



Opdrachtgever

UWV

Zinziz

Onderzoek

Einddatum – 30 april 2015

Categorie

Kenmerken van klanten

Kritische succesfactoren van een online interventie voor werklozen met common mental disorders

Conclusie

Veelvoorkomende psychische klachten zoals angst, depressie en stress kunnen het vinden van werk ernstig belemmeren. Enerzijds vinden werklozen met deze klachten slecht de weg naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Anderzijds heeft de zorg nog weinig oog voor het belang van werk.

Zinziz heeft onderzocht hoe deze werelden dichter bij elkaar te brengen. Het rapport beschrijft de ontwikkeling en inhoud van een blauwdruk voor optimale online begeleiding van werklozen met veelvoorkomende psychische klachten (common mental disorders). De blauwdruk is ontwikkeld door onderzoek te doen naar kritische succesfactoren van online interventies voor mensen zonder werk, met veelvoorkomende psychische klachten. Er is gekeken naar effectieve elementen wat betreft inhoud, proces, vorm en randvoorwaarden.

Tevens komt de wijze van implementeren aan bod.

Het onderzoek bestond uit beknopt literatuuronderzoek, focusgroepen en inspiratiesessies. Het verbinden van klinische, re-integratie en online (ervarings)deskundigheid stond hierbij steeds centraal. Aan de hand van de blauwdruk kunnen praktijkorganisaties hun aanbod (door)ontwikkelen.

Dit subsidieonderzoek komt voort uit de subsidieronde 2014 'Online interventies ter bevordering van de arbeidsparticipatie van mensen met een gezondheidsbeperking'. Het is uitgevoerd door Zinziz, met subsidie van UWV.

Link naar bestand

<http://www.onderzoekwerkeninkomen.nl/rapporten/c46ogwqr>

| | |
|---|-----------|
| SAMENVATTING | 4 |
| INLEIDING | 8 |
| Aanleiding voor het onderzoek | 8 |
| Belang van combineren van re-integratie en GGZ expertise | 8 |
| Voordelen en kansen van een online aanbod | 9 |
| Focus van het onderzoek | 10 |
| Onderzoeksvragen | 11 |
| Wat komt er in dit rapport aan bod? | 11 |
| Voor wie is dit rapport bedoeld? | 12 |
| ONDERZOEKSAANPAK | 13 |
| LESSEN VANUIT ONLINE RE-INTEGRATIE DIENSTVERLENING | 15 |
| Online interventies gericht op werklozen | 15 |
| Online interventies gericht op werknemers met CMD | 17 |
| Samengevat | 17 |
| LESSEN VANUIT FACE-TO-FACE RE-INTEGRATIE INTERVENTIES | 18 |
| Face-to-face interventies gericht op re-integratie voor werklozen | 18 |
| <i>Winning New JOBS training voor werklozen</i> | 19 |
| <i>Winning new JOBS training voor werklozen met CMD</i> | 20 |
| <i>Werkgerichte psychodynamische behandeling voor werklozen met CMD</i> | 21 |
| <i>De leerdoel-oriëntatie training voor werklozen</i> | 21 |
| <i>De leerdoel-oriëntatie training voor werklozen met CMD</i> | 23 |
| <i>Individual Placement and Support (IPS) voor werklozen met ernstige psychische klachten</i> | 23 |
| <i>IPS voor werklozen met CMD</i> | 24 |
| <i>De self-efficacy training voor werklozen</i> | 24 |
| <i>Werkgevers-arrangement voor werklozen</i> | 25 |
| <i>Lopende studies naar re-integratie begeleiding van werklozen met CMD</i> | 25 |
| Face-to-face re-integratie interventies voor uitgevallen werknemers met CMD | 26 |
| <i>Bruikbaarheid van deze succesfactoren voor werklozen met CMD</i> | 27 |
| Samengevat | 28 |
| LESSEN UIT ONLINE (GGZ) BEGELEIDING | 29 |
| Succesfactoren van online interventies die psychische klachten verminderen | 29 |
| <i>Voor wie is online behandeling effectief?</i> | 30 |
| <i>Kritische succesfactoren</i> | 31 |
| Online begeleiding die psychische klachten vermindert bij werklozen | 35 |
| Samengevat | 35 |
| AANSCHERPING SUCCESFACTOREN VANUIT DE PRAKTIJK | 37 |
| Focus groepen met diverse (ervarings)deskundigen | 38 |
| Bijeenkomst met cliënten | 39 |
| VERTALING VAN DE LESSEN NAAR DE BLAUWDRIJK | 41 |

| | |
|--|-----------|
| Doel en subdoelen van de interventie | 41 |
| Uitgangspunten voor de inhoud van de interventie en de begeleidingsstijl | 41 |
| Uitgangspunten voor het online format | 45 |
| BLAUWDRIJK VAN DE INTERVENTIE | 47 |
| Algemene kenmerken van iedere groepssessie | 47 |
| Veiligheid creëren, perspectief bieden, versterken zelfbeeld | 48 |
| <i>Veilige sfeer creëren</i> | 48 |
| <i>Perspectief bieden door werkgerichte psycho-educatie</i> | 48 |
| <i>Zelfbeeld versterken</i> | 49 |
| Toekomstbeeld creëren: leerdoelen stellen, uitvoeringsplan maken | 49 |
| <i>Motivatie om te werken: voordelen en nadelen</i> | 49 |
| <i>Werkvoorkeuren</i> | 50 |
| <i>Leerdoelen opstellen (en bijstellen)</i> | 50 |
| <i>Prioriteiten stellen (optioneel)</i> | 51 |
| Anticiperen & overwinnen obstakels bij re-integratie | 51 |
| <i>Leren omgaan met niet-helpende gedachten (cognitief gedragsmodel)</i> | 51 |
| <i>Obstakels om aangenomen te worden & oplossingen</i> | 53 |
| <i>Disclosure (vertel ik een werkgever over mijn psychische klachten?)</i> | 53 |
| Werkzoek -en presentatievaardigheden | 54 |
| <i>Vaardigheden</i> | 54 |
| <i>Stimuleren om (niet-betalde) werkervaring op te doen.</i> | 55 |
| Follow-up: monitoren, evalueren en vasthouden | 55 |
| <i>Monitoren voortgang doelen en plannen.</i> | 55 |
| <i>Monitoren klachten</i> | 56 |
| <i>Groep houdt onbegeleid contact</i> | 56 |
| IMPLEMENTATIE EN ONTWIKKELING: AANDACHTSPUNTEN | 57 |
| Interventie multidisciplinair ontwikkelen | 57 |
| Professionals: wie zijn betrokken en wat is hun profiel? | 58 |
| Toeleden van cliënten naar de interventie | 60 |
| Bekendheid en draagvlak creëren bij doorverwijzers | 64 |
| Budget voor dienstverlening borgen | 66 |
| <i>Financiering vanuit uitkeringsverstrekkers</i> | 67 |
| <i>Financiering vanuit de zorgverzekeraar</i> | 67 |
| <i>Financiering vanuit gecombineerde bronnen</i> | 68 |
| <i>Financiering vanuit subsidieverstrekkers</i> | 68 |
| <i>Reflectie op de financieringsmogelijkheden</i> | 69 |
| BIJLAGES | 70 |
| Bijlage 1: factoren die re-integratie succes voorspellen | 71 |
| Bijlage 2: Onderzoeksmethode | 74 |
| Bijlage 3: technieken voor gedragsverandering | 77 |
| Bijlage 4: niet-helpende gedachten uitdagen | 78 |
| Bijlage 5: Overzicht kritische succesfactoren: Longlist | 80 |
| Bijlage 6: Voorbeeld uitleg over leerdoelen | 83 |

SAMENVATTING

Waarom een online aanbod voor werklozen met 'common mental disorders'?

Voor mensen met veelvoorkomende psychische klachten ('common mental disorders', hierna: CMD) is het vinden en behouden van regulier werk een lastige opgave. Hun psychische klachten maken het moeilijk om werk te vinden, terwijl de werkloosheid hun klachten in stand houdt of verergert. Het is daarom van belang dat er (kosten)effectieve interventies beschikbaar zijn die de re-integratie kansen van deze doelgroep vergroten. Er is echter nog weinig bekend over hoe dergelijke interventies optimaal kunnen worden ingericht. In hoeverre moeten deze interventies anders worden ingericht dan bewezen effectief aanbod voor werklozen in het algemeen? En welke mogelijkheden zijn er voor online dienstverlening?

In dit rapport presenteren we een **blauwdruk voor een online interventie gericht op het versterken van re-integratiekansen voor werklozen met CMD**.

In de kern bestaat de interventie-blauwdruk uit:

Een online interventie met zowel individuele als groepsgewijze onderdelen die in verschillende vormen worden aangeboden (zoals tekst lezen, filmpjes bekijken, discussie, opdrachten uitvoeren online of in de praktijk). De groepsgewijze onderdelen krijgen vorm in begeleide *live* groeps-*chats* waarbij deelnemers elkaar steunen en met elkaar meedenken in oplossingen.

Om de re-integratiekansen te vergroten is er aandacht voor het versterken van werkzoekvaardigheden in combinatie met het versterken van het zelfbeeld, de interne motivatie en de eigen regie. Deelnemers leren bijvoorbeeld effectiever omgaan met de obstakels die hun psychische klachten opwerpen voor het vinden van werk. Om dit te bereiken wordt gebruik gemaakt van technieken voor gedragsverandering, waaronder werkgerichte cognitieve gedragstherapie. Hiermee verbindt de interventie technieken gericht op klachtenherstel en re-integratie.

De blauwdruk biedt concrete handvatten aan beleidsmakers of andere professionals voor het (door)ontwikkelen van hun eigen aanbod. Bij het opstellen van de blauwdruk hebben twee uitgangspunten centraal gestaan:

- 1) Een combinatie van GGZ en re-integratie expertise. Een dergelijke aanpak richt zich op het reduceren van klachten en het bevorderen van arbeidsparticipatie. Daarbij wordt enerzijds gekeken hoe de reductie van klachten kan bijdragen aan participatie, maar ook hoe arbeidsparticipatie kan bijdragen aan herstel van klachten. Deze zogenaamde 'gecombineerde aanpak' is reeds effectief gebleken in het stimuleren van werkhervatting bij werknemers die zijn uitgevallen vanwege CMD en bij werklozen met ernstige psychische klachten.
- 2) Een online format. Online interventies kunnen een kosteneffectief alternatief zijn voor *face-to-face* begeleiding. Voor cliënten kan online dienstverlening aantrekkelijk zijn doordat het barrières overbrugt wat betreft reizen en wachttijden of stigma. Door de anonimiteit ervaren cliënten minder schaamte voor hun klachten waardoor ze makkelijker hulp zoeken. Online interventies kunnen daarmee bijdragen aan het toegankelijk maken van betaalbare effectieve dienstverlening die ook aantrekkelijk is voor cliënten.

Onderzoeksvragen

Om in kaart te brengen hoe een online interventie voor werklozen met CMD optimaal kan worden ingericht heeft ZINZIZ een onderzoek uitgevoerd^a. In dit onderzoek hebben we antwoord gezocht op de volgende vragen:

^a Hiervoor heeft ZINZIZ subsidie van UWV ontvangen.

- 1) Bestaan er bewezen effectieve online interventies die re-integratie bevorderen bij werklozen met CMD?
- 2) Welke kritische succesfactoren kunnen we destilleren uit bestaand bewezen effectief aanbod uit de volgende aanverwante werkvelden: 'Online (GGZ) begeleiding' en 'face-to-face re-integratie begeleiding'.
- 3) Welke effectieve onderdelen moeten terugkomen in een prototype online interventie voor werklozen met CMD: hoe ziet een blauwdruk eruit?
- 4) Welke aandachtspunten en randvoorwaarden voor implementatie zijn er?

Onderzoeksanpak

De antwoorden op de onderzoeksvragen hebben we in kaart gebracht door literatuuronderzoek, interviews met (wetenschappelijke) experts en focusgroepen met (ervarings)deskundigen uit de verschillende werkvelden. We zijn daarbij op zoek gegaan naar effectieve interventie bestanddelen die mogelijk ook toepasbaar zijn in een online format voor de specifieke doelgroep van werklozen met CMD. Op basis van de verzamelde informatie hebben we een lijst met kritische succesfactoren opgesteld voor een interventie. Deze lijst met succesfactoren heeft de basis gevormd voor een blauwdruk, waarin concreet omschreven staat hoe vorm te geven aan de kritische succesfactoren.

