeenkomst zijn verwerkt in dit verslag. Het is vooral een weergave van de knowhow van de betrokken uitvoerende professionals. Daarmee wordt een bijdrage beoogd aan de ontwikkeling van het vakgebied re-integratie.

Dit verslag wordt namens hen aangeboden aan sociale diensten, UWV en re-integratiebedrijven die zich geconfronteerd zien met klanten die naar werk begeleid moeten worden en die daarbij negatieve gezondheidsbeleving hebben dan wel zich daar in ieder geval op beroepen.

2. Achtergrond

1. De deelnemende professionals komen van verschillende gemeenten, UWV en re-integratiebedrijven verspreid over het hele land. Hun belangrijkste overeenkomst is dat zij een betrokkenheid hebben bij het *onderwerp*.
2. De deelnemende professionals hebben kritisch en met grote bevoegenheid gekeken naar het eigen handelen en geprobeerd antwoorden te vinden op de vraag 'wat werkt voor de cliënten die binnen deze groep vallen.'
3. Het werk van de betrokken professionals is vooral gericht op de klant 'werkzoekende': Hoe helpen we klanten om te gaan met eventuele negatieve

gezondheidsbeleving in het kader van werk? De focus ligt daarbij op twee vragen: wat kan de klant er zelf aan doen? En hoe kan de uitvoerende professional dit proces optimaal begeleiden?

4. Tegelijkertijd constateren deze professionals dat de arbeidsmarktkansen voor klanten met een psychosomatische problematiek deels afhankelijk zijn van maatschappelijke trends en vooroordelen, die vaak het selectiegedrag van werkgevers bepalen. Sommige zaken zijn dus op zichzelf moeilijk door de klant zelf te beïnvloeden. Het beïnvloeden van de vraagzijde van de arbeidsmarkt is in het kader van effectieve re-integratie soms ook noodzakelijk, maar wordt in deze methodische beschrijving verder buiten beschouwing gelaten.
5. De uitvoerende professionals ervaren het op deze manier met elkaar werken aan de totstandkoming van een methodische werkaanpak als prettig en zinvol. Zij ervaren gezamenlijk de behoefte aan een eenduidig methodisch concept dat is ontwikkeld vanuit de huidige praktijkervaringen. Een methodisch concept dat theoretisch getoetst wordt op effectiviteit en vervolgens verspreid wordt binnen het gehele veld van re-integratie.

3. Probleemanalyse negatieve gezondheidsbeleving

Begripsbepaling

Een publicatie van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP)¹ met als Titel “De uitkering van de baan”, laat zien dat de kans van uitkeringsgerechtigden op werkhervatting in belangrijke mate afhankelijk blijkt te zijn van kenmerken als ervaren gezondheid, leeftijd en afstand tot de arbeidsmarkt.

Welke aspecten van een negatieve gezondheidsbeleving veroorzaken nu met name de werkloosheid en/of houden deze in stand? Anders gezegd: welk probleem moet nu eigenlijk opgelost worden, zodat betrokkene (weer) aan het werk gaat of gaat participeren?

Over de probleemanalyse hebben de professionals verschillende aspecten naar voren gebracht. Hieronder worden deze uitgewerkt.

Gezondheidsbeleving als voorspeller

Ons handelen, maar ook onze waarneming en onze interpretaties over of en wat we kunnen werken/participeren wordt in belangrijke mate bepaald door onze beleefde gezondheidssituatie. *Ervaren gezondheid* en *motivatie* (beide beïnvloedbare en te onderscheiden factoren) blijken belangrijke voorspellers te zijn van de kans op succesvolle re-integratie van arbeidsgehandicapten, meer dan het afgegeven % arbeidsongeschiktheid c.q. de (mate van) vastgestelde beperkingen, zo blijkt niet

¹ Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) “De uitkering van de baan”, 2003

alleen uit de ervaring van de uitvoerende professionals², maar ook uit diverse onderzoeken.

Gezondheidsbeleving blijkt een veelbetere voorspeller te zijn dan alleen de feitelijke gezondheid³, zo blijkt ook uit Aan de Slag (SCP). Tevens is er sprake van culturele verschillen op het vlak van gezondheidsbeleving, zo blijkt uit hetzelfde rapport. Autochtonen zijn positiever dan allochtonen, die onderling ook weer verschillen.

Te beïnvloeden factor: mindset

Ervaren gezondheid wordt enerzijds beïnvloed door *feitelijke kenmerken* van ziekte (uitstralende pijn, ontstoken gewrichten, astmatische aanvallen) en omgaan met die feitelijke kenmerken. Anderzijds is er sprake van een gedragscomponent: gezondheidsbeleving als de *perceptie* en *beleving* van de eigen gezondheidssituatie. Gezondheidsbeleving is in die zin een kwestie van *mindset*, gezondheidsbeleving zit tussen de oren. Het is in die zin integraal onderdeel van andere mindset-factoren als motivatie, zelfvertrouwen, geloof in eigen kunnen.

Feitelijke kenmerken en *beleving* laten zich voor de klant wellicht moeilijk geheel uit elkaar trekken. Een re-integratieprofessional richt zich echter op het te beïnvloeden deel van deze kluwen: de gezondheidsbeleving.

Eigen onveranderbare waarheid

Hoe iemand zijn gezondheid beleeft, kan een optelsom zijn van diverse factoren over jaren. Druk vanuit de sociale/culturele omgeving (partner, gezin, familie, buurt) kan iemands eigen ervaring kleuren. Maar ook een objectieve medische keuring waarbij belemmeringen worden vastgesteld, kan ervaren worden als een bevestiging van het eigen gelijk, een objectivering van het onwelbevinden⁴.

Het probleem is dat de eigen waarheid door een eigen 'leerproces' door betrokkene vaak verabsoluteerd is. In die zin is een negatieve gezondheidsbeleving vaak een *belemmerende overtuiging*⁵. Betrokkene ziet het dynamische en het psychologische element van zijn/haar gezondheidsbeleving vaak niet meer, ziet niet dat het een tijdelijke state of mind is, denkt dat het altijd zo was en ziet het zelf vaak niet als veranderbaar. Een specifieke gezondheidsbeleving is voor betrokkene vaak zo vanzelfsprekend geworden, dat het niet bij betrokkene opkomt om deze bewust onder de loep te nemen of aan zijn legitimiteit te twijfelen. Psychologisch gezien levert het hebben van een negatieve gezondheidsbeleving zekerheid en houvast op. Angstige

² Re-integratiebedrijven zijn pilots gestart waarbij actief gewerkt wordt aan bewegen, conditieverbetering, klachtombuiging, omgaan met pijnbeleving en arbeidsocialisatie. Hun werkwijze veronderstelt dus een link tussen gezondheidsbeleving en gezondheid.

³ Feitelijke gezondheid wordt bepaald door objectieveerbare gezondheidskenmerken.

⁴ Vanuit gezondheidsbeleving gezien heeft een keuring, waarin alleen wordt vastgesteld wat mensen niet (meer) kunnen, en doorgaans niet wat zij wel (nog) kunnen, een contraproductief effect. De arbeidsmedische toets kijkt daarom juist ook naar wat mensen wel kunnen, n.l. betaalde arbeid verrichten zonder/met gewenste beperkingen c.q. aanpassingen.

⁵ Het Gilde heeft in 2010 ook een kennisdocument opgesteld over het effectief omgaan met belemmerende overtuigingen.

mensen hebben in de praktijk vaak een negatieve gezondheidsbeleving. Het gaat daarbij echter om angst voor verandering, angst voor het onzekere.

Aandoeningen gaan, de beleving blijft bestaan

Klachten verdwijnen fysiek gezien soms weer, maar de klachtbeleving heeft zich dan al vaak verankerd. Zo blijven mensen in hun beleving herniapatiënt, terwijl die lang niet altijd na 10 jaar objectief gezien nog bestaat.

Er zijn wel vele chronische ziekten die blijven, maar daarmee is op de arbeidsmarkt zeker wel te leven⁶. In dit verband is te wijzen op het bekende fenomeen van *katastroferen*⁷ en *vermijden* van actief bewegen bij vele ziekten van het bewegingsapparaat..

Een gezondheidsbeleving is voor betrokkene vaak een door angst verankerde basale opvattingen over werk/participatie. De negatieve gezondheidsbeleving vormt een houvast en een bron van zekerheid en daarmee van kracht. Ze zijn voor de betrokkene de grootste richtinggevende kracht voor iemands gedrag (waarom deze juist niets iets doet).

Spiralen van gezondheidsbeleving

Bij het ontstaan van gezondheidsbeleving spelen positieve en negatieve spiralen een rol. Er is een cirkel van 'ervaringsleren' waar je gezondheidsbeleving een deel van is:

- Je gezondheidsbeleving beïnvloedt wat je kunt.
- Wat je kunt, beïnvloedt wat je doet.
- Wat je doet, beïnvloedt je resultaten.
- Je resultaten beïnvloeden je gezondheidsbeleving, je zelfvertrouwen en je motivatie.
- Enzovoort.

