

Van klantmanagers wordt verwacht dat zij ook bijstandsontvangers met gezondheidsproblemen motiveren om werk te zoeken. Dit artikel beschrijft enkele praktijkdilemma's, plus de ontwikkeling van een nieuwe gespreksmethode als mogelijke oplossing.

DOOR Inge Bramsen en Harald Miedema¹

Een nieuwe gespreksmethode voor klantmanagers

Zicht op participatie bij bijstandontvangers met gezondheidsproblemen

In de afgelopen tien jaar is de rol van klantmanagers ingrijpend veranderd. Steeds meer wordt verwacht dat zij hun cliënten activeren en motiveren om werk te zoeken, vinden en aanvaarden. Bij cliënten met gezondheidsproblemen en een grote afstand tot de arbeidsmarkt, brengt dit bepaalde dilemma's met zich mee. Klantmanagers zijn niet medisch geschoold en het is voor hen lastig om in te schatten in hoeverre gezondheidsproblemen een barrière vormen. Een medische keuring levert niet altijd volledige duidelijkheid en is bovendien een momentopname. Het verkrijgen van informatie van zorgprofessionals is vrijwel onmogelijk. En als de medische informatie wel beschikbaar is, dan lost dat de problemen van motivatie en arbeidsbemiddeling niet op. Voor cliënten met gezondheidsproblemen heeft de bovengenoemde beleidsverandering eveneens gevolgen. Zij worden nadrukkelijker geactiveerd om zo volwaardig mogelijk ('naar vermogen') mee te draaien op de arbeidsmarkt. Echter, de beperkingen beïnvloeden hun kansen op toetreding, en soms ook in fysiek of psychisch opzicht hun mogelijkheden om aan de slag te gaan. De afdeling Sociale Zaken en Werkgelegenheid van de Gemeente Rotterdam (SoZaWe Rotterdam) ontwikkelt en introduceert, net als andere sociale diensten in het

land, interventies die vervolgens worden uitgetest bij deze cliënten. Soms worden hierbij vormen van drang en dwang toegepast, bijvoorbeeld door deelname te verplichten met als sanctie een korting op de uitkering.

Uit sociaalwetenschappelijk onderzoek is bekend dat het erg belangrijk is een vertrouwensrelatie op te bouwen om de kloof tussen professional en cliënt in dit soort situaties te overbruggen. Echter een goede vertrouwensrelatie en het vinden en aanspreken van de interne motivatie dreigen bij het toepassen van drang en dwang juist ondermijnd te worden.

De Kenniskring Participatie, Arbeid & Gezondheid van de Hogeschool Rotterdam heeft de afgelopen jaren samen met studenten van de Minor Arbeid en Gezondheid enkele projecten uitgevoerd die zich op deze thema's hebben gericht.^{2,3,4,5}

Praktijkdilemma's

In 2003-2006 werd in Rotterdam het project Gezond aan de Slag uitgevoerd met als doel de fysieke en mentale gesteldheid van cliënten met gezondheidsproblemen te verbeteren, om zo een betere uitgangssituatie voor re-integratie te realiseren. De interventie bestond uit een bewegingsprogramma van twaalf weken en een cognitieve training. Deze training

was gebaseerd op de Rationeel Emotieve Therapie (RET) die als uitgangspunt heeft dat niet de gebeurtenissen bepalen hoe je je voelt, maar vooral de betekenis die je aan de gebeurtenissen geeft: door cliënten anders te leren denken, zou het probleemoplossend vermogen vergroot worden.⁶ Ondanks het feit dat Gezond aan de Slag werd aangemerkt als een voorbeeld van *good practice*, liet een gerandomiseerd effectonderzoek geen betekenisvolle positieve effecten zien: er was geen effect op de mentale en fysieke gezondheid noch op werkhervatting.⁷ In de experimentele groep startte 2.2% met een betaalde baan tegenover 2% in de controle groep.⁷

Gezond aan de Slag is een voorbeeld van een project dat werkt met drang en dwang. Tijdens de uitvoering bleek dat cliënten moeite hadden met het strikte regime van de cursus; de cognitieve training leek niet aan te slaan en het was voor trainers moeilijk om na te gaan wat cliënten deden met de aangeboden informatie. De motivatie voor het bewegingsprogramma leek beter en op dat terrein werden ook beperkte successen geboekt.⁸

Omdat de cognitieve training nog niet eerder afzonderlijk was bestudeerd, is een kwalitatieve studie uitgevoerd naar redenen voor het falen, via interviews met trainers en deelnemers.^{1,2}



ANP / Koen Suijk

Een medische keuring levert niet altijd volledige duidelijkheid en is bovendien een momentopname.