Bewezen effectieve interventies als inspiratiebron voor de kritische succesfactoren

Er bestaan nog geen bewezen effectieve online interventies die re-integratie bevorderen voor werklozen met CMD (en ook niet voor werklozen zonder CMD). Voor het beschrijven van de kritische succesfactoren hebben we inspiratie gehaald uit een zestal face-to-face interventies die re-integratie van werklozen bevorderen. In 3 gevallen bleken deze interventies ook effectief specifiek voor werklozen met CMD. Daarnaast hebben we geput diverse online interventies gericht op reductie van CMD-klachten en het bevorderen van gezond gedrag. Deze interventies zijn effectief gebleken bij een verscheidenheid aan mensen (wat betreft leeftijd, opleidingsniveau en sekse) die vrijwillig kiezen voor online hulp. Enkele van deze interventies laten zien dat reductie van CMD-klachten ook online haalbaar is bij werkloze deelnemers.

Doel en subdoelen van de interventie

Op basis van het onderzoek hebben we de volgende doelstelling en subdoelen geformuleerd voor de interventie-blauwdruk: het doel van de interventie is het vergroten van de kans op werk doordat cliënten actiever en effectiever re-integratiegedrag vertonen. Hiermee benutten cliënten hun mogelijkheden om werk te vinden zo optimaal mogelijk, binnen de grenzen van hun eigen invloedssfeer. Om actief en effectief re-integratiegedrag te stimuleren zijn de volgende (deels overlappende) subdoelen op het gebied van houding en vaardigheden van belang:

- ➔ Het versterken van intentie en de intrinsieke motivatie om te re-integreren.
- ➔ Het versterken van het zelfbeeld m.b.t. re-integreren (meer vertrouwen in de eigen capaciteiten om te re-integreren, en minder zelfstigma).
- ➔ Het effectief leren omgaan met de obstakels tijdens het re-integratieproces, in het bijzonder de obstakels die de psychische klachten opwerpen (zoals stigma, zelfstigma, concentratieproblemen)
- ➔ Het versterken van werkzoek- en presentatievaardigheden zoals: weten wat voor baan er bij je past, vacatures vinden via netwerken, of het voeren van sollicitatiegesprekken.

De focus van de interventie ligt dus op het versterken van arbeidsparticipatie. Het is belangrijk om daarnaast vanaf het begin open te zijn over de psychische klachten en ze te benoemen als belangrijk obstakel voor het vinden van werk.

Kritische succesfactoren voor de inhoud en begeleidingsstijl van de interventie

De kritische succesfactoren hebben de basis gevormd van de volgende (deels overlappende) uitgangspunten voor de inhoud van de interventie en de begeleidingsstijl:

- ➔ Een begeleide interventie in groepsformat.
Er is een vorm van (digitale) interactie met een begeleidende professional en/of andere cliënten mogelijk. Door een interventie (deels) in groepsformat aan te bieden kunnen deelnemers van elkaar leren en elkaar steunen. Hiervoor is het belangrijk dat cliënten online begeleid worden door één vaste begeleider, waarbij de cliënt zich veilig kan voelen. De vaste begeleider kan worden ondersteund door een multidisciplinair team op de achtergrond. De cliënt heeft de regie over de afstemming met anderen.
- ➔ Technieken voor gedragsverandering
De begeleider gebruikt bewezen effectieve technieken voor gedragsverandering. Enerzijds zijn dit algemene technieken waardoor mensen intrinsiek gemotiveerd raken, hun zelfvertrouwen bij re-integreren toeneemt en hun zelfregie toeneemt; Hierbij is aandacht voor het versterken van self-efficacy belangrijk (zoals door het stellen van leerdoelen en geven van concrete complimenten). Daarnaast kan werkgerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) worden ingezet. Dit is een meer specifieke techniek voor gedragsverandering waar de focus ligt op het veranderen van gedachten als motor voor gedragsverandering. Hierdoor verminderen de psychische klachten die een obstakel vormen voor re-integratie. Inhoudelijke onderwerpen vanuit de werkgerichte CGT zijn:
 - Klachtbeeld en klachtverloop, mede in relatie tot werken. Hierbij wordt het belang van werk bij het herstel van psychische klachten benadrukt (psycho-educatie).
 - Uitdagen van niet-helpende gedachten en deze vervangen door meer helpende gedachten (o.a. het doorbreken van zelfstigma).
 - Terugval preventie: Vasthouden van herstel en (re-integratie)plannen.
- ➔ Werkzoekvaardigheden in combinatie met het versterken van interne motivatie.
Het is belangrijk om tegelijk met het versterken van werkzoekvaardigheden aandacht te hebben voor de interne motivatie. Bijvoorbeeld door veel gebruik te maken van de expertise en ervaringen van cliënten zelf. Inhoudelijke onderwerpen op het gebied van werkzoekvaardigheden zijn:
 - Krachten en werkvoorkeuren (welke baan past er bij de cliënt?).
 - Een toekomstplan op basis van leerdoelen (in tegenstelling tot prestatiedoelen). Hierbij bedenkt de cliënt meerdere uitvoeringsstrategieën.
 - Anticiperen en overwinnen van obstakels bij re-integratie.
 - Werkzoek- en presentatievaardigheden (zoals netwerken en sollicitatiegesprekken voeren).
- ➔ Combineer re-integratie en GGZ expertise (bij uitvoerenden en in de interventie zelf).
Hierbij wordt gekeken hoe klachtenreductie kan bijdragen aan arbeidsparticipatie, maar ook hoe arbeidsparticipatie kan bijdragen aan klachtenherstel. Bijvoorbeeld door bij re-integratieonderdelen aandacht te hebben voor de klachten, en door bij de klachtenreductie het werk als oefen context te gebruiken.
- ➔ Oefenen van vaardigheden in een niet digitale (werk)setting.
Volgens het 'first place then train' principe is het belangrijk dat mensen snel een (tijdelijke) werkplek hebben om (coping)vaardigheden te oefenen en op basis van de feedback uit de werkpraktijk hun vaardigheden verder te versterken. Een dergelijke oefenwerkplek is niet altijd voorhanden voor werklozen. In de blauwdruk wordt het zoeken van zo'n werksetting (bijvoorbeeld met vrijwilligerswerk) gestimuleerd. Daarnaast wordt het oefenen van vaardigheden in een reële (niet digitale) setting gestimuleerd.

Kritische succesfactoren voor de online vorm

Vrijwel alle doelen die *face-to-face* aanpakken nastreven zijn ook te realiseren in een online vorm. Een belangrijk aandachtspunt voor online dienstverlening is het voorkomen van uitval door te zorgen dat mensen gemotiveerd zijn en blijven. We hebben de volgende uitgangspunten geformuleerd voor het vormgeven van effectief en motiverend online aanbod:

- ➔ Mogelijkheid voor digitale interactie (tussen cliënten onderling en met een begeleider).
- ➔ Inhoud niet te complex of te veel.

- ➔ Goede structuur /overzicht.
- ➔ Structuur is in balans met keuzevrijheid /maatwerk.
- ➔ Technologie: nuttig, toegankelijk, aantrekkelijk en betaalbaar. Dit betekent onder andere dat het format van de interventie:
 - Aansluit bij dagelijks gebruik van ICT (niet té innovatief);
 - Gevarieerd is in vorm;
 - Met beeldmateriaal wordt ondersteund;
 - Gebruik maakt van spelprincipes (maar geen competitie).

Kritische succesfactoren voor de ontwikkeling en implementatie

We hebben de volgende aandachtspunten en randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie onderscheiden:

- ➔ Betrekken van een multidisciplinair team bij de ontwikkeling van de interventie.
- ➔ Creëren van bekendheid over en draagvlak voor de interventie bij mogelijke doorverwijzers vanuit de zorg- of re-integratiewereld.
- ➔ Voldoende kwaliteit van de begeleider om via een online format gedragsverandering teweeg te brengen en niet-helpende gedachten uit te dagen (dit vergt basis kennis van CMD).
- ➔ Zorgen voor een effectieve toeleiding van cliënten naar de interventie door inzet van een screener, en communicatie die mensen intrinsiek motiveert voor deelname aan de interventie.
- ➔ Organiseren van (structurele) financiering voor het ontwikkelen en uitvoeren van de interventie.

INLEIDING

Aanleiding voor het onderzoek

Het vinden en het behouden van regulier, ongesubsidieerd werk is voor veel mensen een lastige opgave, zeker als er sprake is van gezondheidsproblematiek. De afstand tot de arbeidsmarkt wordt immers substantieel groter als er sprake is van gezondheidsproblemen. Een groep die specifieke aandacht vraagt, zijn **werklozen met veelvoorkomende psychische klachten** ('common mental disorders', hierna: CMD) zoals een depressie, een burn-out of een angststoornis. Hun psychische klachten maken het moeilijk om werk te vinden, terwijl tegelijkertijd de werkloosheid ervoor zorgt dat de psychische klachten blijven bestaan.

Werklozen met een CMD zijn een substantiële groep binnen de gehele populatie werklozen: een Nederlandse studie laat zien dat ongeveer 40% van de werklozen depressieve klachten of angstklachten heeft¹. Het vinden (en behouden) van een baan is lastig voor deze mensen omdat zij met een aantal (specifieke) problemen kampen² zoals:

- ➔ Een laag zelfbeeld door zelfstigmatisering^b, laag zelfvertrouwen of schaamte;
- ➔ De psychische klachten zelf, bijvoorbeeld door concentratieproblemen, verstoord slaapritme, verstorende irreële gedachten);
- ➔ Stigmatisering bij werkgevers;
- ➔ Onvoldoende werkplekken die perspectief bieden;
- ➔ Gebrek aan (recente) werkervaring;
- ➔ Obstakels op andere terreinen (zoals schulden of in de thuissituatie).

De *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD)³ heeft dan ook recent het belang benadrukt van doelgerichte aandacht voor duurzame arbeidsparticipatie van werklozen met CMD. Mede omdat er nog weinig effectieve, op werk gerichte interventies voor deze doelgroep bestaan^{4,5}.

Belang van combineren van re-integratie en GGZ expertise

In diverse empirische studies en theoretische modellen wordt benadrukt dat het zinvol is om zorg- en werkaspecten te combineren om re-integratie bij mensen met psychische klachten te bevorderen. Dergelijke gecombineerde aanpakken blijken effectief voor het re-integreren van werklozen met ernstige psychische klachten (zoals *Individual Placement and Support*, hierna: IPS) en werknemers met CMD (zoals werkgerichte cognitieve gedragstherapie)^{6,7}. Het is te verwachten dat een dergelijke gecombineerde aanpak ook goed werkt bij werklozen met CMD.

De huidige praktijk van GGZ en re-integratie is onvoldoende ingericht op ondersteuning bij re-integratie van werklozen met CMD. Zo blijkt bijvoorbeeld dat:

- ➔ GGZ-professionals nog weinig (structureel) oog hebben voor werk als behandeldoel of middel tot herstel. Daarnaast kan het stigma over werken met psychische klachten dat (onbewust) bij GGZ professionals leeft, mensen demotiveren om te gaan werken.
- ➔ Re-integratieprofessionals werklozen met CMD nog niet optimaal begeleiden. Een recent rapport van het platform GGZ laat zien dat gemeenten nog niet altijd goed vorm weten te geven aan de ondersteuning van klanten met psychische klachten bij het vinden en behouden van werk⁸. Dit komt deels doordat deze professionals de klachten niet goed signaleren. Daarnaast weten ze niet goed hoe ze

^b Zelfstigmatisering: er vanuit gaan dat andere mensen vooroordelen over je hebben.

moeten omgaan met cliënten met CMD. Cliënten met CMD worden door sociale diensten nog vaak weggezet als 'niet bemiddelbaar naar werk'⁹.