Een voorbeeld van een negatieve spiraal: stel dat je de beleving hebt dat je niet kunt werken/participeren, omdat je binnen en buiten last van hooikoorts hebt. Omdat je dat gelooft, zul je niet gauw vol energie iets gaan proberen. Wat je doet (je actie), zal meestal vol twijfel gebeuren en halfslachtig zijn. Bij het minste of geringste zul je afhaken, 'want 'je hebt nu eenmaal hooikoorts'. Het resultaat van je actie zal dus nauwelijks indrukwekkend zijn. Wat natuurlijk het 'bewijs' is voor je niet kunnen participeren door hooikoorts.

Andersom betekent een hele positieve gezondheidsbeleving dat je iets kunt dat je je er met heel je energie op werpt. Zo'n krachtige actie zal natuurlijk al gauw goede resultaten opleveren. En dat bevestigt je eerdere gezondheidsbeleving nog eens. Een theorie die hierbij aansluit is de locus of control⁸, die je vaak in 3 varianten hebt:

⁶ Zie www.interventiesnaarwerk.nl : Werken met Reuma, Werken met chronische vermoeidheidsklachten, werken na kanker, etc.

⁷ Catastroferen (cognitief) = piekeren + zorgen maken + uitvergrooten

⁸ De [Locus of control](#) theorie (LoC) heeft eigenlijk maar 2 eigenschappen die persoonlijkheid bepalen, namelijk een interne en externe LoC. Als iemand een meer interne LoC heeft, dan verklaart deze persoon de dingen die om hem heen gebeuren, en dingen die lukken en

- (1) jij hebt de ziekte en je moet er dus zelf mee aan de slag (intern);
- (2) jij kan er niets aan doen dat je de ziekte hebt en je omgeving cq anderen moeten jou helpen bij het oplossen van de problemen door de ziekte (extern);
- (3) met als specifieke externe variant: de arts moet jou beter maken.

Bij personen met reuma was te zien dat een interne locus of control leidt tot aanmerkelijk minder verzuim op het werk⁹ Mensen met intern locus of control gaan zelf aan de slag en vinden hun gezondheid dus ook minder snel een belemmering.

Conditie en gezondheidsbeleving

Hoe gezond je je voelt is een zaak van je mindset, maar wordt ook mede bepaald door gezond je feitelijk bent, je lifestyle¹⁰, je voedingspatroon, de stress waarin je verkeerd, etc. Door in ieder geval aan je basisconditie te werken, wordt je gezondheidsbeleving positiever. Veel langdurig werklozen hebben echter een slechte basisconditie. Zij bewegen nauwelijks (hebben geen 'bewegings-CV'), kampen met overgewicht en hebben verkeerde eetgewoonten. Een negatieve gezondheidsbeleving kan dus verwijzen naar een verkeerde levensstijl. Die wordt wel gevoed door de mindset van mensen, doch als zij niet weten (ervaren hebben) wat de voordelen zijn van bewegen, etc, hoe krijg je hen dan zover? Zulke mensen moeten een duw de goede richting op krijgen, om de juiste ervaring op te gaan doen. Door die ervaring gaan velen zich direct zelf beter voelen. Uit de studies naar de effecten van beweegprogramma's van Lex Burdorf¹¹ blijkt dit overigens niet altijd zo te zijn. Het gaat hier om een sterke verwachting van de praktijk, maar is zeker (nog) niet wetenschappelijk zo hard! Zie ook voetnoot 20.

De invloed van dienstverleners van welzijn en zorg op gezondheidsbeleving

Hoe gezond je je voelt is een zaak van je mindset. De kring van dienstverleners op het gebied van welzijn en zorg hebben daar een grote invloed op. In de praktijk staan de neuzen van al deze uitvoerende professionals (let voor ons onderwerp op de belangrijke rol van de huistarts) zelden dezelfde kant op. Ze zetten met andere woorden de klant niet met elkaar op hetzelfde spoor. Ze handelen niet vanuit eenzelfde visie. Zo vindt b.v. een arts dat de klant na een abrupte scheiding vooral rust

mislukken aan de hand van zijn eigen acties, die veranderbaar zijn en in de eigen macht liggen. Externe LoC betekent dat iemand de dingen die hij meemaakt aan de buitenwereld wijt, een hogere macht of andere mensen. Iemand met een externe LoC zal vaak zijn fouten aan oorzaken toeschrijven die buiten zijn macht liggen. Een latere toevoeging op de LoC theorie is of de LoC globaal of specifiek is. Dit houdt in dat het over iedereen geldt (globaal), of alleen deze keer alleen voor die ene persoon is (specifiek). De externe en interne LoC kan zo genuanceerd worden. Tevens hebben latere psychologen nog een stabiliteitsfactor bepaald, of de LoC te veranderen is (instabiel), of dat er niks aan te doen is en het altijd zo zal blijven (stabiel). De LoC theorie kan persoonlijkheid niet echt meten aan de hand van testen, maar dit moet vooral gedaan worden door observatie.

⁹ De relatie tussen fysieke fitheid en ervaren gezondheid, L. Burdorf, Erasmus MC, 2010

¹⁰ De relatie tussen fysieke fitheid en ervaren gezondheid, L. Burdorf, Erasmus MC, 2010

¹¹ De relatie tussen fysieke fitheid en ervaren gezondheid, L. Burdorf, Erasmus MC, 2010

moet houden (niet moet werken) om een nieuwe balans te vinden, terwijl menig re-integratieprofessional vindt dat de werkomgeving de klant juist een goede structuur biedt om een nieuw balans te vinden. Op die manier werken professionals in de domeinen werk& inkomen, zorg en welzijn elkaar niet zelden tegen, omdat een gemeenschappelijk inhoudelijk kader voor de klantbenadering ontbreekt¹².

Soorten negatieve gezondheidsbeleving m.b.t. re-integratie

Iemands beeld van de wereld berust op een geheel van overtuigingen. Sommige overtuigingen motiveren tot actie en ontwikkeling, andere belemmeren. Daarbij zijn in de re-integratiepraktijk verschillende soorten negatieve gezondheidsbeleving als belemmerende overtuigingen te onderscheiden:

1. somatisch gerelateerde aandoeningen: **b.v.**
 - > ik heb hooikoorts; reuma, etc: al dan niet bewijsbaar/objectiveerbaar
 - > ik kan niet lang staan, lopen, etc,
 - > ik heb geen conditie, heb te weinig uithoudingsvermogen, etc.

2. mindset gerelateerde aandoeningen: b.v.
 - > ik ben mijn zelfvertrouwen kwijt (overtuiging: ik kan niets, ben niets waard),
 - ik kan mijn oude leven niet voortzetten (overtuiging: ik ben niet gemotiveerd),
 - ik voel me niet lekker (overtuiging: omdat ik dingen niet (meer) kan)...

Een negatieve gezondheidsbeleving werkt als een belemmerende overtuiging als deze als onveranderbaar wordt gezien door betrokkene. Dat wordt vaak zichtbaar doordat betrokkene zich focust op wat deze niet (meer) kan, in plaats van op wat (nog) wel mogelijk is. Omdat de meeste mensen met een negatieve gezondheidsbeleving zeker nog mogelijkheden hebben om te participeren/werken, gaat het om deze focus verschuiving. Effectief omgaan met een negatieve gezondheidsbeleving houdt vaak het verleiden van klanten in om zich op hun positieve mogelijkheden te richten.

Te weinig kennis over gezondheid

Mensen hebben vaak heel weinig kennis¹³ over welke factoren er bij gezondheid(sbeleving) toe doen. Daardoor gaan zij in de regel weinig preventief te werk. Dat leidt in de regel vaak tot ongezonde levensstijl (te weinig bewegen en te weinig levensritme), ongezonde voeding (te vet, te weinig vitamines, etc.). Daarbij gaat het zeker overigens niet alleen over gebrek aan kennis, maar ook over gebrek aan mogelijkheden, sociale normen, en invloed van (obesogene) omgeving.

¹² Deze conclusie wordt ook getrokken in het onderzoek naar good practices van de Wajong: *Tussen nieuw doen en nieuw denken, verkenning attitudes rond de Wajong*. Op verzoek van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2009. Programma Cultuuromslag Wajong.

¹³ Illiteracy. Zie Lex Burdorf. Hiermee wordt in het algemeen het maatschappelijk verschijnsel van 'analfabetisme' beschreven dat (volwassen) personen in een samenleving niet kunnen lezen, schrijven en rekenen. M.b.t. gezondheid(sbeleving) wordt gedeut op 'onwetendheid': mensen hebben geen idee welke factoren m.b.t. leefstijl (w.o. eetgewoonten) daarop van invloed zijn.

Psychologische proces staat centraal: gewenste gedragsverandering

Klanten activeren is overigens een nieuwe benadering van klanten, gezien de geschiedenis van sociale zekerheid. Gezondheidsbeleving is niet altijd op die manier opgevat. Met de herziening van de arbeidsongeschiktheidswetgeving moeten mensen nu aan het werk te gaan die voorheen volledig arbeidsongeschikt waren bevonden. Het accent is verschoven van inkomensgarantie naar 'iedereen doet mee'. De nieuwe maatschappelijke werkelijkheid vraagt van veel klanten een *gedragsverandering*. Aanvankelijk was er nauwelijks bewustzijn over wat het mensen doet als zij met een uitkering, langdurig achter de geraniums zitten. De invloed op de mindset komt nu binnen sociale zekerheid steeds meer centraal te staan. Veel meer dan een ervaren aandoening wordt een negatieve gezondheidsbeleving nu opgevat als een gevolg van een psychologisch proces dat mensen meemaken als gevolg van achter die geraniums zitten of als gevolg van niet (meer) meedoen/ ertoe doen. Het psychologische proces van gewenste gedragsverandering heeft bij verschillende klantgroepen een eigen specifiek verloop en toegesneden doelstelling.