De resultaten toonden dat trainers problemen hadden met de heterogeniteit van de groep. Bovendien speelden er andere problemen, verwachtingen en arbeidsmarktobstakels dan men vooraf had verwacht. Hierdoor sloot het handboek dat vooraf voor de trainers was ontwikkeld en dat een volledig draaiboek bevatte,⁹ niet goed aan bij de praktijk tijdens de trainingen. Vanwege de opzet van de trainingssessies en het onderzoek was het niet goed mogelijk om maatwerk te leveren. Daarnaast had het verplichte karakter van de training een negatief effect op de motivatie van zowel deelnemers als trainers. Reflectie op de resultaten leidde tot de volgende kanttekeningen:¹⁻²

1. De interventie had als uitgangspunt dat de individuele wijze van coping en betekenisverlening (attributies, cognities) van de cliënten de belangrijkste oorzaken waren van de langdurige baanloosheid. Daarmee had men onvoldoende oog voor maatschappelijke omstandigheden en reële belemmeringen, zoals de rol die fysieke beperkingen, in combinatie met andere factoren zoals leeftijd, taalbeheersing en culturele achtergrond, opleveren voor de concurrentiepositie van betrokkenen op de arbeidsmarkt.

2. Bij de training was het beleid om geen aandacht te besteden aan beperkingen als gevolg van gezondheidsproblemen. Hiermee werd impliciet de boodschap overgebracht dat deze blijkbaar niet ernstig of reëel werden geacht. Dit had een negatief effect op de vertrouwensrelatie tussen trainers en deelnemers.

Daarnaast verhinderde dit beleid dat deze beperkingen onderwerp van gesprek konden zijn, waardoor trainers hierover geen informatie kregen, terwijl dit voor het vinden van een passende baan wel van belang is.

3. Het gedwongen karakter van Gezond aan de Slag had een grotere impact dan vooraf verwacht. Ook was het programma ontwikkeld zonder de doelgroep erbij te betrekken (top-down benadering). Het betrekken van cliënten uit de doelgroep bij het ontwerpen van een interventie (bottom-up benadering) kan ervoor zorgen dat deze beter aansluit bij de problemen die zij zelf ervaren. Dit draagt niet alleen bij aan de empowerment van de doelgroep, maar geeft professionals ook meer handvatten om maatwerk te bieden. Door het betrekken van klantmanagers, die dagelijks met deze doelgroep werken, kunnen de relevantie en uitvoerbaarheid van het programma worden getoetst.¹⁰

4. De gehanteerde onderzoeksmethode voor het ontwikkelen en uittesten van Gezond aan de Slag, een Gerandomiseerd Gecontroleerd Onderzoek, vereiste een hoge mate van standaardisatie, en grote aantallen bijstandsontvangers die dezelfde interventie ontvingen. Daarom kon het programma tijdens de uitvoering niet worden aangepast op basis van de ervaringen. Een vorm van praktijkgericht onderzoek waarbij professionals en bijstandsontvangers fungeren als co-onderzoekers, en waarbij gaandeweg de interventie kan worden aangepast, zou wellicht beter passen bij deze complexe praktijkproblematiek.^{1,11-12}

Gespreksleidraad

Op grond van de ervaringen uit het project Gezond aan de Slag is besloten om samen met studenten van de Minor Arbeid & Gezondheid van de Hogeschool Rotterdam, een gespreksleidraad te ontwikkelen. Het doel was de arbeidsparticipatie van cliënten met gezondheidsproblemen te bevorderen door gebruik te maken van de ervaringsdeskundigheid van cliënten. De gespreksmethode geeft cliënten zelf het woord over hoe zij in de eigen situatie willen handelen en welke interventies zij daarbij nuttig achten. Vanuit het perspectief van de cliënt komen de gezondheidsproblemen op tafel, alsmede de mogelijkheden en belemmeringen die deze opleveren

bij arbeid en maatschappelijke participatie.

Achterliggend idee is dat een persoonlijk en vertrouwelijk gesprek over deze onderwerpen bijdraagt aan meer inzicht, zodat cliënten zelf meer regie kunnen gaan voeren. Zo kan de gespreksleidraad bijdragen aan de empowerment van cliënten en tevens helpen om maatwerk te bieden, waarmee de motivatie kan worden bevorderd.