- ➔ De samenwerking tussen GGZ en re-integratie professionals verre van optimaal verloopt. Hierdoor krijgen cliënten regelmatig tegenstrijdige adviezen.
- ➔ Cliënten het lastig vinden: zij vinden bijvoorbeeld slecht hun weg naar GGZ^{10,11}. Als mensen met CMD al hulp zoeken, zullen ze meestal naar hun huisarts gaan: Huisartsen vormen bij begeleiding van psychische klachten een belangrijk eerste loket. Huisartsen zijn echter niet goed toegerust (wat betreft expertise en tijd) om CMD goed te herkennen bij hun patiënten en door te verwijzen naar adequate hulpverlening¹². De onder-diagnose en onder-behandeling die dit tot gevolg heeft is ook aangetoond bij mensen die arbeidsongeschikt zijn en daarvoor een WIA-uitkering gaan ontvangen¹³.

Er is dus behoefte aan hulpmiddelen die de combinatie van GGZ en re-integratie expertise faciliteren en concrete handvatten bieden. Deze behoefte wordt ook weerspiegeld in verschillende beleidsstudies en initiatieven die bijvoorbeeld aanbevelen GGZ begeleiding meer arbeid gerelateerd te maken, of (geestelijke) gezondheidszorg, re-integratie dienstverleners en uitkeringsinstanties beter te laten samenwerken^{2,3,5}. Zo is er recent een werkwijzer verschenen van Divosa over 'psychische klachten en re-integratie' voor klantmanagers bij gemeentes¹⁴. Daarnaast bestaat er sinds 2012 een convenant tussen UWV en GGZ Nederland om de samenwerking tussen beide partijen te stimuleren.

Een belangrijke opdracht bij het ontwikkelen van interventies ten behoeve van de arbeidsparticipatie van werklozen met CMD is dus het verbinden van de re-integratie en GGZ wereld. Met dit onderzoek bieden we hier concrete aanknopingspunten voor.

Voordelen en kansen van een online aanbod

In dit onderzoek verkennen we mogelijkheden voor effectieve dienstverlening aan werklozen met CMD via een online format. Online interventies kunnen bijdragen aan het toegankelijk maken van betaalbare effectieve dienstverlening die tevens aantrekkelijk is voor cliënten. Hieronder beschrijven we enkele mogelijkheden en kansen die online interventies kunnen bieden:

- ➔ Borgen van de verbinding tussen GGZ en re-integratie. Een online format kan de structuur bieden die borgt dat re-integratie en GGZ expertise echt verbonden worden. Doordat veel online interventies een gestructureerd en geprotocolleerd karakter hebben, kan de verbinding tussen beide werkvelden worden verankerd in de inhoud en vorm van de online omgeving (teksten, filmpjes en oefeningen). Hierdoor wordt de kans kleiner dat professionals terugvallen in 'oude gewoonten' waarbij ze alleen handelen vanuit hun eigen vakgebied.
- ➔ Kostenbesparing. Online dienstverlening kan een kostenbesparing opleveren. Hierdoor wordt het aantrekkelijker voor re-integratie en GGZ-zorgpartijen om, ondanks bezuinigingen, dienstverlening aan te bieden voor werklozen met CMD. Deze kostenbesparing kan gerealiseerd worden door een kortere begeleidingstijd van een professional, zonder dat dit ten koste gaat van de effectiviteit. Bij de meeste online begeleiding zoals online cognitieve gedragstherapie is de begeleidingstijd korter dan bij de *face-to-face* equivalenten, zonder dat dit ten koste gaat van de effectiviteit¹⁵. De begeleidingstijd kan mogelijk nog efficiënter worden ingezet wanneer de online interventie (deels) groepsgewijs verloopt.
- ➔ Effectiviteit en cliënttevredenheid. Onderzoek laat zien dat online dienstverlening de effectiviteit van en tevredenheid met begeleiding niet nadelig hoeft te beïnvloeden. Zo blijkt online therapie, net als reguliere therapie, psychische klachten te verminderen bij een variëteit aan aandoeningen¹⁶.
- ➔ Monitoring. Online dienstverlening biedt veel mogelijkheden voor efficiënte monitoring. Dergelijke monitor gegevens kunnen worden gebruikt voor het door ontwikkelen van de interventie (bijvoorbeeld alleen nog de meest effectieve onderdelen aanbieden). Ook kunnen dergelijke gegevens worden gebruikt om sneller in te grijpen wanneer de klachten van cliënten verergeren.

- ➔ Hogere behandelbereidheid. Voor cliënten kan online aanbod een aantrekkelijk alternatief zijn voor, of aanvulling zijn op *face-to-face* begeleiding. Online dienstverlening kan barrières overbruggen wat betreft reizen, afspraaktijden, wachttijden of stigma¹⁷. Door de anonimiteit ervaren cliënten minder schaamte voor hun klachten waardoor ze makkelijker hulp zoeken. Online hulp biedt ook laagdrempelige en anonieme mogelijkheden voor lotgenoten contact en '*peer-learning*'. De anonimiteit kan er voor zorgen dat mensen sneller en meer open over zichzelf zijn, waardoor zij onderlinge sociale steun ervaren of van elkaar leren. Een meerderheid van cliënten met langdurige psychische klachten vindt dan ook dat *e-mental health* (online hulp bij het verminderen van psychische klachten, meestal verzorgd door GGZ-professionals) een verrijking is van *face-to-face* GGZ zorg¹⁸;
- ➔ Toepasbaarheid voor diverse groepen. Onderzoek naar online klachtenbehandeling laat bijvoorbeeld zien dat dit succesvol kan zijn bij mensen van diverse opleidingsniveaus en leeftijden.

Er is echter nog weinig bekend over hoe een online interventie er uit zou moeten zien: Welke (combinatie van) elementen zijn het meest effectief voor het realiseren van optimale arbeidsparticipatie van deze doelgroep?

Focus van het onderzoek

Het verbinden van klinische expertise uit de GGZ met expertise op het gebied van re-integratie in één online instrument is een veelbelovende invalshoek voor het realiseren van optimale arbeidsparticipatie voor werklozen met CMD. In dit onderzoek richten we ons op dan ook op:

Kritische succesfactoren voor online dienstverlening gericht op optimale arbeidsparticipatie van werkzoekenden met veel voorkomende, milde psychische klachten (CMD)

In het onderzoek zijn de volgende kernelementen uitgediept:

Het gaat om **kritische succesfactoren**..

In dit onderzoek brengen we de belangrijkste elementen in kaart waarvan verwacht kan worden dat deze nodig zijn voor een succesvolle online interventie (die de beoogde doelen bereikt). Hierbij is aandacht geweest voor de vorm, de inhoud en de randvoorwaarden van een succesvolle interventie. Deze elementen bieden samen een algemene leidraad voor interventie ontwikkelaars over de factoren waar zij rekening mee moeten houden bij het ontwikkelen van een interventie.

... van **online dienstverlening** ...

In dit onderzoek richten we ons op kritische succesfactoren voor een online interventie. Online dienstverlening biedt informatie, advies of ondersteuning aan via het internet. Hierbij valt te denken aan passieve dienstverlening (bijvoorbeeld informatie op een website over een stoornis), actieve dienstverlening (zoals een zelftest via een *app* of een *serious game*) en interactieve dienstverlening (zoals uitwisseling met lotgenoten of een begeleider via een forum, een *chat* of e-mail)^{19,20}.

... gericht op **optimale arbeidsparticipatie** ...

De dienstverlening is primair gericht op optimale arbeidsparticipatie. De reductie van klachten is uiteraard een positief effect, maar is een middel om het uiteindelijke doel van optimale participatie te behalen. Tegelijkertijd is het zo dat werkgerelateerde interventies klachten reducerend kunnen werken.

... voor **werkzoekenden** ...

Het onderzoek richt zich op interventies voor iedereen die geen ongesubsidieerd regulier werk verricht, ongeacht de uitkeringssituatie.

.... met veel voorkomende psychische klachten (common mental disorders; CMD)

In dit onderzoek staan mensen centraal met veelvoorkomende psychische aandoeningen, oftewel 'common mental disorders'. Dit zijn mild tot matig ernstige psychische klachten zoals een depressie, een burn-out, of een angststoornis. Hoewel het verschillende aandoeningen zijn, is er ook veel overlap tussen de klachten die mensen ervaren (symptomen). Daarnaast hebben cliënten regelmatig last van meer dan één aandoening tegelijkertijd. Angst en depressie komen bijvoorbeeld vaak samen voor. Symptomen die horen bij CMD zijn bijvoorbeeld: concentratieproblemen, een laag zelfbeeld, een verstoord dag-nacht ritme, weinig energie, somberheid, geen plezier kunnen beleven, angst voor sociale interactie, sociaal isolement, moeite met het reguleren van emoties of juist 'niets meer voelen'.

Onderzoeksvragen

Om in kaart te brengen hoe een online interventie voor werklozen met CMD optimaal kan worden ingericht hebben we een onderzoek uitgevoerd^c. Dit onderzoek was gericht op de beantwoording van de volgende vragen:

- 1) Bestaan er bewezen effectieve online interventies die re-integratie bevorderen bij werklozen met CMD?
- 2) Welke kritische succesfactoren kunnen we destilleren uit bestaand bewezen effectief aanbod vanuit de volgende (aanverwante) onderzoeks-, en toepassingsgebieden:
 - Face-to-face re-integratie begeleiding van werklozen (in het algemeen of met ernstige psychische klachten) en van werknemers die zijn ziek gemeld met CMD.
 - Online klachtenbehandeling of gezondheidsbevordering van mensen met CMD.
- 3) Welke effectieve onderdelen moeten terugkomen in een prototype online interventie voor werklozen met CMD: hoe ziet een blauwdruk eruit?
- 4) Welke aandachtspunten en randvoorwaarden voor ontwikkeling en implementatie zijn er?
 - Welke wet- en regelgeving moet in acht worden genomen?;
 - Welke stakeholders moeten betrokken worden en op welke manier?;
 - Welke financieringsmogelijkheden zijn er voor het gebruik van de interventie?^d;
 - Welke vaardigheden en houding vraagt de interventie van de uitvoerende /faciliterende professionals?;
 - Hoe bereik je de doelgroep optimaal? Hoe moet het toeleidingsproces worden ingericht?

Wat komt er in dit rapport aan bod?

Dit rapport start met (literatuur)overzicht van kritische succesfactoren op basis van bewezen effectieve aanpakken uit de werkvelden van online (GGZ)begeleiding, face-to-face re-integratie begeleiding en online begeleiding gericht op klachtenreductie. Daarna beschrijven we de aanvullingen op deze succesfactoren op basis van bijeenkomsten met (ervarings)deskundigen uit de praktijk. Vervolgens presenteren we de algemene uitgangspunten voor de inhoud en (online) vorm van de interventie die we tenslotte vertalen naar een blauwdruk voor een online interventie. In de blauwdruk staat concreet omschreven hoe vorm te geven aan de kritische succesfactoren bij een interventie. Tot slot komen tips en aandachtspunten aan bod voor implementatie en ontwikkeling van een interventie.

^c Hiervoor heeft ZINZIZ subsidie van UWV ontvangen.

^d Een onderzoek naar de financiële haalbaarheid van de blauwdruk maakt hier geen onderdeel vanuit.

Voor wie is dit rapport bedoeld?

Dit rapport kan door beleidsmakers en andere professionals van praktijk organisaties gebruikt worden voor het (door)ontwikkelen van eigen online aanbod gericht op re-integratie van mensen met psychische klachten. Dit kunnen professionals zijn vanuit uit GGZ- of huisartsenzorg (zoals de POH-GGZ^e). Maar ook professionals van re-integratie aanbieders zoals UWV, gemeentelijke sociale diensten, private reïntegratiebedrijven of SW-bedrijven. Daarnaast kunnen de eerste hoofdstukken aan (beleids)onderzoekers een overzicht bieden van bewezen effectieve interventies vanuit de online GGZ en *face-to-face* re-integratie dienstverlening.

Om een impuls te geven aan de samenwerking tussen de GGZ- en re-integratiewereld is dit rapport niet toegesneden op professionals vanuit één van beide werkvelden. Dit betekent dat er mogelijk termen voorbij komen die minder bekend zijn. We hebben dit soort termen zo veel mogelijk toegelicht zodat het rapport leesbaar is voor professionals uit beide werkvelden. Voor professionals die geen behoefte hebben aan de (wetenschappelijke) onderbouwing van de blauwdruk, is er ook een handzamere publicatie gemaakt, waarin de onderbouwing en onderzoeksgegevens niet zijn weergegeven^f.