Gedragsverandering bij te onderscheiden klantgroepen

1. **Mutli-problem klanten.** Sommige klanten hebben zoveel problemen tegelijkertijd opgebouwd dat zij door de bomen het bos niet meer zien en al lange tijd aan de zijlijn staan. Zij stellen zich geheel afhankelijk van de maatschappij op, en staan niet in de stand van participatie/werk.

Probleem: zulke klanten ontberen vaak een dagritme, worden al lange tijd nergens verwacht, voelen zich zinloos, hebben extreem veel tijd om zich op hun kwalen te focussen (geen afleiding), voelen zich (daardoor?) ook zieker, en zijn vaak daadwerkelijk minder gezond door hun relatief slechte leefstijl, ongezonde voedingsgewoonten en relatief slechte woonomstandigheden¹⁴.

Beoogd doel: Zij moeten om te kunnen participeren (weer) levensritme opbouwen in een omgeving waarin zij ertoe doen en die aansluit op hun eigen intrinsieke motivatie. Hun vaak afwezige zelfvertrouwen (alles 'overkomt' hen) en hun geloof in eigen kunnen (veel belangrijker dan hun kwalificaties zelf) moet zodanig vergroot worden, dat zij zich (weer) positief kunnen ontwikkelen, dat zij uit de negatieve spiraal komen. Daar komt heel wat bij kijken, omdat er tegelijkertijd allerlei problemen randvoorwaardelijk opgelost moeten worden (schulden, woning, overmatig drugs/alcoholgebruik, huiselijk geweld, etc.). Vaak zijn er psychische problemen als lusteloosheid, depressie. Overigens zijn er in deze groep ook klanten met psychiatrische problematiek. Deze worden in het kader van dit kennisdocument verder buiten beschouwing gelaten.

¹⁴ De Sociaal Economische Gezondheidsverschillen tussen werkenden en niet werkenden zijn erg groot. Mensen die langdurig op een uitkering aangewezen zijn, leven gemiddeld 7 jaar korter en hebben voorafgaand aan hun dood een veel; langere ziektegeschiedenis dan mensen die werken.

2. **Klanten met weerstand tegen verandering.** Sommige mensen hebben weerstand tegen of angst voor verandering omdat/zodat zij niet zelfredzaam zijn of hoeven te zijn. Zij proberen 'formeel' wel aan het werk te komen/ te participeren, maar komen steeds met alle mogelijke belemmeringen aanzetten, waardoor het vaak in de praktijk niet lukt.

Probleem: De oorzaak kan liggen dat zij negatieve ervaringen hebben opgedaan, die zij zelf niet in een positieve 'leerervaring' kunnen omzetten. Zij uiten/vertalen deze weerstand uiteindelijk mede in het hebben van kwalen. De groep mensen met een negatieve gezondheidsbeleving legt de nadruk op wat zij niet kunnen. Vaak zien zij dat als valide argument om niet te participeren. Zij zijn immers gelegitimeerd door hun aandoening, zo is hun overtuiging. Zij voelen in eerste instantie de motivatie niet om te veranderen¹⁵, vaak hebben zij tegelijkertijd een gebrek aan zelfvertrouwen en een lage dunk over het eigen kunnen opgebouwd. Het probleem is het ontbreken van zelfredzaamheid, zulke mensen zijn niet (meer) in staat tot zelfsturing. Doorgaans hebben zij daarbij een overtuiging opgebouwd dat het niet aan henzelf ligt: de 'locus of control' leggen zij buiten zichzelf.

Beoogd doel: Zij moeten om zinvol te kunnen participeren contact krijgen met zaken waarvoor zij daadwerkelijk intrinsiek gemotiveerd zijn en waar zij ook daadwerkelijk invloed op uit kunnen oefenen. Hun zelfvertrouwen zal weer toenemen als zij daarbij successen boeken in de door henzelf ontwikkelde veranderkoers. Ook zal hun geloof in eigen kunnen daarbij (weer) toe kunnen nemen, zodat zij zich autonoom en positief kunnen ontwikkelen.

3. **Klanten met plotseling gezondheidsverlies.** Er zijn ook mensen die aanvankelijk zelfredzaam waren (mensen die goed functioneerden op een werkplek) of leken (mensen die dat zelf wel dachten, maar waarvan de buitenwereld een ander idee had), maar zich plotseling geconfronteerd zien met een significant gezondheidsverlies.

Probleem: Door ongeluk of plotseling opduikende ziekte of gebrek kan het oude leven en/of baan van zulke mensen niet voortgezet worden. Zij zien hun leven plotseling veranderd door een 'van buiten komend onheil' (ze beleven het vaak alsof het hen overkomt). Daarom stellen zij zichzelf vaak als slachtoffer op. Zij denken er niets aan te kunnen doen, ze leggen de 'locus of control' buiten hen.

Beoogd doel: Zij moeten afscheid nemen van hun oude gewoonten, werk/ functie en een nieuw perspectief voor participatie ontwikkelen. De oude mechanismes werken niet meer, waardoor zij gevoel van controleverlies hebben. Het positieve gevoel over het eigen kunnen valt (tijdelijk) weg, omdat

¹⁵ Mensen hebben vaak verschillende motivaties. Soms zijn deze combineerbaar, soms tegenstrijdig. Dan is er sprake van *psychologische incongruentie*, een begrip van de psycholoog Carl Rogers. Door meerdere mensen op meerdere intrinsieke motivaties aan te spreken en deze te koppelen aan participatie, zijn mensen in beweging te krijgen.

zij daar vaak niet op gewoonten terug kunnen vallen. Daardoor neemt ook het zelfvertrouwen (tijdelijk) af, omdat zij even niet meer weten hoe alles moet. Door rouwverwerking en ontwikkeling van een nieuw perspectief kan de mindset zich weer richten op zelfsturing en autonomie.

Kenmerken werkzoekenden met negatieve gezondheidsbeleving

Samenvattend onderscheiden we drie soorten klantkenmerken:

1. Mensen met een slechte leefstijl en/of –omstandigheden en negatieve gezondheidsbeleving; het gaat hier in de regel om multi-problematiek
2. Mensen die vastzitten in een negatieve spiraal en daarin klachten ervaren als gevolg van negatieve ervaringen en/of angst voor verandering
3. Mensen die geconfronteerd worden met plotseling feitelijk ‘gezondheidsverlies’, waardoor zij hun oude functie niet meer kunnen voortzetten en/of waardoor zij hun leven moeten veranderen.

4. De aanpak

4.1. Uitgangspunten

1. Werken/participatie is goed voor iedereen, dus ook als iemand dat zelf niet vindt. Bij alle genoemde klantgroepen is gedragsverandering gewenst. Handhaven van de status quo is geen optie: mensen zullen moeten participeren naar vermogen. Primair is van belang dat werken voor iemand gezond genoeg en normaal is, ook al heeft deze een tegenovergestelde overtuiging. Een professional moet zelf deze (morele) overtuiging wel hebben om iemand op een vruchtbaar spoor te krijgen. Daaraan gaat overigens altijd het uitgangspunt van de keuzevrijheid vooraf, zoals hiervoor verwoord.
2. Het meest effectief is het als de uitvoerende professional een motiverende en coachende houding heeft. Er wordt daarbij uitgegaan van wat iemand zelf wil. De betrokken werkloze heeft keuzevrijheid en die hoort bij de autonomie.
3. Het is goed als iemand aan het werk gaat en/of gaat participeren. De van de sociale dienst afhankelijke situatie is in ieder geval ongezond. Mensen leveren hun autonomie in. Dat moet juist niet. Die kernovertuiging heeft een professional nodig om de verantwoordelijkheid juist bij de klant te laten en de klant zijn keuzevrijheid niet te ontnemen.
4. Gezondheidsbeleving zit deels ! tussen de oren. Het gaat niet om de waarheid of objectiveerbaarheid van het probleem, maar om de probleembeleving. Vaak is de probleembeleving veel beter te beïnvloeden dan het probleem zelf.

5. Soms kan een oplossing om een negatieve gezondheidsbeleving heen georganiseerd worden. Door bijvoorbeeld de focus op de partner te richten. In die zin is pragmatisch handelen wenselijk.