Allereerst is een gespreksleidraad ontwikkeld en uitgetest bij acht langdurig bijstandsgerechtigden met gezondheidsproblemen.⁴ Het gesprek was vertrouwelijk, en werd gevoerd door studenten maatschappelijk werk. Vooraf werd duidelijk gemaakt dat informatie die cliënten zouden geven geen gevolgen zou hebben voor de uitkering. Aan het slot gaf de cliënt aan welke informatie kon worden doorgegeven aan de klantmanager.

De gespreksleidraad had de vorm van een semi-structureerd interview aan de hand van een topic lijst. Het interview werd afgesloten met een evaluatie van de gespreksleidraad.

De acht geïnterviewden, allen vrouwen, hadden meestal een combinatie van gezondheidsproblemen, die nogal eens gepaard gingen met snelle vermoeidheid en wisselingen in klachten. Ook speelden zaken als onvoldoende scholing en weinig werkervaring mee bij de ervaren arbeidsmarktbelemmeringen.

De vragen leken cliënten aan het denken te zetten, en in een aantal gevallen werd de motivatie zichtbaar getriggerd. Maar een aantal cliënten stond niet open voor re-integratie en bij hen werd de motivatie niet vergroot. Vooral cliënten met zwaardere gezondheidsklachten (MS, reuma, chronische diarree) verwachtten weinig voordelen van werken en dachten dat terugkeer naar arbeid niet haalbaar was.

De mening over de leidraad was overwegend positief. De cliënten voelden zich gehoord en ze hadden meer overzicht over de eigen situatie gekregen. Meerdere cliënten vonden het een goed idee om een maatschappelijk werker in te schakelen als tussenpersoon, vanwege de mogelijkheid vertrouwelijk te kunnen praten, en dat niet alles 'naar de sociale dienst toe gaat'.

Klantmanagers daarentegen zagen weinig heil in een gespreksleidraad

omdat zij zeiden al een eigen manier te hebben ontwikkeld om informatie bij een klant te verzamelen. Een knelpunt voor het opbouwen van een vertrouwensband met cliënten is de hoge caseload. Tijdens het onderzoek bleek dat de klantmanagers de invoering van de leidraad hadden ervaren als kritiek op het eigen functioneren. Mogelijk is er bij de uitleg over het project op dit punt iets misgegaan. Wij besloten dat in een volgend project de klantmanagers beter moesten worden betrokken bij de doorontwikkeling van de gespreksmethode.

Toepassing

In vervolg op project I, vroeg SoZaWe Rotterdam om de leidraad toepasbaar te maken door klantmanagers zelf, zonder tussenkomst van een vertrouwenspersoon. Ook waren de klantmanagers van begin af aan betrokken bij het project. Op grond van hun feedback is de gespreksleidraad aangepast. Verder is er een handleiding toegevoegd met informatie en tips van ervaren klantmanagers en informatie over empowerment, motiverende gespreksvoering en het inschatten van de mate van maatschappelijke participatie.

De aangepaste leidraad is uitgetest door vijf klantmanagers bij acht cliënten, vier mannen en vier vrouwen van 32 tot 59 jaar met verschillende gezondheidsproblemen. Zij zagen als knelpunten voor betaald werk: geen lichamelijk werk kunnen doen, snel vermoeid zijn, moeilijk kunnen lopen, analfabeet zijn, geen opleiding en/of werkervaring hebben. De motivatie was wisselend en gekoppeld aan mogelijkheden en eigen verwachtingen. De cliënten waren erg positief over de leidraad.

Bij zes cliënten leidde het gesprek tot meer inzicht in de eigen situatie; bij twee cliënten was dit niet het geval, mogelijk doordat zij de Nederlandse taal niet goed spraken. Ook werden cliënten aan het denken gezet over wat zij graag zouden willen doen, zodat zelfsturing werd bevorderd. Bij sommige cliënten leek zelfsturing niet goed mogelijk of moeilijk(er) te bereiken, vooral bij degenen die al lange tijd geen werk hadden verricht.

De ervaren klantmanagers vonden de leidraad vooral nuttig als naslagwerk vooraf om na te gaan welke onderwerpen men bij een bepaalde cliënt aan de

orde zou willen stellen. Ook bij cliëntencontacten die moeilijk(er) verlopen bood de leidraad een goede ondersteuning voor het gesprek. Kritiekpunt was het idee dat het volgen van een gespreksleidraad tot een kunstmatige gespreksituatie leidt. Voor beginnende klantmanagers bleek de leidraad een bruikbaar hulpmiddel om hun gesprekken te structureren.