^e Een praktijk ondersteuner van de huisarts met een GGZ specialisatie, opgeleid om kortdurende behandeling te geven in geval van psychische klachten.

^f Lagerveld & Bennebroek (2015). Blauwdruk van een online interventie voor werklozen met CMD. Tiel: ZINZIZ.

ONDERZOEKSAANPAK

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen, hebben we de volgende activiteiten ondernomen:

1) Interviews met experts.

Bij de interviews met experts hebben we deskundigen uit diverse werkvelden betrokken zoals uit de online dienstverlening, GGZ-zorg, re-integratie of combinaties daarvan. In bijlage 2 is een nadere toelichting op de onderzoeksmethode te vinden, inclusief een overzicht van de benaderde experts. Om te borgen dat het literatuur onderzoek efficiënt, maar ook zorgvuldig verliep hebben we deze experts per mail of telefonisch benaderd met een aantal concrete vragen:

- Kennen zij online re-integratie interventies voor de doelgroep met CMD (of andere experts die hier mogelijk weet van hebben)?
- Welke factoren maken re-integratie voor mensen met CMD met name lastig (op welke factoren zou een interventie moeten aangrijpen)?
- Wat zijn de effectieve elementen van interventies in hun vakgebied wat betreft inhoud, proces, vorm en randvoorwaarden? Hoe groot is het wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van deze elementen?
- Welke mogelijkheden en risico's zien ze voor het toepassen /vertalen van dergelijke elementen naar een online interventie voor deze specifieke doelgroep? En hoe zouden eventuele risico's / nadelen ondervangen kunnen worden?
- Welke relevante literatuur en zoektermen bevelen zij ons aan voor het literatuuronderzoek? Op welke literatuur, theorieën, modellen en/of interventie onderzoek baseren zij hun visie?

2) Literatuuronderzoek.

In het literatuuronderzoek hebben we gezocht naar bestaande interventies die arbeidsparticipatie bevorderen voor werklozen met CMD: zowel online als *face-to-face*. Enerzijds hebben we dit via een systematische literatuursearch gedaan. Daarnaast hebben we gebruik gemaakt van de literatuurtips die uit de interviews met experts naar voren kwamen, de site www.interventiesnaarwerk.nl, ons eigen internationale) netwerk en het 'sneeuwbal' effect. In bijlage 2 is een nadere toelichting op de onderzoeksmethode te vinden, waaronder de gebruikte zoektermen en het aantal 'hits'.

3) Opstellen longlist en shortlist van kritische succesfactoren.

Op basis van de interviews en het literatuuronderzoek hebben we een *longlist* met kritische succesfactoren opgesteld. Om deze lijst in de volgende stap groepsgewijs te kunnen bespreken met deskundigen uit de praktijk hebben we ook een *shortlist* opgesteld. Dit hebben we gedaan door overlappende factoren samen te voegen of te groeperen, en door voorrang te geven aan factoren die niet alleen werden ondersteund door *expert opinion* maar ook onderdeel waren van een bewezen effectieve interventie. De *longlist* en *shortlist* zijn te vinden in bijlage 5. Daadwerkelijk wetenschappelijk bewijs voor effectieve bestanddelen hebben we in de literatuur overigens nauwelijks gevonden. Bij effectstudies werden interventiepakketten onderzocht en was er nauwelijks aandacht voor het onderzoeken van 'werkzame elementen'. Dit betekent dat de meeste kritische succesfactoren die we hieruit afleiden niet los te zien zijn van een bredere context waarin ze onderzocht zijn. Een uitzondering hierbij is de JOBS training, waarbij vergrote *self-efficacy* als verklarende factor voor het re-integratie succes is aangetoond⁹.

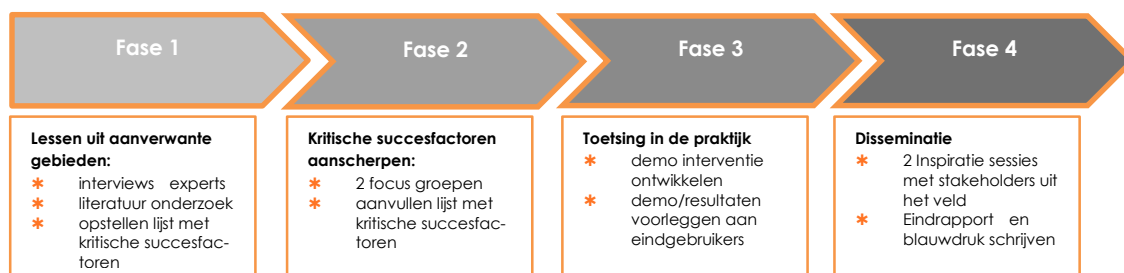
4) Focusgroepen met diverse (ervarings)deskundigen.

Om de lijst met kritische succesfactoren te toetsen aan inzichten uit de praktijk is een groep(ervarings)deskundigen uit diverse werkvelden (online dienstverlening, GGZ, re-integratie of een combinatie daarvan) tweemaal bijeen gekomen. In de eerste bijeenkomst werd gediscussieerd over de lijst met kritische succesfactoren: in hoeverre moest deze lijst worden aangevuld en aangescherpt?

⁹ In de bijlage 5 staan alle succesfactoren uit de aanpalende gebieden op een rij. Per succesfactor is daarbij aangegeven uit welk aanpalend gebied(en) deze naar voren is gekomen, en wat de mate van bewijs is voor deze factor in dit aanpalende gebied.

Voorafgaand aan de focusgroep is de *longlist* schriftelijk voorgelegd en tijdens de groepsgewijze discussie heeft de *shortlist* centraal gestaan. In de tweede bijeenkomst is aan de hand van een casusinterventie (de re-integratie interventie van leerdoelen stellen) gebrainstormd over de mogelijkheden om deze interventie online vorm te geven gericht op de doelgroep van werklozen met CMD. Op basis hiervan is gekeken of de lijst met succesfactoren nog moest worden aangepast.

- 5) Vertaling van de kritische succesfactoren naar uitgangspunten voor de blauwdruk.
Op basis van de aangescherpte lijst met succesfactoren hebben we concrete uitgangspunten geformuleerd voor de vorm, inhoud en randvoorwaarden van een interventie.
- 6) Bijeenkomst met cliënten.
De uitgangspunten voor de interventie zijn aan de hand van een demo-oefening tot slot voorgelegd aan een groep van 7 cliënten^h met CMD en zonder werk.
Bij deze demo-oefening werden niet-helpende gedachten in de context van re-integreren uitgedaagd in de omgeving van de bestaande online interventie 'Grip op je Dip'. In deze demo-oefening waren meerdere belangrijke succesfactoren aanwezig zoals: het interactieve groepsformat onder begeleiding van een professional, en een oefening uit werkgerichte cognitieve gedragstherapie. Omdat online groepsbegeleiding alleen nog maar effectief is gebleken in *chat*vorm, bestond de demo-oefening ook grotendeels uit een groeps-*chat* (en bijvoorbeeld niet met videobellen). Daarnaast maakten deelnemers individueel huiswerk voorafgaand aan de *chatsessie* (lezen van tekst en invullen van een oefening over het uitdagen van niet-helpende gedachten op een afgeschermd deel van een website). Na afloop van de groeps-*chat* werd er *face-to-face* geëvalueerd met de cliënten. Tot slot werd de *short-list* van kritische succesfactoren inclusief de belangrijkste aandachtspunten vanuit de focusgroepen voorgelegd aan de cliënten.
- 7) Opstellen blauwdruk.
De verkregen informatie vormt de basis van de blauwdruk, waarin concreet omschreven staat hoe vorm te geven aan de kritische succesfactoren



Figuur. Schematische weergave onderzoeksproces

^h Deze cliënten zijn geworven via/ waren verbonden aan de Klientenraad, de Reinier van Arkel groep en het Landelijk platform GGZ. Vanwege hun privacy staan hun namen niet vermeld.

LESSEN VANUIT ONLINE RE-INTEGRATIE DIENSTVERLENING

In dit hoofdstuk behandelen we de eerste onderzoeksvraag: *Bestaan er al bewezen effectieve online interventies voor werklozen met CMD die re-integratie bevorderen? En welke lessen zijn hieruit te destilleren?* Op basis van de literatuurstudie kunnen we deze vraag beantwoorden met een duidelijk 'nee': Er zijn geen bestaande online interventies gevonden waarvan vast staat dat zij re-integratie voor werklozen met CMD bevorderen. Omdat er nog geen bewezen effectieve online interventies bestaan voor de doelgroep, hebben we ook verkend welk online re-integratie aanbod er bestaat dat nog niet (wetenschappelijk) geëvalueerd is op effectiviteit. In dit hoofdstuk beschrijven we deze interventies.

Online interventies gericht op werklozen

Er zijn op dit moment nog weinig online interventies gericht op optimale arbeidsparticipatie van werkzoekenden. Wel zijn er bij veel re-integratie partijen zoals UWV, gemeenten of SW-bedrijven ervaring opgedaan met digitale intake-instrumenten zoals Matchcare, Dariuz, Melba, Competensys en de Werkverkenner. Tot slot bestaan er al langer digitale kanalen om vacatures te vinden (zoals werk.nl).

Aanbod UWV

UWV heeft als één van de weinige aanbieders van re-integratie begeleiding (naast gemeenten en private re-integratiebedrijven) ervaring met het ontwikkelen en uitvoeren van digitale ondersteuning bij het vinden van werk. Zo heeft het UWV voor WW-ers en voor mensen met een arbeidsongeschiktheidspercentage onder de 35% (WIA<35%) digitaal aanbod ontwikkeld. Op basis van een interview met een productontwikkelaar van UWV in 2014 kan het volgende aanbod worden onderscheiden:

➔ *E-learning* modules: ongebeide deels actieve interventies.

Hierin komen onderwerpen aan bod als: sollicitatiebrieven en cv schrijven, sollicitatiegesprekken voeren, kennen van je krachten, vinden van vacatures, gebruik van *social media*. Deze zijn altijd en overal beschikbaar voor iedereen. Hierbij is geen interactie met de 'docent' of medecursisten mogelijk. De activiteiten die deelnemers van *e-learning* modules kunnen uitvoeren zijn: het kijken van filmpjes, het luisteren naar en/of lezen van instructies en tips en het uitvoeren van opdrachten (in-vulopdrachten of opdrachten in de dagelijkse praktijk).

De ervaringen zijn overwegend positief. Zo blijkt uit een niet gepubliceerd tevredenheidsonderzoekⁱ van UWV dat deelnemers deze modules beoordelen als 'voldoende' op zaken als duidelijkheid, de lengte, het gebruikersgemak, en de nieuwe inzichten die het opleverde. Ook blijkt uit kwalitatieve observaties dat de gebruikers meer zelfvertrouwen krijgen door het volgen van de modules. Echter, de gebruikers met arbeidsbeperkingen (de WIA<35% groep) geven aan dat het aanbod niet voldoende aansluit op mensen met beperkingen. Een aanvullende kritische noot is dat *e-learning* veel uitval kent. De oorzaak hiervan is nog onvoldoende onderzocht, maar de uitval blijkt niet samen te hangen met demografische klantkenmerken.

➔ *Webinars*: begeide deels interactieve interventies.

Een online seminar waarbij een specifieke groep deelnemers (ongeveer 100) wordt uitgenodigd om met elkaar een *webinar*^j te volgen inclusief de mogelijkheid om online te *chatten*. Ook voeren subgroepen samen opdrachten uit, waarbij ze een afgeschermd *chatgelegenheid* krijgen.

Deze *webinars* worden goed ontvangen, maar deelnemers geven naderhand aan dat zij behoefte hebben om 'verder met elkaar in gesprek gaan'.

ⁱ Deze informatie is verkregen in een interview met een online productontwikkelaar van UWV

^j Een *webinar* is een online vorm van kennisoverdracht waarbij het publiek allemaal tegelijk via een device met internet online aanwezig is. De deelnemers zien of horen de spreker(s) via audio en video en kunnen tegelijkertijd ook de presentatie zien (bijvoorbeeld PowerPoint slides).