4.2. Grote lijn methodische aanpak

Werken/participeren is juist de oplossing

Allereerst een aanwijzing vanuit onderzoek, dat direct verwijst naar de oplossingsrichting. Veel onderzoek wijst uit dat juist aan het aan het werk gaan het beste werkende bestanddeel is om een negatieve gezondheidsbeleving om te buigen. Uit veel onderzoek blijkt namelijk dat in plaats van wachten tot zij zich gezond genoeg voelen om met een betaalde baan te beginnen, werklozen beter vast aan de slag kunnen gaan met die betaalde baan. Binnen zes maanden voelen zij zich dan zowel lichamelijk als geestelijk stukken beter. Bovendien functioneren zij beter in hun sociale omgeving¹⁶

Het hervatten van betaald werk bleek al binnen zes maanden een positieve invloed te hebben op hoe gezond zij zich voelen. Zij merkten dat ze zich lichamelijk beter voelden. Verder gaven ze aan beter te functioneren in hun sociale omgeving, waarbij zij zich minder beperkt voelen door emotionele of lichamelijke problemen. De grootste verbetering die de onderzochte groep aangaf was hoe zij zich geestelijk voelden na het hervatten van betaald werk. De afgelopen jaren ging men ervan uit dat een slechte gezondheid een belemmering vormt om te starten met een betaalde baan. Deze zienswijze is achterhaald. Echter vaak niet voor de klant. Die beleeft zijn gezondheid vaak op een tegengestelde manier.

Mindset als centrale beïnvloedbare factor

Het vaststellen van (lichamelijke) belemmeringen via diagnostisch onderzoek geeft een "objectief" beeld van de belastbaarheid van een persoon. Die informatie is nodig om re-integratie vorm te geven, maar bij mensen met een negatieve gezondheidsbeleving is meer nodig. Bij de begeleiding van dergelijke werkzoekenden gaat het er juist om deze beleving om te buigen in positieve richting. Het is zaak dat de klant, onafhankelijk van welke wetgeving (WIA, WW, WWB, Wajong etc.) op hem/haar van toepassing is, zelf de focus verlegt van wat niet (meer) kan naar wat (nog) wel kan.

De vraag in hoeverre het van belang is of de klant wel of niet ook "objectief" vastgestelde somatische of psychische problemen heeft, is voor een effectieve benadering niet van belang. De meeste mensen hebben een motivatie voor iets, hebben (rest)mogelijkheden. Het gaat erom hun hen weer zelfredzaam te laten zijn, zodat zij hun eigenleven weer op een positieve manier kunnen oppakken. Een effectieve interventie voor mensen met een negatieve gezondheidsbeleving richt zich frontaal op de mindset van betrokkene, op gedragsverandering.

Uitvergroten aandoeningen werkt negatief

De beleving van een aandoening wordt doorgaans groter door de focus erop te richten, maar wordt ook weer kleiner door de focus te leggen op wat iemand wel kan, en niet op diens beperkingen. Mensen blijken in de praktijk vaak verstoeld te staan van

¹⁶ Onderzoek Erasmus MC – Merel Schuring, 2010

wat ze wel blijken te kunnen. Daarom zijn mensen psychologisch gezien gebaat bij het helpen verleggen van de focus op wat je wel kan, dan op het medisch objectiveren van wat niet kan. Medische testen werken daardoor soms averechts¹⁷ door de wijze waarop ze worden ingezet: om te bepalen wat iemand mankeert. Anderzijds kan het ook nodig zijn objectief vast te stellen in welke mate iemand belast kan worden en op welke wijze, om bijvoorbeeld werkplekaanpassingen te doen.

Mensen houden zich vast aan deze wijze van diagnosticeren, vinden er een legitimatie in om niet te hoeven veranderen. Juist in deze hoe is psychologische beïnvloeding effectief.

Algemene aanpak gedragsverandering bij negatieve gezondheidsbeleving¹⁸

Door aan te sluiten op de intrinsieke motivatie van mensen en door hen tot zelfsturing te verleiden, zullen klanten zich meer gaan richten op wat wel kan en daadwerkelijk in beweging komen. Door in een veilige en praktijkgerichte omgeving haalbare leerdoelen te stellen en door stapsgewijs successen te boeken zal hun zelfvertrouwen (self efficacy) (weer) toenemen en daarmee het geloof in het eigen kunnen. Door het traject van gedragsverandering zoveel mogelijk aan participatie/werk te koppelen, zal hun gezondheidsbeleving positiever worden. Zij leren gaandeweg welke elementen hun gezondheid bevorderen (kennis) en hoe zij dat in hun specifiek persoonlijke context mee om kunnen gaan (vaardigheden).

Specifieke aanpak voor verschillende klantaspecten¹⁹

In hoofdstuk 3 zijn drie verschillende soorten klantgroepen genoemd. Naast de algemene aanpak kunnen per klantgroep enkele specifieke effectieve methodieken toegevoegd worden.

Zie voor tabel volgende pagina.....

¹⁷ Zie ook voetnoot 4. Een test kan ook juist bevestigen dat mensen best kunnen werken met hun gezondheidstoestand.

¹⁸ De aanpak voor gedragsverandering geldt voor alle in hoofdstuk 3 onderscheiden klantgroepen. De verschillende werkende bestanddelen voor deze aanpak worden onder 4.3. verder toegelicht en uitgewerkt.

¹⁹ De verschillende specifiek werkende bestanddelen worden onder 4.4. verder toegelicht en uitgewerkt.

	Algemene aanpak gedragsverandering	Specifieke aanpak (additioneel)
1. Mensen met een slechte leefstijl en/of –omstandigheden en negatieve gezondheidsbeleving (multi-problematiek)	<ul style="list-style-type: none"> * Leren omgaan met pijn * Fysieke beweging (niet altijd voor alle groepen) * Veilige omgeving * Verleiden tot en bevorderen van zelfsturing * Aansluiten op intrinsieke motivatie * Focus op wat mogelijk is (ontwikkelperspectief) motivational interviewing en oplossingsgericht coachen 	<ul style="list-style-type: none"> * Kennis over gezondheid vergroten * Grotere systeem (partner, gezin, familie, straat, wijk) meenemen in de aanpak * Lotgenoten inzetten in aanpak * Zaken regelen die niet mogen ontbreken: rust, reinheid, regelmaat
2. Mensen die vastzitten in een negatieve spiraal en daarin klachten ervaren als gevolg van negatieve ervaringen en/of angst voor verandering	<ul style="list-style-type: none"> * Haalbare leerdoelen stellen * Praktische leeromgeving * Met kleine stappen successen boeken * Trajecten koppelen aan participatie/werk * Waar nodig: partner betrekken in aanpak 	<ul style="list-style-type: none"> * mensen leren omgaan met stress: stressreductie (mindfulness)
3. Mensen die geconfronteerd worden met plotseling feitelijk ‘gezondheidsverlies’, waardoor zij hun oude functie niet meer kunnen voortzetten en/of waardoor zij hun leven moeten veranderen.		<ul style="list-style-type: none"> * Rouwverwerking * Rolmodellen inzetten in aanpak

4.3. Algemeen werkende bestanddelen

Leren omgaan met pijn

In veel gevallen zullen mensen met een negatieve gezondheidsbeleving daadwerkelijk pijn hebben: lage rugklachten, hoofdpijnen, chronische vermoeidheid, etc. Daar kan iemand in veel gevallen mee leren leven. De aandachtstraining van de *aandachtgerichte cognitieve therapie* is een systematische effectieve methode om te leren omgaan met pijn, stress, negatief denken en piekeren. Het is een integratie van Boeddhistische principes en Westerse psychologische kennis. Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat de methode zeer werkzaam is en 50% minder terugval na depressie oplevert dan de gebruikelijke behandelwijzen.

Maar ook lotgenoten/rolmodellen²⁰ kunnen een belangrijk werkend bestanddeel zijn om iemand over een streep te trekken. Zij blijken te kunnen omgaan met hun pijn, en geven daarbij aan dat het mogelijk is om desondanks te kunnen werken/participeren.

Bewegen

Hoewel de interventie zich frontaal op de mindset richt, is bewegen op zich een belangrijk werkerkend bestanddeel. Het gaat daarbij om bijvoorbeeld het leren overschrijden van zelf-gestelde (fysieke) grenzen.

Bewegen als fysieke activiteit (*conditieverbeterende activiteiten, groepsgewijze aanpak van fysieke activiteiten met differentiatiemogelijkheden*) wordt in succesvolle interventies als algemeen werkend bestanddeel gepositioneerd²¹. Hierbij wordt overigens ook nadrukkelijk de gezondheidsbeleving als belangrijke factor vermeld.

Doel van de interventie is duurzame gedragsverandering teweeg te brengen. Dit gebeurt door een combinatie van theorie (voorlichting), praktijk (training) en bewustzijnsbevordering t.a.v. het eigen handelen (logboek bijhouden). Deze werkzame bestanddelen gelden zowel de gezondheid zelf als de beleving ervan²²:

1. Er is bewijs dat bewegen helpt bij mensen met *depressie* (mits niet te groot);
2. Er is bewijs dat bewegen leidt tot een betere gezondheid omdat m.n. *hart- en vaatziekten* worden voorkomen;
3. Er is enig bewijs dat *graded activity*²³ leidt tot snellere terugkeer naar het werk onder verzuimers wegens rugklachten;

²⁰ Op www.interventiesnaarwerk.nl worden als succesvol beoordeelde interventies gepresenteerd. Succesvolle interventies op het gebied van rolmodellen zijn b.v. *Werken met Reuma* of *Werken na kanker*.

²¹ De meest in het oog springende en best geëvalueerde interventie is *Bewegen als Warming up voor re-integratie* van Ergo Control.