Na afloop van het project is een compacte versie van de leidraad van twee pagina's gemaakt.¹³ Alle onderwerpen die aan bod komen in de gespreksleidraad komen ook voor in het computerprogramma RAAK dat gebruikt wordt door klantmanagers van SoZaWe.

Conclusie

De gespreksleidraad draagt bij aan een open gesprek met de cliënt met langdurige gezondheidsproblemen. Daarbij blijkt de vorm die gekozen is in het eerste project, een vertrouwelijk gesprek dat niet door de klantmanager zelf werd gehouden, een meerwaarde te hebben. Vooral omdat cliënten dan het gevoel hebben openhartiger te kunnen spreken. Deze vorm heeft wel als nadeel dat de klantmanagers zelf niet direct alle relevante informatie krijgen, en ook niet zelf een vertrouwensrelatie opbouwen met de cliënt. Daarom is een tweede project uitgevoerd waarbij de klantmanagers de gespreksleidraad zelf gingen gebruiken. Ondanks het gevoel dat het volgen van de leidraad tot een kunstmatige gespreksituatie leidt, ervoeren de klantmanagers het wel als een nuttige voorbereiding of handleiding voor het gesprek of als naslagwerk om te raadplegen in het geval van moeilijk(er) verlopende cliëntcontacten.

Het is niet gemakkelijk, en soms zelfs onhaalbaar, om cliënten met langdurige gezondheidsproblemen duurzaam te begeleiden naar arbeid. Een belangrijk struikelpunt daarbij is de geringe tijd die er per cliënt is. Het zoeken naar een manier om een vertrouwensrelatie tot stand te brengen lijkt van groot belang. De gespreksleidraad en bijbehorende handleiding¹³ kunnen hierbij een hulpmiddel zijn. Ons onderzoek geeft aan dat er goede redenen zijn om op de ingeslagen weg verder te gaan en de gespreksmethode in de praktijk in te voeren. Belangrijk is dat tijdens de invoering wordt geleerd van de ervaringen, zodat

de werkwijze al doende nog verder kan worden verbeterd.

Dr. Inge Bramsen is senior wetenschappelijk medewerker bij het Kenniscentrum Zorginnovatie, Hogeschool Rotterdam. **Harald Miedema** is daar Lector Arbeid & Gezondheid.

Noten

1. Kenniscentrum Zorginnovatie, Hogeschool Rotterdam. i.bramsen@hr.nl.
2. Bramsen I, Tomesen I, Voorham T, Miedema H. Activating welfare recipients with health complaints: reasons for failure of a cognitive training program. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 2011; 20(1): 57-75.
3. Tomesen, I. (2008). *Onderzoek naar succes- en faalfactoren van de cognitieve interventie binnen het project Gezond aan de Slag*. Hogeschool Rotterdam.
4. Dias dos Santos, O., Van Ballegooien, L. & Regenboog K. (2010). *Een gespreksleidraad voor langdurig bijstandsgerechtigden met gezondheidsproblemen*. Hogeschool Rotterdam.
5. Sloot, V. & Verhoeckx, L. (2011). *Een gespreksleidraad voor langdurig bijstandsgerechtigden met gezondheidsproblemen*. Hogeschool Rotterdam.
6. Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
7. Schuring, M., Burdorf, A., Voorham, A. J., Weduwe, K. der, & Mackenbach, J. P. (2009). Effectiveness of a health promotion programme for long-term unemployed subjects with health problems. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(11), 893-899.
8. Der Weduwe, K., Schuring, M., Burdorf, L., & Voorham T. (2006). *Gezond aan de Slag - gezondheid bevorderen van langdurig uitkeringsgerechtigden*. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 84(6), 354-357.
9. Beek, A., Bosch, R., Graumans, S., Van Lith, K., Schuring, M., Der Weduwe, K., Zwart, A. (2006). *Gezond aan de Slag: handboek voor docenten*. Rotterdam: GGD.
10. Jacobs, G. (2005). Participatie en empowerment in de gezondheidsbevordering: professionals in de knel tussen ideaal en praktijk? *Sociale Interventie*, 14(4), 29-39.
11. Gibbons, M., Limoges, C., Nowotny, H., Schwartzman, S. Scott, P. & Trow, M. (2005). *The new production of knowledge: the dynamics of science and research in contemporary societies* (8th ed). London: Sage Publications.
12. Houweling, L., Kuiper, C. & Letiche, H. (2010). *Praktijkgericht onderzoek in de praktijk. Een spraakmakend project*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
13. Op te vragen via i.bramsen@hr.nl.