Toekomstige ontwikkelingen betreffen bijvoorbeeld een forum (klant-community, deze wordt momenteel gemaakt), de mogelijkheid voor online werkgroepjes bij de e-learning modules, en online coaching door klantmanagers van het Werkbedrijf. Met dit laatste is ook ervaring opgedaan in kleinschalige pilots. Deze online coaching werd positief ontvangen, maar was erg afhankelijk van de kwaliteit van de coach: kan hij signaleren of er behoefte is aan extra begeleiding (en welke dan) en kan hij goed 'tussen de regels door lezen'.

Kritische succesfactoren voor blauwdruk op basis van ervaringen UWV

- Zorg voor goede toeleiding, zodat mensen gemotiveerd zijn als ze starten (het moet relevant voor ze zijn/ gemaakt worden).
- Zorg voor een diagnose aan het begin, zodat je maatwerk kunt leveren (aansluiten bij iemands situatie, voorkennis en bijvoorbeeld ook om te screenen op psychische klachten). De Werkverkenner kan daar bij UWV mogelijkheden voor bieden.
- Zorg dat mensen keuzevrijheid krijgen binnen het aanbod.
- Besteed aandacht aan de gebruikersvriendelijkheid. Zorg bijvoorbeeld dat modules niet te lang zijn en dat een website 'drempelvrij' is zodat het ook toegankelijk is voor mensen met een beperking, bijvoorbeeld <http://www.drempelvrij.nl>. Mocht een online interventie bij een overheidsinstelling worden geïmplementeerd is dat een vereiste.
- UWV onderstreept het belang van (privacy)-regels: die zijn met name voor overheidsinstellingen extra streng m.b.t. het dubbel uitvragen van gegevens, of het stallen van gegevens bij een leverancier.
- Zorg voor goede kwaliteit van de e-coaches.

Individuele trajectbegeleiding

Dit online aanbod (van GGZ Delfland via het platform van Minddistrict) betreft een begeleide individuele interventie gericht op re-integratie van mensen met psychische klachten (niet specifiek CMD). Deze interventie bestaat uit ongeveer 20 sessies waar aandacht wordt besteed aan:

- Standaard sollicitatie aanbod (kennen van je krachten en verbeterpunten, weten welk werk er bij je past, het vinden van vacatures via diverse media, voorbereiden en voeren van een sollicitatiegesprek).
- Enkele minder standaard onderwerpen die niet specifiek zijn voor mensen met psychische klachten;
 - Zoals het in kaart brengen van prioriteiten en welke activiteiten mogelijk gestaakt moeten worden wanneer iemand begint met werken;
 - Informatie over de financiële consequenties van gaan werken vanuit een uitkerings situatie;
- Daarnaast zijn er enkele onderwerpen die meer specifiek zijn voor mensen met psychische beperkingen zoals het omgaan met een 'gat in je cv' en het bespreken van de psychische klachten tijdens een sollicitatiegesprek.

Er is nog geen kwalitatief of kwantitatief onderzoek gepubliceerd over de effectiviteit van deze aanpak.

Kritische succesfactoren

Succesfactoren zijn niet onderzocht, maar de onderscheidbaarheid van regulier sollicitatieaanbod ligt in inhoudelijke aandacht voor:

- Omgaan met een 'gat in je cv' en het bespreken van de psychische klachten tijdens een sollicitatiegesprek

Online interventies gericht op werknemers met CMD

Er zijn enkele gecontroleerde effectstudies verricht naar online begeleiding van (werkgerelateerde) psychische klachten onder werknemers^{21, 22, 23, 24}. Eén van deze studies, die een *blended* vorm van begeleiding heeft onderzocht bij depressieve werknemers, heeft ook naar werkuitkomsten gekeken. Het *webbased* deel van deze interventie (met o.a. probleemoplossende therapie, monitoring van klachten en een participatief werkhervattingsplan) bleek nauwelijks gebruikt te worden, waardoor de effectiviteit ervan niet goed onderzocht kon worden.

Daarnaast hebben enkele lopende studies aandacht voor re-integratie uitkomsten bij werknemers met CMD. Een voorbeeld is een gecontroleerd onderzoek²⁵ naar een nieuwe variant op een eerdere studie, waarin een *collaborative care* model niet in staat bleek werkhervatting te stimuleren bij depressieve werknemers²⁶. De *webportal* in de nieuwe interventie is uitgebreid met toegang op verschillende modules voor langdurig verzuimende werknemers (4-26 weken) met CMD. De individuele zelfhulpmodules voor de verzuimende werknemer betroffen o.a. psycho-educatie over het belang van werkhervatting, PST, huiswerkopdrachten zoals het participatieve werkhervattingsplan en de mogelijkheid om klachten te monitoren. De resultaten van de doorlopen modules werden aan de bedrijfsarts verstuurd, die deze kon gebruiken bij een volgend consult en zo *blended care* kon bieden. De bedrijfsarts werd tegelijkertijd ondersteund door een *decision aid* via email met *collaborative care* elementen zoals de mogelijkheid tot klachtenmonitoring, het bieden van begeleide zelfhulp en het inschakelen van een advies van de psychiater. Bij deze interventie krijgt de cliënt steeds meer de regie en wordt tevens de professional ondersteund in het vergroten van zijn deskundigheid en begeleiding. Het leidt ook tot ethische dilemma's over privacy van data, welke bijvoorbeeld wel of niet beschikbaar zijn voor werkgevers of bedrijfsartsen. De controlegroep kreeg standaardzorg. De voorlopige ervaringen lijken veelbelovend.

Een ander lopend onderzoek uit Duitsland²⁷ gaat de effecten in kaart brengen van een online programma dat werkhervatting begeleidt bij verzuimende werknemers met stressklachten na een ziekenhuisopname. Deelnemers worden hiervoor geworven bij revalidatieklinieken (voor psychosomatische, orthopedische of hartaandoeningen) bij mensen die vanuit die klinieken meedoen aan een stressmanagement groepstraining. De interventiegroep krijgt na deze groepstraining het online nazorgprogramma aangeboden met wekelijkse huiswerkopdrachten, therapeutische feedback, een patiënten forum, een zelftest en ontspanningsoefeningen. De controlegroep krijgt regelmatig e-mails toegestuurd met informatie over stressmanagement. De uitkomstmaten zijn mate van werkhervatting, risico op pensioen, werkstress, mentale en fysieke gezondheid.

Samengevat

We hebben **geen** bestaande online interventies gevonden die re-integratie voor werklozen met CMD bevorderen. Geen van de genoemde succesfactoren in dit rapport zijn dus specifiek onderzocht in een online format voor werklozen met CMD en in relatie tot re-integratie succes. Dit resultaat onderstreept meteen ook het belang van het ontwikkelen en evalueren van online aanbod voor deze doelgroep.

Er bestaan enkele online re-integratie interventies voor werklozen en werknemers, die nog niet (wetenschappelijk) geëvalueerd zijn op effectiviteit of waarvan het onderzoek nog niet is afgerond. Omdat de gevonden bestaande online interventies niet bewezen effectief zijn kunnen we niet spreken van 'succesfactoren'. Eén van deze bestaande online interventies is gericht op werklozen met psychische klachten. Opvallend aan deze interventie is de aandacht voor het communiceren over de psychische klachten en hieraan gerelateerd het verklaren van een 'gat in je cv' tijdens een sollicitatiegesprek. Dit is mogelijk een relevant onderwerp om op te nemen in de blauwdruk.

LESSEN VANUIT FACE-TO-FACE RE-INTEGRATIE INTERVENTIES

In dit hoofdstuk beantwoorden we een deel van de tweede onderzoeksvraag: *Welke kritische succesfactoren kunnen we destilleren uit bewezen effectief aanbod vanuit face-to-face re-integratie begeleiding?* Bij het doorzoeken van de wetenschappelijke literatuur zijn we geen (bewezen effectieve) online interventies tegengekomen die re-integratie van mensen met CMD bevorderen. In dit hoofdstuk beschrijven we daarom een aantal *face-to-face* interventies die bewezen effectief zijn in het bevorderen van re-integratie werklozen (in sommige gevallen ook specifiek voor werklozen met CMD) en uitgevallen werknemers met CMD. Per interventie presenteren we de kritische succesfactoren die hieruit te destilleren zijn. De kritische succesfactoren wat betreft inhoud en begeleidingsvorm kunnen een uitgangspunt vormen voor het ontwikkelen van een online variant.

Face-to-face interventies gericht op re-integratie voor werklozen

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar interventies die werklozen daadwerkelijk helpen om de kans op het vinden van werk te vergroten. Een recente meta-analyse heeft de effectieve bestanddelen van re-integratie interventies voor werklozen in kaart gebracht op basis van 47 studies met in totaal 9575 werkzoekenden vanuit verschillende (voornamelijk Westerse) landen²⁸. De analyse laat zien dat interventies alleen effectief zijn wanneer ze aandacht besteden zowel aan het versterken van vaardigheden, als aan het vergroten van motivatie. Daarnaast waren interventies effectiever wanneer ze 1 of meer van deze 6 onderdelen bevatten:

- 1) Aanleren van werkzoek-vaardigheden
- 2) Aanleren van vaardigheden om jezelf te presenteren
- 3) Vergroten van *self-efficacy*
- 4) Stimuleren van proactief gedrag
- 5) Stimuleren tot het stellen van doelen
- 6) Organiseren of stimuleren van sociale steun.

Voor het leren omgaan met stress (zoals ontspanningsoefeningen, cognitieve gedragstherapie of jezelf wapenen tegen tegenslag) konden de onderzoekers nog geen eenduidige conclusie trekken.

Een overzicht van bestaande re-integratie interventies die in Nederland beschikbaar zijn, is te vinden op www.interventiesnaarwerk.nl, maar deze zijn niet allemaal (wetenschappelijk) onderzocht. Er zijn enkele *face-to-face* interventies die bewezen effectief zijn in het bevorderen van re-integratie kansen vergeleken met een controlegroep. Dit zijn:

- 1) Winning New JOBS training;
- 2) Werkgerichte Psychodynamische behandeling;
- 3) De leerdoel-oriëntatie training;
- 4) IPS / Supported Employment;
- 5) Self-efficacy training;
- 6) Werkgevers-arrangement.

Een zevende potentiële interventie 'Beweging als warming-up voor re-integratie' hebben we buiten beschouwing gelaten omdat de controlegroep uit deze studie bij aanvang onvergelykbaar was met de interventiegroep wat betreft de mate van arbeidsparticipatie. De fysieke groepstrainingen van deze interventie had echter wel bemoedigende resultaten wat betreft het versterken van arbeidsparticipatie²⁹.

Van de effectieve re-integratie trainingen voor werklozen in het algemeen zijn er twee onderzocht in een populatie van werklozen met CMD (de 'Winning new JOBS training' en de 'werkgerichte psychodynamische behandeling'). Daarnaast is er binnen de leerdoelinterventie wel ervaring opgedaan met het trainen van mensen met CMD.

Winning New JOBS training voor werklozen

De JOBS-trainingen werden ontwikkeld in 1981 aan de Universiteit van Michigan, oorspronkelijk als depressie-preventieprogramma. Dit trainingstraject probeert onder andere de *self-efficacy* te verhogen, leert mensen om te gaan met tegenslag en oefent met vaardigheden die van belang zijn bij re-integratie. Het bestaat uit een groepstraining (voor zo'n 8-20 deelnemers), van 5 dagdelen in 1 week, begeleid door 2 trainers. De resultaten zijn niet alleen positief door de toename van de kans op het vinden van een baan, maar ook door de verbetering van de mentale gezondheid. Effecten op het vinden van een baan worden met name op de langere termijn gevonden (vanaf 6 maanden tot 2 jaar na de training) en zijn daarnaast sterker voor mensen die bij aanvang een groter risico hadden op depressie (mensen met een klinische depressie werden echter uitgesloten van deelname aan het onderzoek)^{30,31,32}. De training is ook onderzocht bij Nederlandse deelnemers die langdurig werkloos waren³³.