²² De relatie tussen fysieke fitheid en ervaren gezondheid, L. Burdorf, Erasmus MC, 2010

²³ *Graded Activity* is een speciaal programma voor mensen met chronische rugklachten. In dit programma staat het activeren van de patiënt centraal. Er wordt de mensen stapsgewijs duidelijk gemaakt dat bewegen niet slecht is maar juist goed is om het algemeen functioneren te verbeteren.

Bij de eerste behandelingen worden een aantal vragenlijsten ingevuld en een aantal onderzoeken gedaan. Dit is essentieel voor het vaststellen van de baseline, het beginniveau van de van de patiënt. Vanaf dit niveau worden de activiteiten verder opgevoerd. Dit opvoeren gebeurt stapsgewijs volgens een van tevoren vastgesteld behandelingscontract. In dit contract

4. Er is nog nauwelijks breed bewijs dat bewegen in alle gevallen via verbetering van fysieke gesteldheid leidt tot betere gezondheidsbeleving, terwijl het wel een (terecht) sterke verwachting is op basis van de rol van bewegen in gezondheid. Overigens moet wel onderscheid gemaakt worden tussen korte termijn effecten (vaak *fysiek* effectief) en langere termijn effecten (vaak *mentaal* effectief²⁴).

Zelfsturing bevorderen

Voor alle groepen klanten geldt: een negatieve gezondheidsbeleving zit zelfsturing van klanten in de weg. Daardoor tonen zij niet zich zelfredzaam. Door zelfsturing te bevorderen, zullen klanten zich meer gaan richten op wat wel kan. Door successen te boeken zal hun zelfvertrouwen toenemen en daarmee het geloof in het eigen kunnen. Omdat de kans veel groter wordt dat dit tot participatie leidt, zal hun gezondheidsbeleving positiever worden.

Re-integratie in termen van het zoeken naar en het vinden van werk/ participatie is een doelgericht proces dat een hoge mate van motivatie en doorzettingsvermogen vergt om het doel (d.w.z., het vinden van een baan/zinnvolle participatie) te behalen²⁵. Het zoeken naar werk of het vinden van een mogelijkheid tot zinnvolle participatie is voor veel cliënten een complexe en uitdagende taak²⁶. Immers, het werkzoekproces bestaat uit vele fasen (bijv., creëren van randvoorwaarden, oriëntatie op de arbeidsmarkt/maatschappij, vacatures/ mogelijkheden zoeken, daarop reageren, sollicitatiegesprekken voeren etc.), waarbij het lang niet altijd duidelijk is wat effectief is en wat niet. Verder gaat het zoeken naar werk/participatiemogelijkheden

staat duidelijk wat er de komende weken van de patiënt wordt verwacht.

Vanaf het moment dat de behandelovereenkomst getekend is, vindt de uitvoering van therapeutische maatregelen plaats op vooraf vastgelegde tijdstippen en wordt de behandeling dus niet afhankelijk gemaakt van de aanwezigheid van pijn. Hier mee doorbreken we een patroon waarbij op de slechte dagen niks wordt gedaan en op goede dagen alles wordt ingehaald. Het is de bedoeling dat de patiënt niet meer doet dan wat van tevoren is afgesproken maar zeker ook niet minder. Op deze manier wordt de pijn naar de achtergrond gedwongen en komt een activeren manier van leven meer op de voorgrond te staan. Om de patiënt zo goed mogelijk te stimuleren en te begeleiden word ook de thuis situatie bij de behandeling betrokken. Het kan gaan om een wekelijkse bijeenkomst waarin partners leren pijn- en gezond gedrag te identificeren, pijngedrag uit te doven en gezond gedrag te bekrachtigen. Tevens kunnen communicatievaardigheden worden aangeleerd, waardoor directe communicatie wordt bevorderd en waardoor de functie van het pijngedrag als communicatiemiddel minder op de voorgrond staat.

²⁴ Een onderzoek van de RUG *Bewegen werkt* (2010) toonde aan: (1) Mensen in een lagere sociale klasse zijn ongezonder en (2) een slechte gezondheid is een barrière is om werk te vinden. Dit onderzoek toont, net als de onderzoeken van Erasmus MC, aan dat kort na de bewegingsinterventie, wel verschillen in gezondheid laat zien, maar de uitkomsten zijn echter niet significant t.o.v. de controle groep. Dat veranderde echter het jaar na de interventie. Daar is een sterke positieve doorwerking te zien t.o.v. dalingen bij de controle groep. Het onderzoek van de RUG laat dus het verschil van korte en lange termijn effecten zien. De achterliggende redenering maakt verschil tussen de effectgebieden *fysiek* en *mentaal*. Het fysieke effect wordt sneller bereikt en er grotere progressie wordt geboekt dan mentaal in de eerste 3 a 4 maanden. Het mentale effect 'volgt' als het ware later.

²⁵ (Kanfer, Wanberg, & Kantrowitz, 2001)

²⁶ (Van Hooft & Noordzij, 2009)

onvermijdelijk gepaard met problemen, obstakels, onduidelijkheden, twijfels en afwijzingen. Gemotiveerd doorzetten, in de goede richting en op de juiste manier, ondanks zulke moeilijkheden, is essentieel om succesvol werk te kunnen vinden.

Niet iedereen is even goed in staat om een dergelijk lastig proces geheel zelf te sturen. Daarom wordt in re-integratietrajecten vaak een deel van de activiteiten in het proces naar het vinden van werk begeleid of overgenomen door klantmanagers. Omdat motivatie en zelfsturing belangrijke voorspellers zijn van werk vinden, is het van belang om te trachten de zelfsturing van klanten in hun re-integratietraject te vergroten, zodat re-integratie effectiever kan worden uitgevoerd.

Werken aan gedragsverandering: aansluiten op intrinsieke motivatie

Bij alle genoemde klantgroepen met een negatieve gezondheidsbeleving gaat het uiteindelijk om het bewerkstelligen van gedragsverandering bij cliënten. Professionals kunnen cliënten ondersteunen bij deze verandering, maar de cliënten zelf moeten zich uiteindelijk anders gaan gedragen om de gewenste verandering voor elkaar te krijgen en te behouden. De motivatie van cliënten is cruciaal voor gedragsverandering en is dan ook een belangrijk aandachtspunt en aangrijpingspunt van veel methoden in de sociale sector.

Aansluiten op fase van gedragsverandering

Prochaska en DiClemente hebben de dynamiek van motivatieontwikkeling zichtbaar gemaakt. Motivatieontwikkeling en gedragsverandering zijn als processen te herkennen en kennen een bepaald verloop. Dit verloop beschrijven zij in hun 'stadiummodel van gedragsverandering'²⁷, wordt genoemd. Het is één van de meest invloedrijke modellen van gedragsverandering. Het model is ontwikkeld in de verslavingszorg en wordt inmiddels in meer domeinen, waaronder re-integratie, gehanteerd. Het is geen afzonderlijke theorie. Het is een model waarin de invalshoeken van verschillende theoretische kaders geïntegreerd worden.

Vernieuwend is vooral het idee dat gedragsverandering geen zwart-wit schakering is, maar een proces is dat verloopt in verschillende fasen die van elkaar te onderscheiden zijn. De volgende 6 fasen worden onderscheiden:

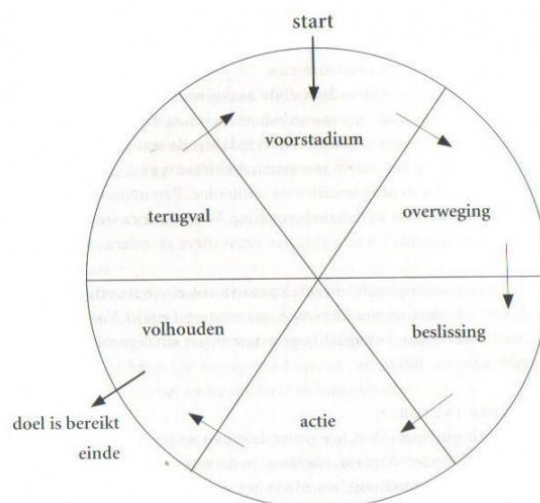
1. **Precontemplatie (voorbekouwing):** mensen die zich in deze fase bevinden, hebben geen intentie om hun gedrag te veranderen. Mensen zijn zich in dit stadium niet tot nauwelijks bewust dat zij problemen hebben of problemen worden niet in verband gebracht met het eigen gedrag. Men wil het gedrag niet veranderen, of men gelooft niet dat men het gedrag kan veranderen. De meeste precontemplatoren zullen niet zo geïnteresseerd zijn in zelfsturing bij re-integratie.
2. **Contemplatie (overpeinzing):** in deze fase wordt men zich bewust van een probleem en is er wel een intentie tot verandering, maar deze is eerder vaag en op lange termijn. Er wordt nog geen besluit genomen, men staat nog wat ambivalent tegenover de verandering. Contemplatoren zijn vaak gefocust op de nadelen van

²⁷ Prochaska & DiClemente, 1984, ook wel aangeduid als het Transtheoretisch model van gedragsverandering (TTM)

de verandering. Gesprekken die de nadruk leggen op de voordelen van verandering geven geen antwoord op hun bezorgdheid.