Onderzoek laat zien dat de positieve effecten op het vinden van een baan vooral worden bereikt via het versterken van *self-efficacy*. Het versterken van de *self-efficacy* wordt in de JOBS training vorm gegeven doordat de trainers consequent vijf mechanismen toepassen die bewezen effectief zijn bij het tot stand brengen van gedragsverandering en motivatie. Dit zijn:

- Actief leren (mensen zelf laten oefenen en ervaren);
- Sociale steun (een steunende groep creëren en een steunende trainer);
- Gedrag sturen (door effectief gedrag te bekrachtigen en ineffectief gedrag te negeren);
- Anticiperen en overwinnen van tegenslag;
- *Referent power* van de trainer (de trainer stuurt het groepsproces, is onvoorwaardelijk steunend aan de deelnemers, neemt geen expertrol aan, verkleint de sociale afstand en oefent door deze houding een natuurlijk gezag uit).

Inhoudelijk komen zaken aan bod als het: kennen van je krachten, wegnemen van twijfels bij een werkgever, sollicitatiegesprekken voeren, het vinden van vacatures via netwerken, en het brainstormen over obstakels voor het vinden van werk en oplossingen daarvoor. Onderwerpen als 'kennen van je krachten, sollicitatiegesprekken voeren en vacatures vinden (via netwerken) komen ook veel voor in reguliere sollicitatietrainingen die minder effectief bleken dan de *Winning New JOBS* training.

Kritische succesfactoren:

Net als in standaard re-integratie trainingen werd bij de *Winning New JOBS* aandacht besteed aan het versterken van werkzoekvaardigheden. Het verschil in effectiviteit ten opzichte van andere sollicitatietrainingen ligt waarschijnlijk vooral in:

- De vorm: het consequent toepassen van strategieën voor gedragsverandering, die allemaal de *self-efficacy* versterken. Dit vraagt veel van de kwaliteit van de professional.
- En de inhoudelijke onderwerpen gericht op: in kaart brengen van obstakels en oplossingen hiervoor verzinnen (o.a. oefenen met twijfels wegnemen bij een werkgever).

Winning new JOBS training voor werklozen met CMD

In Ierland is de 'Winning new JOBS training' onderzocht in een gecontroleerde (maar niet gerandomiseerde) studie, waarin ook een subpopulatie (N=44) zat van mensen met psychische klachten (voornamelijk angst en depressie)³⁴. De meerderheid was 12 maanden of langer werkloos. De effecten werden vergeleken met deelnemers die wel GGZ-zorg kregen, maar geen JOBS training. Het JOBS protocol was aangepast aan de Ierse setting, maar niet aangepast specifiek voor mensen met CMD. Binnen 4 maanden werd wel een verschil in re-integratie succes gevonden ten gunste van de JOBS groep (31% versus 21%), maar dit was niet significant. Andere studies naar de JOBS training hebben echter ook vaak pas effecten op uitstroom gevonden vanaf 6 maanden. Binnen de termijn van 4 maanden leidde de training wel tot significante verbetering van *self-efficacy*. In de groep met psychische klachten leken de effecten wat later op te treden. Alle deelnemers waren positief over de training (bijvoorbeeld over de steun van de trainer), waarbij de groep met CMD opvallend positiever en tevredener was dan de groep zonder CMD. Het reguliere 'Winning new JOBS' programma lijkt dus ook goed toepasbaar en er zijn aanwijzingen voor de effectiviteit hiervan voor de doelgroep met CMD.

Daarnaast is in de Verenigde Staten een aangepaste versie van de 'Winning New JOBS training' ontwikkeld die in een longitudinale gecontroleerde studie is onderzocht bij mensen met sociale fobie. De voorlopige resultaten laten een positieve invloed zien op re-integratie kansen³⁵. De deelnemers kwamen uit een 'zware groep' met bijvoorbeeld ook daklozen en mensen met schulden, een crimineel verleden, en minimaal 1 jaar werkloosheid. Deze mensen werden geworven via een re-integratie service (toegankelijk voor iedereen die hulp wil bij het vinden van een baan met of zonder uitkering). Een groot deel van deze populatie (23%) bleek sociale fobie te hebben (ten opzichte van 4% in de algemene populatie). Omdat laag geletterdheid bij (langdurig)werklozen relatief vaak voorkomt³⁶, is het programma ook doorontwikkeld om het beter te laten aansluiten bij de lees- en schrijfvaardigheid van de deelnemers. Deelnemers kregen bijvoorbeeld bij het registreren van gedachten (situatie, gedachte, gevoel, gedrag) kaartjes met kernwoorden die ze konden kiezen of zelf invullen, en werden de details alleen mondeling besproken.

De training (*Boosting your people skills*) werd uitgevoerd door re-integratie professionals en bestond uit 8 groepssessies (2 per week). Bij het ontwerp van deze interventie zijn effectieve elementen uit reguliere therapie voor sociale fobie (cognitieve gedragstherapeutische principes) gecombineerd met het JOBS programma. Dit aangepaste JOBS programma is niet vergeleken met het reguliere JOBS programma. Daarom is het nog niet duidelijk of deze aanpassing noodzakelijk was voor deze doelgroep of dat ze net zoveel hadden geprofiteerd van de reguliere JOBS training.

Kritische succesfactoren

Voor deze training is nog geen empirisch onderzoek gedaan naar de werkzame bestanddelen maar de volgende elementen zijn volgens de onderzoeker/ontwikkelaar van belang:

- Werkgerichte cognitieve gedragstherapie
Gebruikmaken van cognitief gedragsmatige interventie technieken, die zoveel mogelijk op werk en re-integratie gericht zijn (zoals psycho-educatie, exposure en registratie van -irreële- gedachten)
- De JOBS trainingsstijl
Zoals het actief leren /de interactieve component, het kunnen leren zonder nadruk op 'fouten', de positieve bejegening en de houding van de trainer (die zich niet als expert opstelt).
- Oefenen van vaardigheden van belang voor werk vinden en werkbehoud.
Inhoudelijk kwamen hiervoor verschillende oefeningen uit het JOBS protocol aan bod (zoals inzicht krijgen in je krachten, het overwinnen van obstakels, hoe vacatures te vinden). Daarnaast kwamen oefeningen aan bod over 'hoe professioneel assertief te zijn op het werk', en 'het belang van je leidinggevende informeren over zowel dingen die lastig vind, als die goed zijn gegaan'. Of en hoe je open bent naar je leidinggevende over je sociale fobie (*disclosure*) was geen onderwerp.
- De interventie laten aansluiten bij de lees- en schrijfvaardigheid van de deelnemers.

Werkgerichte psychodynamische behandeling voor werklozen met CMD³⁷

Psychodynamische therapie heeft hoofdzakelijk tot doel het intermenselijk functioneren te verbeteren (omgaan met jezelf en anderen) door meer zelfinzicht en bewustzijn van het dynamische samenspel tussen zelfbeeld, verlangens en emoties. Aan reguliere psychodynamische behandeling werd een werkgerichte component toegevoegd. Deze intensieve behandeling bestond uit zowel groepsessies als individuele sessies, gericht op het individu, het lichaam (o.a. ontspanningsoefeningen, fysieke training en creatieve therapie). Daarnaast deden de deelnemers een (onbetaalde) stage op een werkplek (bijvoorbeeld administratief werk, dataverwerking, tuin onderhoud, winkel werkzaamheden). Het is onduidelijk hoe deelnemers aan deze stageplek kwamen. De ervaringen op het werk werden 2 keer per week besproken in een sessie samen met een maatschappelijk werker en een psychotherapeut (dit resulteerde in 6 extra dagen begeleidingstijd t.o.v. reguliere therapie). Daarnaast was er een driegesprek over de voortgang met de cliënt, de maatschappelijk werker en de leidinggevende. In totaal nam het programma maximaal 4 weken in beslag. Door de stageplek konden deelnemers en hun begeleiders goed zicht krijgen op problemen op het werk, aan de slag gaan met deze problemen zowel op het werk als in de therapie, en konden deelnemers strategieën aangeleerd bij de therapie toepassen op het werk.

De resultaten laten zien dat de behandeling met name op de lange termijn effectief is in het stimuleren van re-integratie en (ook op korte termijn) in het creëren van een meer optimistische houding t.o.v. re-integratie kansen. In de interventie groep was bij aanvang 50% werkloos, na 12 maanden was dit 34% en na 2 jaar 20%. In de controle groep was dit respectievelijk 46%, 44% en 41%. Dit effect is echter wel behaald voor een groep die gemotiveerd was om een werkgerichte interventie te volgen. Bijna de helft van de geselecteerde deelnemers weigerde namelijk mee te werken aan de werkgerichte interventie. Deze weigeraars verschilden op baseline factoren (waaronder de klacht diagnose) echter niet van mensen die wel meededen.

Deze werkgerichte psychodynamische therapie onderzocht bij mensen waarvan de meerderheid CMD ervoer zoals stemmingsstoornissen, somatisch onverklaarde lichamelijke klachten en angst (bijna 80%). De kritische succesfactoren die voor deze behandeling gelden, gelden dus ook specifiek voor de populatie met CMD.

Kritische succesfactoren

Effectieve elementen zijn niet empirisch onderzocht, maar liggen volgens de onderzoekers in:

- De deelnemers krijgen de mogelijkheid om in een realistische werksetting te oefenen met gedragsveranderingen uit de therapeutische setting en in een realistische setting leren omgaan met toenemende werk-eisen;
- Ook konden mensen hun werk(zoek) vaardigheden trainen in een realistische werksetting zoals het voeren van een sollicitatiegesprek voor de stage, op tijd komen, feedback ontvangen, etc.);
- Het werk werd echt betrokken in de begeleiding, bijvoorbeeld door dat de feedback en ervaringen van de leidinggevende samen werden besproken, en ook weer input vormde voor de therapie.

De leerdoel-oriëntatie training voor werklozen³⁸

In een training van ongeveer 1 dagdeel werden groepjes van ongeveer 5 personen getraind in het stellen van leerdoelen (in plaats van prestatiedoelen) in het kader van hun re-integratieproces. In de training werd aandacht besteed aan: het motto van de training (zie deze training als een hulpmiddel om vaardigheden te verbeteren in het zoeken naar werk'), wat de deelnemers afgelopen tijd hadden geleerd over werk zoeken (zowel in positieve als in negatieve zin), een uitleg over leerdoelen met voorbeelden, in een werkboek zelf oefenen met het stellen van leerdoelen, het evalueren van deze leerdoelen, het

bespreken van eventuele obstakels en het uitwisselen van feedback (van de trainer en tussen deelnemers onderling).

Mensen die de training gevolgd hebben besteden meer tijd aan werk zoeken, zetten hun intenties vaker om naar daadwerkelijke werkzoek-activiteiten en vinden sneller een baan. Na acht weken bleek 33% van de deelnemers aan de leerdoelgroep een baan te hebben gevonden ten opzichte van 10% in de vergelijkingsgroepen (prestatiedoel-training en een enneagram-training).

Van de doeloriëntatie interventie is een online module gemaakt die werd aangeboden via een Nederlands re-integratie bureau (dit werd ingebed in het re-integratieplan). De module bestond uit individuele begeleiding (geen groep) waarbij een cliënt leerdoelen stelde en hierop van een online coach feedback kreeg. Deze module is niet specifiek uitgetest op, of gemaakt voor mensen met CMD. Dit is uiteindelijk om zakelijke redenen gestopt (niet inhoudelijk, of omdat het niet leek te werken). Er is geen effect onderzoek naar gedaan. Deze module is dus niet meer beschikbaar.

Kritische succesfactoren

Effectieve bestanddelen en randvoorwaarden zijn niet empirisch onderzocht, maar liggen waarschijnlijk in:

- Het anders bekijken van faalervaringen (er over nadenken in termen van wat je ervan kunt leren);
- Het stimuleren van mensen om andere en diverse strategieën uit te proberen (dan ze altijd al deden, en niet mee vooruit kwamen) om aan het werk te komen;
- Daarnaast in het algemeen het bevorderen van leren bij het zoeken naar werk;
- Het formuleren van tussendoelen (zodat er kleine succeservaringen kunnen zijn);
- Het groepsformat.

Randvoorwaarden voor een effectieve leerdoeltraining zijn:

- Er moet vertrouwen zijn tussen de trainer en de deelnemer, en de deelnemer moet gesterkt worden in zijn zelfvertrouwen. Dit gebeurt vooral doordat mensen kleine stappen zetten/tussendoelen stellen, waarmee ze succes boeken. Zodra die vertrouwensband er is kan een trainer ook meer 'confronterende' technieken toepassen zoals: "*Je wilt leren een sollicitatiebrief schrijven: ik heb het idee dat dit niet echt is waar het bij jou om gaat*".
- 'Practice what you preach'. Het vraagt van de trainer dat hij/zij laat zien dat fouten maken okay is door zelf ook fouten te maken of deze toe te geven.
- Inlevingsvermogen. Daarnaast moet een trainer goed aanvoelen of het leerdoel dat iemand stelt ook echt bij iemand past, en de deelnemer verder kan verder helpen ("*Is dit echt het onderliggende probleem, adresseert dit leerdoel het belangrijkste obstakel om te re-integreren?*").

De leerdoel-oriëntatie training voor werklozen met CMD

Hoewel de leerdoelen interventie niet specifiek is ontworpen voor of onderzocht binnen een doelgroep met CMD, lijkt deze wel goed toepasbaar voor deze doelgroep. Uit het interview met de onderzoeker en trainer bleken er regelmatig mensen met CMD aan de training deel te nemen, zoals met sociale fobie.

Kritische succesfactoren

Kritische succesfactoren voor mensen met CMD zijn niet onderzocht. Op basis van de ervaringen in de training noemt de onderzoeker/trainer aantal mogelijke kritische succesfactoren specifiek voor mensen met CMD:

- Leerdoelen stellen over het omgaan met angst in het kader van werkzoek-activiteiten. Voor mensen met sociale fobie betreft dit bijvoorbeeld 'leren omgaan met de angst bij solliciteren', of 'gespecialiseerde hulp durven te zoeken';
- Leren jezelf niet negatief te vergelijken met anderen, en het meer bij jezelf houden (met name voor depressieve deelnemers). Hiervoor kan een groepsinterventie wellicht een grote uitdaging zijn, maar het biedt ook veel leermogelijkheden;
- Bij groepsinterventies: extra aandacht voor veiligheid. Het is van belang om voldoende tijd in te ruimen voor het creëren dan een veilige omgeving /veilige groep (in plaats van direct aan de slag gaan).

Individual Placement and Support (IPS) voor werklozen met ernstige psychische klachten

IPS is een vorm van *supported employment* en heeft als hoofddoel om werkzoekenden te helpen bij het vinden van betaald werk. Het is een (kosten) effectieve re-integratie interventie voor mensen met ernstige en langdurende psychische klachten³⁹. IPS kent verschillende uitgangspunten (zie kader), waarvan een belangrijke is dat volgens het '*first place then train*' principe wordt gewerkt. Deelnemers aan IPS starten dus zo snel mogelijk in een betaalde baan. In veel studies werd IPS vergeleken met interventies volgens het '*first train then place*' principe, zoals sollicitatietrainingen, stages, werkervaringsplekken of andere vormen van gesubsidieerde banen. Een review artikel gebaseerd op 11 gerandomiseerde onderzoeken laat zien dat IPS voor 61% van de deelnemers leidde tot betaald werk, tegenover 23% in controle groepen waar volgens het '*train then place*' principe werd gewerkt⁴⁰.

Kritische succesfactoren

IPS hanteert verschillende uitgangspunten, die ook wel als kritische succesfactoren gezien kunnen worden:

- De vrijwillige component: Alleen mensen die gemotiveerd zijn om een baan te vinden doen mee, waarbij wordt gezocht naar een werkplek die is afgestemd op individuele voorkeuren (geen verplichting om een baan van een bepaalde aard of omvang te accepteren).
- Het zoeken naar werk (en mogelijk starten in een baan) gaat snel van start, vanuit het '*First place then train*' principe. De cliënt beslist zelf of de professional of hijzelf contact legt met een werkgever, en of de werkgever op de hoogte wordt gebracht van de psychische problemen.
- Nauwe samenwerking van klinische en re-integratie professionals (bijvoorbeeld vanuit 1 locatie, met overleggen in multidisciplinaire teams).
- Maatwerk begeleiding aan de cliënt en de werkgever (doorlopend, en zonder tijdslimiet). De begeleiding gaat door nadat iemand is gestart met een baan. Deze *jobcoaching* moet zich zowel op de betreffende werknemer richten als ook op zijn sociale en fysieke werkomgeving. Ook het perspectief van de werkgever en inzicht in de bedrijfsvoering zijn hierbij van belang. Er wordt informatie gegeven over uitkeringen en financiële regelingen die IPS ondersteunen.

Een recente richtlijn voor mensen met ernstige psychische klachten geeft ook enkele aandachtspunten mee voor de re-integratie (werk vinden en werk behouden) van deze doelgroep⁴¹:

- ➔ Ondersteun werkgevers en cliënten actief bij het zoeken naar mogelijkheden voor subsidies, het inzetten van externe begeleiding en stages (in plaats van alleen maar te informeren). Tevens dient bij beide partijen (werkgever en werknemer) de angst voor risico's (zoals financiële achteruitgang en extra kosten) verminderd te worden.
- ➔ Bied IPS zo modelgetrouw mogelijk aan (dus conform de uitgangspunten van IPS) voor mensen met ernstige psychische aandoeningen die een reguliere betaalde baan wensen (te behouden).
- ➔ Om IPS in Nederland met succes te kunnen implementeren, is het onder meer noodzakelijk dat er een bij de IPS-praktijk passende financiering beschikbaar komt.
- ➔ Zet actief in op het bevorderen van arbeidservaring, startkwalificaties, integrale zorg- en arbeidsbegeleiding, benefit-coaching, zelfmanagement en copingvaardigheden.
- ➔ Besteed, ook voor de doelgroep met ernstige psychische klachten, aandacht aan algemene principes voor het bevorderen van duurzame inzetbaarheid in het reguliere arbeidsproces (zoals bevorderen van autonomie, passende taak(omvang), taakvariatie, sociale steun, beloning- en taakzekerheid).
- ➔ Houd bij het zoeken en behouden van passend werk rekening met de psychiatrische stoornis, de beperkingen die dat meebrengt voor het werk en de eisen van de specifieke werkplek om de plaatsing en de begeleiding op de werkplek te optimaliseren.
- ➔ Zet interventies in op zowel persoonlijke factoren (zoals cognitieve beperkingen en ernstige depressieve klachten) als op omgevingsfactoren (zoals de werkomgeving en de thuissituatie) en op de interactie daartussen. Hierbij dient men oog te hebben voor wat beïnvloedbaar is en wat niet.

IPS voor werklozen met CMD

De verwachting is wel dat principes uit IPS ook kunnen werken voor werklozen met CMD⁶. Hoewel er in de praktijk ook mondjesmaat ervaring is met het toepassen van het IPS-model voor meer common mental disorder zoals depressie, is hier nog geen wetenschappelijk onderzoek naar gedaan. In een Noorse studie is een aangepast IPS protocol ontworpen voor mensen met een depressie of angststoornis dat soortgelijke uitgangspunten kent als de klassieke IPS voor werklozen met ernstige klachten⁴². Zo gaan 2 type professionals samen op 1 locatie en in multidisciplinair overleg samenwerken. Dit zijn 'mentoren' die uitgebreide ervaring hebben als GGZ professional (ergotherapeuten, maatschappelijk werkers en verpleegkundigen) en 'loopbaanadviseurs' die ervaring hebben met recruitment in het bedrijfsleven. Naast de algemene IPS elementen, is er specifieke aandacht voor:

- ➔ Het maken van een realistisch 'loopbaanplan' op maat, dat gedurende het traject steeds wordt geëvalueerd.
- ➔ En wordt het aangepaste IPS traject uitgevoerd door een onafhankelijke instelling (geen uitkeringsverstrekker of gezondheidszorginstelling)

Het onderzoek naar de effectiviteit van deze aangepaste IPS aanpak loopt nog.

De self-efficacy training voor werklozen⁴³

De *self-efficacy* training omvat 8 sessies en is ontwikkeld op basis van 'gedragsmodeling'. Deelnemers kregen filmpjes te zien van sollicitatiegesprekken, bediscussieerden deze, gingen daarna in rollenspellen gesprekken naspelen en kregen hierop aanmoedigende feedback van de trainer en de andere deelnemers. Hiermee verwachtten de onderzoekers *self-efficacy* te kunnen versterken voordat mensen daadwerkelijk werkzoek-activiteiten gingen verrichten. Een gerandomiseerd effectonderzoek onder 88 Israëlische deelnemers, liet zien dat de training *self-efficacy* verhoogde. Bij mensen met een lage *self-efficacy* voorafgaand aan de training, zorgde de toename van de *self-efficacy* ook voor een toename

in werkzoek-activiteiten en het sneller vinden van werk. De deelnemers waren gemiddeld 8 weken werkloos. Het is onbekend of deze training is onderzocht bij werklozen met CMD.

Kritische succesfactoren

Werkzame elementen zijn niet empirisch onderzocht, maar worden door de auteurs gezocht in:

- Het versterken van self-efficacy (voorafgaand aan daadwerkelijke werkzoek-activiteiten)
- Modeling van effectief gedrag (door middel van filmpjes)
- Verbale aanmoediging en steun van de trainer en mede deelnemers.

Werkgevers-arrangement voor werklozen⁴⁴

Een recent onderzoek laat zien dat het inzetten van een werkgevers-arrangement effectief is in het stimuleren van re-integratie vanuit de WWB. Vanaf 35 weken na aanvraag van een uitkering had deze interventie een positief effect op inkomen uit werk, ten opzichte van geen begeleiding. Dit onderzoek werd uitgevoerd onder nieuw ingestroomde WWB-ers van 27 jaar en ouder van wie verwacht werd dat zij over voldoende basisvaardigheden beschikten om binnen zes maanden naar werk uit te stromen.

Deze werkgevers-arrangementen bestonden uit: 'directe baanbemiddeling, proefplaatsing en/of loonkostensubsidie'. Vanuit het Werkgever Service Punt (WSP) van de gemeente werd contact gezocht met werkgevers en vond matching plaats tussen WWB-ers en vacatures. Dit laatste kon door middel van een proefplaatsing of een loonkostensubsidie, maar ook door het direct doorverwijzen naar uitzendbureaus. De manier waarop klantmanagers en het WSP de werklozen naar werk hebben begeleid (zoals ruimte voor individuele voorkeuren, of gebruik van motiverende gespreksvoering) staat niet beschreven.

Door het design van dit experimentele onderzoek zijn de effecten van de interventie zo zuiver mogelijk in kaart gebracht (bijvoorbeeld los van eventuele invloed van het seizoen, de klantmanager, of lokale arbeidsmarkt). Uit dit zelfde onderzoek bleek dat het instellen van een werkzoek-periode (4 weken opschorten van eventuele start van de WWB uitkering) ook leidde tot 20 procentpunt minder WWB-instroom en tot meer inkomen uit werk. Deze maatregel werkte vooral voor hogeropgeleiden maar had geen effecten voor laagopgeleiden ouder dan 40 jaar. Deze zoekperiode werd niet opgelegd in schrijnende gevallen, waar sprake was van ernstige financiële problemen. In de praktijk waren psychische klachten voor bijna 90% van de klantmanagers een reden om geen zoekperiode op te leggen. Hierbij is wel de vraag in hoeverre de klantmanagers in staat waren psychische klachten van hun klanten goed te signaleren.