3. **Preparatie (voorbereiding):** er is een duidelijke intentie om te veranderen op korte termijn. Het is duidelijk een tussenstadium. Preparatoren denken na over de naderende verandering; meest voorkomende barrières zijn een gebrek aan vaardigheden en een lage zelfeffectiviteit.
4. **Actie (actieve verandering):** er is een zichtbare gedragsverandering (om het probleem op te lossen). In deze fase is er een reëel risico opterugval, vaak omdat de omgeving (negatief) gaat reageren op de gedragsverandering en men gevoelens van ongemak en angst gaat vertonen; het (tijdelijk) weer vertonen van het oude gedrag. Steun is in deze fase erg belangrijk.
5. **Consolidatie (stabilisatie):** de gedragsverandering wordt volgehouden en geïntegreerd in het gewoontegedrag. Zeker in het begin is terugvalpreventie erg belangrijk. Naarmate het nieuwe gedrag langer wordt volgehouden, daalt de kans op terugval. Indien deze fase lang voortduurt is het nieuwe gedrag de gewoonte geworden en behoeft geen bewuste keuze meer.
6. **Terugval:** dit stadium is een tussenstadium tussen consolidatie (vijfde stadium) en precontemplatie (eerste stadium.)

De eerste drie fasen worden daarbij gekenmerkt door een stijgend niveau van de intentie om te veranderen, de laatste drie fasen door de mate waarin het nieuwe gedrag geïnternaliseerd werd. Het oorspronkelijke model was cyclisch. Schematische voorstellingen ervan zagen eruit als ronde taarten, waarin de stadia punten waren.



Later kwamen de ontwikkelaars tot de conclusie dat verandering niet in één keer gaat, maar dat soms de cirkel meerdere keren moet worden doorlopen voordat er sprake is van nieuw gedrag. Daarom gaan Prochaska en DiClemente (1998) in hun laatste bewerkingen van het model van gedragsverandering uit van een spiraal: herhaling van de cirkels, maar telkens op een hoger niveau.

Er is wel kritiek op de lineariteit van de stappen in dit model²⁸. Toch is dit model een geschikt denkkader voor onze praktijktheorie, onderkennende dat er vele alternatieven zijn.

Motivational interviewing en oplossingsgericht coachen

Weerstand of motivatie²⁹ moet niet gezien worden als een eigenschap van één persoon, maar als het product van de interactie tussen mensen. Motivatie is geen interne karaktertrek, maar een interactief proces dat beïnvloed kan worden door interventies en houdingen van de dienstverlener. Alle mensen die hun gedrag willen veranderen hebben te maken met ambivalentie: ze willen veranderen en tegelijk willen ze níet veranderen. De relatie en interactie tussen dienstverlener en cliënt zijn dus cruciaal voor het ontstaan van weerstand en motivatie. Concreet is de constatering dat directieve, confronterende manieren van gespreksvoering weerstand uitlokken, terwijl reflectieve en ondersteunende manieren van gespreksvoering de weerstand doen verminderen en motivatie voor verandering uitlokken.

Het creëren van motivatie voor gedragsverandering is het centrale doel van de methode motiverende gespreksvoering. De motivatie kan vergroot worden door bij aanvang van de interventie aandacht te besteden aan praktische aspecten en ondersteunend te zijn bij het wegnemen van obstakels. Motivatie voor verandering wordt gecreëerd door de discrepantie tussen het huidige gedrag en belangrijke andere doelen van de cliënt of tussen het huidige gedrag en gevoelens, gedachten en overtuigingen van de cliënt te doen ontstaan en te vergroten. Een dergelijke toestand wordt door een cliënt als onaangenaam ervaren: hij zal proberen iets te veranderen, waardoor de discrepantie kleiner wordt of verdwijnt³⁰. Het werken aan de motivatie voor een interventie is zelfs meer bepalend voor de uitkomst van de interventie dan de interventie zelf. Daarom hebben zij een aanpak ontworpen om cliënten te ondersteunen bij het nemen van een besluit over eventuele veranderingen in het gedrag. In termen van het stadiamodel van gedragsverandering gaat het hier om handelingen die gericht lijken te zijn op de eerste drie niveaus: voorbeschouwing, overpeinzing en actieve verandering. De inzet sluit dan aan bij de motivatiestadia van de cliënt.

Ligt bij motiverende gespreksvoering de focus op het 'waarom' van verandering. De focus bij oplossingsgericht coachen ligt op het 'hoe' van de verandering. Het sluit daarmee beter aan bij de laatste fasen van het stages of change model van Prochaska en DiClemente.

Oplossingsgericht coachen is een manier van werken die gericht is op het versterken van de autonomie van cliënten, waarbij de aandacht vooral uitgaat naar de oplossing

²⁸ Deze kritiek gaat uit van de volgende redenering: 'de praktijk laat zien dat gedragsverandering soms het snelst kan worden bewerkstelligd door patronen in te slijten zonder al te veel overwegingen en bewuste beslissingen...verder ontstaat er steeds meer aandacht voor de omgeving als modifierende factor...gedrag is geen puur individuele aangelegenheid'.

²⁹ Miller en Rollnick (1991) hebben hun invloedrijke benadering van 'motivational interviewing' gebaseerd op het model van Prochaska en DiClemente.

³⁰ (Renders, 2002)

in plaats van naar het probleem. De dienstverlener stimuleert een cliënt om zich een toekomst voor te stellen waarin het probleem zich oplost. Het uitgangspunt is dat het niet altijd nodig is om inzicht te hebben in het ontstaan van problemen om deze te kunnen oplossen. De nadruk van de dienstverlening ligt daarom op het vinden van oplossingen. De cliënt wordt gezien als expert.

Het uitgangspunt van oplossingsgericht coachen is dat individuen de capaciteiten hebben om zelf oplossingen voor hun problemen te bedenken. De belangrijkste taak van de dienstverlener is om de cliënt dit intrinsieke potentieel te helpen ontdekken en de cliënt in een positieve richting te leiden die de cliënt samen met de dienstverlener definieert. Het is voor de oplossing niet nodig om het probleem tot op de bodem uit te diepen. Oplossingsgericht coachen richt zich op de sterke kanten van een cliënt, omdat verondersteld wordt dat dit constructiever is dan werken aan zijn tekorten en problemen. De verwachting is dat de dienstverlening tot betere resultaten leidt wanneer een dienstverlener de sterke kanten benadrukt, hoe klein de signalen voor verbetering ook zijn. Een dienstverlener en een cliënt die samen zoeken naar de sterke kanten en hulpbronnen, zoals ondersteuning door familie of vrienden, van een cliënt, krijgen gemakkelijker een constructieve samenwerkingsrelatie. Het helpt hen zich samen te richten op de bestaande competenties van de cliënt om de doelen van de dienstverlening te bereiken. Een dergelijke samenwerking zorgt er ook voor dat de cliënt vertrouwen in en respect voor de dienstverlener krijgt.

Doelen stellen

Ongeacht de persoonlijke voorkeursstijl van betrokkene levert een leergerichte doelorientatie substantieel meer op dan de prestatiedoelgerichte³¹. Mensen blijken een voorkeursstijl te hebben. Sommigen stellen zich een concreet te behalen prestatie als doel: b.v. eerste worden bij een bepaalde sollicitatie. Dat zijn *prestatiedoelen*. Anderen stellen zich een leerdoel centraal: leren waarom je wel of niet het gestelde target bleek te halen. Dat zijn *leergerichte doelen*, b.v. wat de reden is dat je niet werd uitgenodigd. Uit systematisch onderzoek blijkt dat de leerdoelgerichte *oriëntatie* effectiever is, ongeacht de voorkeursstijl van betrokkene. Een belangrijke verklaring is dat prestatiedoelgerichte mensen meer kans lopen een faalervaring op te doen. Faalervaringen zijn, zeker als ze 'gestapeld' worden, ondermijnend voor het zelfvertrouwen en intrinsieke motivatie³².

³¹ Bij deze eenduidig en meest geëvalueerde interventie van *Agens* (hoogste beoordeling) blijkt dat een *leerdoelgerichte oriëntatie* een belangrijk algemeen werkend bestanddeel is bij re-integratie.

³² Wat hierbij niet moet worden onderschat zijn de grote verschillen naar opleiding..lager opgeleiden zijn meer leerdoel gericht..mede omdat ze over minder 'kapitaal' beschikken om de uitdagingen in het leven aan te gaan.

Self efficacy: vertrouwen in eigen kunnen vergroten³³

Vergroten van het *vertrouwen dat mensen hebben in hun eigen kunnen* blijkt als werkend bestanddeel veel effectiever dan het kunnen zelf te beïnvloeden, b.v. door hen naar een cursus te sturen. Kern van het werkend bestanddeel is om mensen successen te laten boeken (en dat ook zo te benoemen) en falen te voorkomen en als het toch gebeurt (d.w.z. het einddoel niet wordt behaald), hieruit lering te trekken (zie 3). Met elke succeservaring neemt het zelfvertrouwen toe, met elke faalervaring neemt het juist weer af. Door trajecten in kleine overzichtelijke en haalbare mootjes te knippen, wordt de kans op succes (per deelstapje) groter.

Praktijkleren: vaardigheden tot zelfsturing en kennis over gezondheid

Mensen moeten op een praktische manier zich de vaardigheden kunnen eigen maken van zelfsturing. Pas dan zullen zij gaandeweg de kennis tot zich nemen welke factoren er bij hun gezondheid toe doen en hoe zij deze kunnen beïnvloeden. De leeromgeving moet vooral dichtbij de mensen zelf georganiseerd worden. Daarom vormt een leer/werkplek vaak een prachtige praktische mogelijkheid om zich zulke vaardigheden en kennis eigen te maken.

4.4. Specifiek werkende bestanddelen

1. Mensen met een slechte leefstijl en/of –omstandigheden en negatieve gezondheidsbeleving (multi-problematiek)

Kennis over gezondheid vergroten

Vooraf laag opgeleiden hebben te weinig kennis over. Mensen hebben vaak heel weinig kennis³⁴ over welke factoren er bij gezondheid(sbeleving) toe doen. Zij moeten leren

³³ *Vertrouwen in eigen kunnen* blijkt verder allerlei positieve gevolgen te hebben voor motivatie en zelfsturing. Het zorgt bijvoorbeeld voor (Albert Bandura, 1989):

- het stellen van hogere doelen,
- grotere inzet en doorzettingsvermogen, ook wanneer het tegenzit,
- meer optimisme en
- minder negatieve emoties en stress.

Wanneer mensen negatieve uitkomstverwachtingen hebben, geloven ze dat het niet uitmaakt wat ze doen; het lot, toeval of andere oncontroleerbare zaken bepalen wat de uitkomsten zijn (bijv. "Het maakt niet uit hoe hard ik solliciteer, de arbeidsmarkt bepaalt of ik werk vind"). Negatieve uitkomstverwachtingen, ofwel een verlies aan controle, zorgen voor hulpeloosheidsgevoelens (Reeve, 2009). Hulpeloosheid kan ontstaan als mensen het gevoel hebben dat een gewenste uitkomst zeer moeilijk te behalen is, en hun acties geen invloed hebben op de kans om de uitkomst te behalen (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978). Bijvoorbeeld na herhaaldelijke afwijzingen op sollicitaties, ontstaat het gevoel dat het eigen handelen (solliciteren) niets helpt om falen te voorkomen. Hierdoor zal men niet gemotiveerd zijn om zich nog in te zetten, zal men niet meer gaan nadenken over andere strategieën die mogelijk wel succesvol zijn (immers, niets helpt...), en zullen depressieve gevoelens ontstaan.

³⁴ Illiteracy. Zie Lex Burdorf. Hiermee wordt in het algemeen het maatschappelijk verschijnsel van 'analfabetisme' beschreven dat (volwassen) personen in een samenleving niet kunnen lezen, schrijven en rekenen. M.b.t. gezondheid(sbeleving) wordt geduïd op 'onwetendheid': mensen hebben geen idee welke factoren m.b.t. leefstijl (w.o. eetgewoonten) daarop van invloed zijn.

wat een gezonde levensstijl is (bewegen, niet roken, levensritme), gezonde voeding (niet te vet, voldoende vitamines, etc.)³⁵.

Systembenadering

De overtuiging van mensen wordt vaak versterkt/gedragen door het systeem waarvan zij deel uitmaken. Het gaat dan om: partner, gezin, familie, straat, buurt. Naarmate de gedragsverandering dieper gaat, zou betrokkene in conflict komen met zijn systeem dat de oude waarden blijft handhaven. Dan is het van belang het systeem zelf mee te trekken in de beweging, zodat betrokkene zich door zijn eigen hulpbronnen gesteund gaat voelen³⁶.

Onderdeel van het systeem van betrokkene zijn ook de andere professionele dienstverleners op de gebieden werk & inkomen, welzijn en zorg³⁷. De neuzen van al deze uitvoerende professionals (let voor ons onderwerp op de belangrijke rol van de huistarts) moeten dezelfde kant opgezet worden: werk/participatie moet een eenduidig hoge prioriteit krijgen op alle beleidsterreinen.

Lotgenoten inzetten

Werkend bestanddeel bij succesvolle interventies³⁸ is de inzet van lotgenoten. Lotgenoten kunnen, mits getraind en op de specifieke taak voorbereid als *ervaringsdeskundige* de juiste ondersteuning bieden. Hij/zij draagt uit dat actief zijn in de maatschappij/functioneren op een werkplek van belang is en dus binnen bereik van de klant ligt³⁹. In b.v. Bijstandsvererving (Twente)

Zaken regelen die niet mogen ontbreken: rust, reinheid, regelmaat

Aan een minimaal aanvaardbare levensstijl zijn een aantal basisvoorwaarden nodig. Zo moet iedereen een bed hebben, een aantal maaltijden per dag, de post openen/afhandelen, etc. Als basisvoorwaarden ontbreken, kan niet effectief aan verbetering van beleving van gezondheid gewerkt worden⁴⁰.

³⁵ Zie ook voetnoot 13.

³⁶ Op www.interventiesnaarwerk.nl worden als succesvol beoordeelde interventies gepresenteerd. Succesvolle interventies die de *sociale omgeving direct betrekken* in de interventies zijn b.v.: *Samen Werken in Kleur* (allochtone vrouwen – partner en kinderen worden geïnformeerd, zo nodig wordt een gezinscoach ingezet); *VIG (ook inzet gezinscoach)*; *VAC Jupsies* (verbinding tussen gezinsbegeleiding en persoonsbegeleiding); *VAC Jobcarving*; *Activeringscentrum ter doorbreking bijstandsvererving*; *Home Sweet Home (NB. Voor dak- en thuislozen)*; *HEADwerk* (relatie gelegd met wonen en vrije tijd); *Weer aan de slag* (jonge alleenstaande moeders – betrekken van hele leefomgeving).

³⁷ (zie ook voetnoot 12)

³⁸ In b.v. *Bijstandsvererving Twente* en andere ‘*door en voor*’ projecten als het *Gidsenproject* uitgevoerd in Zaanstad, waarin klanten elkaar motiveren en begeleiden..

³⁹ Hierover wordt nog wel enige discussie gevoerd..uit onderzoek naar *post-traumatische stress* blijkt dat juist lotgenoten contacten met veel empathie het herstel aanmerkelijk kunnen belemmeren. Erg belangrijk is dan juist welke rol en inzet de ervaringsdeskundige heeft. Dat vraagt dus om training!

⁴⁰ Op www.interventiesnaarwerk.nl worden als succesvol beoordeelde interventies gepresenteerd. Succesvolle interventies die deze basisvoorwaarden via een gezinscoach

2. Mensen die vastzitten in een negatieve spiraal en daarin klachten ervaren als gevolg van negatieve ervaringen en/of angst voor verandering

Mensen leren omgaan met stress: stressreductie (mindfulness)

De *aandachtgerichte cognitieve therapie* is een systematische effectieve methode om te leren omgaan met pijn, stress, vermoeidheid en depressies. Het is een integratie van Boeddhistische principes en Westerse psychologische kennis. Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat de methode zeer werkzaam is en 50% minder terugval na depressie oplevert dan de gebruikelijke behandelwijzen.

1. Aandachtstraining richt zich op het leren omgaan met stress, pijn, vermoeidheid, negatief denken en piekeren.
2. In een meditatieoefening leren stressvolle mensen zich focussen en concentreren⁴¹.

3. Mensen die geconfronteerd worden met plotseling feitelijk 'gezondheidsverlies', waardoor zij hun oude functie niet meer kunnen voortzetten en/of waardoor zij hun leven moeten veranderen.

Omgaan met tegenslagen/rouwverwerking

Kübler Ross⁴² heeft onderzoek gedaan naar de wijze waarop mensen met tegenslagen omgaan, rouw verwerken en aan een nieuw toekomstperspectief moeten werken. Zoals met een plotseling veranderende gezondheidstoestand.

Zij onderscheidt vijf fasen: ontkenning, woede, marchandieren, depressie en aanvaarding (zie figuur). Het ontwikkelen van een reëel toekomstperspectief is in de laatste fasen essentieel om terugval in rouw of moedeloosheid te voorkomen.

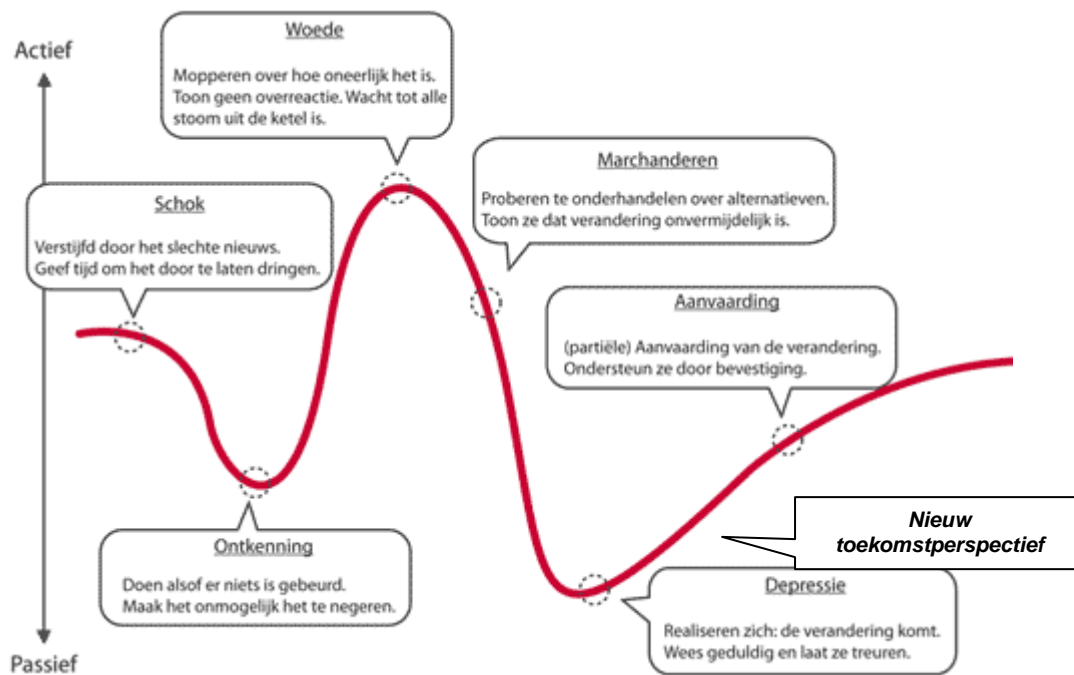
NB. Niet iedereen heeft te maken heeft met gezondheidsverlies. Zo verliezen mensen met aangeboren aandoeningen niets, maar moeten zij van meet af aan leren omgaan met hun aandoening.

regelen is *Vroegtijdige Interventie Gezinnen (VIG)*.

⁴¹ Bij re-integratiebedrijf ReventaCare leert mensen stabiliteit te ontwikkelen via ademhalingsoefeningen. Deze interventie is als voorschakeltraject naar werk onderzocht en effectief gebleken.

⁴² *Rouwverwerking* is de manier waarop iemand na een ingrijpende verdrietige ervaring tot rust probeert te komen. Dit proces kan optreden bij het verlies van een baan, een geliefde, een woning, ouders of kinderen of een wedstrijd. De psychologische effecten zijn het sterkst bij het overlijden van een geliefd persoon of als iemand te horen krijgt ongeneeslijk ziek te zijn, of blijvend gehandicapt.

De psychiater Elisabeth Kübler-Ross (1926) heeft vijf fasen omschreven die de meeste mensen geheel of gedeeltelijk doorlopen om na een traumatische ervaring weer tot rust te komen. Deze fasen zijn niet voor iedereen even intensief en ook verschilt de volgorde vaak. Iedereen verwerkt rouw op zijn eigen manier.



Rolmodellen inzetten in aanpak

Werkend bestanddeel bij succesvolle interventies⁴³ is de inzet van een (getrainde en dus op zijn taak voorbereide) *ervaringsdeskundige* die als rolmodel fungeert: hij/zij draagt uit dat actief zijn in de maatschappij/functioneren op een werkplek ondanks de chronische ziekte reuma binnen bereik van de klant ligt⁴⁴.

In b.v. Leven en werken na kanker wordt vooral aandacht besteed aan de beleving van de energetische beperking en de chronische vermoeidheid als gevolg van levensbedreigende ziekte); ook hier is het *rolmodelcontact* leidend. Het gaat om de fysieke en cognitieve beleving: het kennen, zelf ervaren hebben van de energetische beperkingen, concentratiestoornissen, en daarmee de klant inzicht kunnen bieden. Specifiek werkend bestanddeel daarbinnen is de *confronterende coaching*. Het gaat daarbij om actief communicatie aangaan met specialisten uit de curatieve sector, waarbij het accent ligt op het benaderen van de klant als werkende persoon.

⁴³ In b.v. *Reuma en Werk* wordt uitgebreid aandacht voor gedragscomponent van chronisch ziek zijn.

⁴⁴ Hierover wordt nog wel enige discussie gevoerd..uit onderzoek naar *post-traumatische stress* blijkt dat juist lotgenoten contacten met veel empathie het herstel aanmerkelijk kunnen belemmeren. Erg belangrijk is dan juist welke rol en inzet de ervaringsdeskundige heeft. Dat vraagt dus om training!

5. Wetenschappelijke onderbouwing

In hoeverre wordt de praktijktheorie nu ondersteund door de wetenschappelijke inzichten en onderzoeken? In de vele voetnoten zijn steeds relaties gelegd tussen praktijk en wetenschap. Welke conclusie kan daaruit getrokken worden?

Voor het beantwoorden van deze vraag onderscheiden we de wetenschappelijke onderbouwing van analyse van het probleem en die van de aanpak.

Onderbouwing van de analyse van het probleem

De theorie van *Illiteracy* genoemd door Lex Burdorf staat de *onwetendheid* m.b.t. gezondheid(sbelevende) factoren centraal. Uit analyses van sociaal economische gezondheidsverschillen (daarnaar is zeer veel, ook longitudinaal onderzoek gedaan) komt het opleidingselement ook als bepalend naar voren.

Bij *weerstand tegen verandering* is het begrip van *psychologische incongruentie* van Carl Rogers bruikbaar om de praktijktheorie te onderbouwen. Rond dit begrip is veel onderzoek gedaan, waardoor er een aantal effectieve therapievormen op gebaseerd zijn, zoals Rationele Emotieve Therapie (RET) en de transactionele analyse. Het begrip psychologische incongruentie is dus nog steeds actueel. Daarmee lijkt de analyse van praktijk en wetenschap aansluiting te vinden. Der wetenschap ondersteunt op dit punt de analyse van het probleem zoals de professionals die in de praktijk maken.

Onderbouwing van de aanpak

Wat betreft de aanpak voor gedragsverandering die bruikbaar is voor verbetering van gezondheidsbeleving zijn ook fundamentele te vinden bij '*motivational interviewing*' en '*oplossingsgericht coachen*' gebaseerd op het model van *states of changes* van Prochaska en DiClemente.

De *sociaal-cognitieve leertheorie* van Albert Bandura (ook wel aangeduid als de theorie van de *operante conditionering*) tracht het leren binnen de natuurlijke omgeving van de lerende te beschrijven. De theorie is niet éénduidig te situeren. De benaming verwijst naar zowel het *behavioristische* als *cognitivistische* referentiekader. Deze min of meer *eclectische invalshoek* van Bandura sluit goed aan en vormt een bruikbare basis voor een goede balans tussen theorie en praktijk; vooral interessant dat de theorie van Bandura door veel onderzoek uit de praktijk is voortgebracht.

De psychiater Elisabeth Kübler-Ross heeft op basis van langdurig onderzoek vijf fasen omschreven die de meeste mensen geheel of gedeeltelijk doorlopen om na een traumatische ervaring weer tot rust te komen. Deze fasen zijn niet voor iedereen even intensief en ook verschilt de volgorde vaak. Iedereen verwerkt rouw op zijn eigen manier. Deze fasen vormen een goede basis voor de *rouwverwerking bij baanverlies* zoals de uitvoerende professionals die in de praktijk begeleiden.

Conclusie

Al met al dus een zekere wetenschappelijke basis voor de in deze interventie opgeschreven praktijktheorieën van de uitvoerende professionals.

Op basis van genoemd beschrijvende onderzoek naar determinanten van negatieve gezondheidsbeleving zijn verschillende in theorie werkzame elementen te onderscheiden in het aanpakken van een negatieve gezondheidsbeleving onder uitkeringsgerechtigden. De harde bewijslast dat dergelijke aanpakken ook daadwerkelijk leiden tot betere gezondheidsbeleving ontbreekt evenwel vaak nog.

Praktijkmensen hebben, zo gaf Lex Burdorf van Erasmus MC als uitbrander aan, vaak sterke opvattingen over hoe zaken werken. In de geneeskunde is dat een van de bekendste obstakels naar betere kwaliteit van de zorg! Daarom is het zo van groot belang dat theorie, onderzoek en praktijk elkaar opzoeken. Dit initiatief van het Gilde wordt daarom zeer toegejuicht.

Verder is uiteraard een ander groot vraagstuk hoe je deze onderbouwde praktijktheorieën toepast in de praktijk.

Colofon

Het Gilde Re-integratie is een netwerkorganisatie van publieke en private partners die zich er voor inzet kennis te ontwikkelen op het vakgebied van re-integratie. Uitgangspunt is dat deze kennis voor een belangrijk deel besloten ligt in de hoofden van professionals die zich met bepaalde thematieken en vraagstukken bezighouden. Door deze vaak impliciete kennis te verzamelen en interactief te verrijken met wetenschappelijke inzichten en informatie uit onderzoek wordt gewerkt aan het ontwikkelen van de best beschikbare kennis.

Lezers van dit kennisdocument worden van harte uitgenodigd daarop te reageren naar de op de voorzijde vermelde procesbegeleiders van het Gilde en zo een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van het vakgebied.

Het Gilde stelt alle informatie belangeloos en kosteloos beschikbaar via www.gildenetwerk.nl. Meediscussiëren kan ook via de discussiegroep op LinkedIn.com