Kritische succesfactoren

Werkzame elementen zijn niet empirisch onderzocht, en worden ook niet benoemd door de auteurs. Het belangrijkste element van deze interventie was:

- Directe bemiddeling naar werkgevers door een professional

Lopende studies naar re-integratie begeleiding van werklozen met CMD

Hoewel er dus weinig studies zijn die een interventie gericht op re-integratie hebben geëvalueerd of specifiek hebben ontworpen voor mensen met CMD, lopen er wel enkele onderzoeken in Nederland die hier waarschijnlijk nieuwe kennis over gaan genereren. Bijvoorbeeld:

- * Een project van de VU waarin een participatieve ondersteunende re-integratie interventie is ontwikkeld en wetenschappelijk wordt geëvalueerd, waar geïntegreerde zorg en zo snel mogelijke plaatsing in een betaalde baan onderdeel van zijn⁴⁵. De deelnemer wordt zelf actief betrokken bij het maken van een plan van aanpak voor werkhervatting. Op basis van dit plan van aanpak wordt door re-integratiebureaus gezocht naar passend werk. De verzekeringsarts van UWV overlegt met mogelijke behandelaren, zodat aan deelnemer geen tegenstrijdige adviezen worden gegeven. De doelgroep betreft mensen in de Ziektewet^k met CMD.
- * Een project van de Erasmus Universiteit, waarin het EXIT programma wordt onderzocht op effectiviteit. De EXIT methodiek is ontwikkeld voor bijstandsgerechtigden met multiproblematiek (waaronder psychische klachten), waarbij de gemeentelijke Sociale Dienst intensief samenwerkt met GGZ instelling. Het is een intensieve, multidisciplinaire aanpak van psychische, sociale of maatschappelijke problemen die een belemmering vormen voor werkhervatting. Professionals uit verschillende disciplines hebben samen overleg waar de trajectplannen en voortgang van deelnemers wordt besproken. Zo is er een maatschappelijk werker betrokken (bijvoorbeeld voor schulden of huisvestingsproblemen), een acquisiteur van de gemeente (voor de begeleiding naar de arbeidsmarkt), psycholoog en een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (voor diagnose, het behandelen van de psychische klachten vanuit het perspectief van werk of dagbesteding en doorverwijzen) en een regisseur. Een niet gecontroleerd pilot onderzoek over 2009 tot 2012 laat zien dat gemiddeld 23% uitstroomt naar werk⁴⁶.

Face-to-face re-integratie interventies voor uitgevallen werknemers met CMD

De reviews en meta-analyses^{47,48} die gedaan zijn naar effectieve *face-to-face* re-integratie interventies voor werknemers met CMD laten zien dat het trekken van robuuste conclusies lastig is. Dit komt hoofdzakelijk doordat er te weinig studies zijn van voldoende kwaliteit (gerandomiseerd effect onderzoek). Onderzoeken naar werkende mechanismen of effectieve bestanddelen zijn al helemaal schaars. Toch vallen er veel lessen te leren uit de onderzoeken uit het afgelopen decennium. Interventies^{49,50,51,52} die bewezen hebben bijgedragen aan (snellere) werkhervatting hebben verschillende elementen gemeen.

Kritische succesfactoren

Succesfactoren bij de re-integratie van werknemers met CMD:

- Combineren cognitief gedragstherapeutische en/of probleemoplossende technieken met een focus op het werk en werkhervatting;
- Tijdige werkhervatting: een niet klacht-gestuurde aanpak;
- Stimuleren van graduele (stapsgewijze) werkhervatting om (kleine) succeservaringen te borgen;
- Combinatie van interventies gericht op het individu en de werkomgeving;
- De werkgever faciliteert (tijdelijke) werkaanpassingen;
- Uitvoering door professionals die in staat waren om werkaspecten en geestelijke gezondheidszorg aspecten te integreren.

Alle interventies die bewezen bijdragen aan werkhervatting vertoonden een aantal overeenkomsten:

- De interventies combineerden cognitief gedragstherapeutische en/of probleemoplossende technieken met een focus op het werk en werkhervatting. Deze werkfocus werd onder andere vorm gegeven door psycho-educatie over psychische klachten en werk (bieden van een verklaring, perspectief en het belang van werk voor de mentale gezondheid benadrukken), het opstellen van

^k Mensen die onder de Ziektewet vallen kunnen arbeidsrechtelijke dienstverlening ontvangen van UWV. Hieronder vallen zieke WW-ers, maar ook zieke mensen die geen werkgever meer hebben, zoals degenen van het dienstverband afloopt tijdens ziekte (de zogenaamde 'vangnetters').

een arbeidsanamnese, het maken van een werkhervattingsplan op maat, en het versterken van probleemoplossende of coping vaardigheden om effectiever te kunnen omgaan met barrières op het werk of tijdens het werkhervattingsproces.

- ➔ De interventies stimuleerden tijdige werkhervatting: een niet klacht-gestuurde aanpak. Gedeeltelijke werkhervatting werd gestimuleerd ook voordat de klachten volledig waren verdwenen (bijvoorbeeld binnen 1 tot 2 maanden na de start van het ziekteverzuim). Op deze manier werd het contact met het werk zo snel mogelijk hersteld, en werd de drempel om te hervatten zo laag mogelijk gehouden. Daarnaast hadden mensen hierdoor de mogelijkheid om nieuwe vaardigheden en coping strategieën in de werksetting te oefenen. Een dergelijk principe zie je ook terug bij het *'first place then train'* principe uit de IPS traditie. Wat het goede moment is om te starten met werkhervatting (en begeleiding) is niet in algemene regels te vatten en lijkt ook te verschillen tussen per type CMD. Te vroeg interveniëren kan mensen de rust ontnemen die ze tijdens een 'crisis' fase nodig hebben, of juist het natuurlijke herstelproces belemmeren (risico's op 'over treatment', medicaliseren en het probleem groter maken dan het is)⁵³. Lang ziek thuis zijn verkleint echter de kans op re-integratie (los van bijvoorbeeld de ernst van de klachten), dus te laat interveniëren is ook risicovol.
- ➔ De interventies stimuleerden een graduele (stapsgewijze) werkhervatting om (kleine) succeservaringen te borgen en daarmee de motivatie en zelfvertrouwen te voeden die nodig zijn voor gedragsverandering. Deze graduele opbouw kon bestaan uit een opbouw in uren, maar ook in complexiteit van de taken. Bij het opstellen van het plan werd gelet op de positieve elementen uit werk die kunnen bijdragen aan herstel zoals: sociale contacten, structuur, afleiding, zingeving). Hierbij moeten we wel opmerken dat het risico bestaat het re-integratieproces in te kleine stappen op te delen. Als een re-integrerende werknemer grotere stappen wil en kan nemen, dan is er ook geen noodzaak om een heel stapsgewijs proces in te richten.
- ➔ De interventies combineerden een aanpak gericht op het individu (klachten, coping) en de werkomgeving (werkaanpassingen zoals minder uren, andere taken, een andere werkplek). Alle interventies werden echter aangeboden aan het individu (de zieke werknemer) en werkaanpassingen werden via de werkloze zelf geregeld (al dan niet ondersteund door de bedrijfsarts).
- ➔ De interventies werden ondersteund door de werkgever die (tijdelijke) werkaanpassingen faciliteerde. Deze randvoorwaarde werd grotendeels gecreëerd door de Nederlands wetgeving waarin werknemer en werkgever verplicht zijn mee te werken aan de re-integratie. In sommige beroepen of bedrijfstakken of bij conflict situaties is dit echter lastiger te organiseren.

Bruikbaarheid van deze succesfactoren voor werklozen met CMD

Veel van deze elementen zijn ook goed toepasbaar voor werklozen met CMD, zoals het opstellen van een stapsgewijs re-integratieplan. En sommige elementen zijn misschien zelfs beter vorm te geven in een online aanbod. Om de drempels naar re-integratie niet onnodig te verhogen is het tijdig starten met gecombineerde GGZ en re-integratie begeleiding (en van daar uit met werkhervatting), waarschijnlijk makkelijker wanneer er geen wachttijden zijn voor deze begeleiding (wat vaak wel het geval is bij *face-to-face* GGZ zorg⁵⁴).

Echter een belangrijk verschil is dat werklozen geen werkplek hebben om naar terug te keren. Het oefenen met coping vaardigheden in een bekende omgeving (met grotere kans op steunende collega's) en het geleidelijk opbouwen van de re-integratie is daarmee veel lastiger te organiseren voor een werkloze. De focus op werk(hervatting) en het gebruiken van het werk als oefenplek voor nieuwe vaardigheden kan wellicht worden vormgegeven door gebruik te maken van hypothetische werksituaties (gedachten experimenten in de begeleiding)⁵⁵.

Samengevat

We hebben in de voorgaande paragrafen 6 bewezen effectieve *face-to-face* interventies gevonden die re-integratie succes bevorderen bij werklozen. Hiervan bleken er 3 effectief bij werklozen met CMD:

- de 'Winning new JOBS training'
- de 'Winning new JOBS training' geïntegreerd met werkgerichte cognitieve gedragstherapie
- de 'werkgerichte psychodynamische therapie'.

Van deze interventies hebben er 2 een combinatie gemaakt van GGZ en re-integratie elementen. In de derde interventie werd weliswaar geen geïntegreerde interventie aangeboden, maar kregen cliënten naast de re-integratie interventie ook GGZ-begeleiding. In het onderstaande kader presenteren we een samenvatting van de kritische succesfactoren die uit de 3 studies naar voren kwamen die specifiek zijn onderzocht bij werklozen met CMD.

Elementen uit *face-to-face* interventies die effectief zijn gebleken bij werklozen met CMD

Inhoud en vorm

- Groepsformat (deelnemers delen ideeën/oplossingen, steunen elkaar, en observeren voorbeeldgedrag)
- Het consequent toepassen van strategieën voor gedragsverandering, die **self-efficacy versterken**:
 - Sociale steun bieden/stimuleren;
 - Effectief gedrag bekrachtigen /laten committeren aan acties;
 - Anticiperen en overwinnen van tegenslag;
 - Actief leren door deelnemers;
 - Faciliterende rol begeleider (geen expertrol).
- Kennen van je krachten, sollicitatiegesprekken voeren, het vinden van vacatures via netwerken.
- Benoemen van obstakels voor het vinden van werk en verzinnen van oplossingen daarvoor.
- Bedenken van (leer)doelen en een stapsgewijs plan om op diverse manieren aan deze doelen te werken.
- Deelnemers stimuleren om oplossingen toe te passen in de praktijk (exposure tijdens sessie & daarbuiten) waardoor ze vaardigheden oefenen in een reële (werk)setting.
- Werkgerichte cognitief gedragsmatige interventie technieken zoals exposure, psycho-educatie, en gedachte/gevoelsregistraties.
- Oefeningen over werk behoud, zoals het informeren van een leidinggevende over zowel dingen die de cliënt lastig vind, als die goed zijn gegaan.
- Variatie in leervormen.
- Het werk betrekken in de begeleiding (bijvoorbeeld in de vorm van drie-gesprekken tussen cliënt, begeleider en een werkgever).

Randvoorwaarden

- Kwaliteit van de professional (o.a. veiligheid creëren).

Daarnaast bestaan er enkele interventies die werkhervatting bij zieke werknemers met CMD bevorderen. Bij deze interventies wordt ook een combinatie gemaakt tussen elementen gericht op klachtenreductie en werkhervatting. Bij deze interventies worden cliënten worden gestimuleerd om het werk te hervatten, ook als ze nog niet geheel hersteld zijn van hun klachten. Hierdoor kunnen cliënten het werk gebruiken als reële oefenplek voor nieuwe vaardigheden. Deze succesfactor is lastig toepasbaar voor werklozen zonder werkplek om naar terug te keren.

De resultaten bij werklozen en werknemers met CMD geven aan dat het mogelijk is om op een effectieve manier re-integratie- en GGZ expertise te bundelen in één interventie voor werklozen met CMD. Het is te verwachten dat dit ook online goed realiseerbaar is, maar deze aanname wordt nog niet ondersteund met onderzoeksgegevens.

LESSEN UIT ONLINE (GGZ) BEGELEIDING

In dit hoofdstuk beantwoorden we een deel van de tweede onderzoeksvraag: *Welke kritische succesfactoren kunnen we destilleren uit bewezen effectief aanbod vanuit online (GGZ) begeleiding voor mensen met CMD?* Bij het doorzoeken van de wetenschappelijke literatuur zijn we geen (bewezen effectieve) online interventies tegengekomen die re-integratie van mensen met CMD bevorderen. In dit hoofdstuk beschrijven we daarom kritische succesfactoren van online interventies die bewezen effectief zijn in het bevorderen van gezond gedrag of het verminderen van psychische klachten bij mensen met CMD.

Succesfactoren van online interventies die psychische klachten verminderen

Online GGZ-hulpverlening (of *e-mental health*) is vanaf ongeveer 2000 in volle ontwikkeling en er bestaat momenteel aanbod voor diverse stoornissen en leeftijdsgroepen⁵⁶. *E-mental health* wordt binnen de GGZ ingezet als een zelfstandige interventie, een interventie ter overbrugging van de wachttijd op een reguliere interventie, een onderdeel van een *face-to-face* interventie, of een opstap naar een zwaardere interventie. In multidisciplinaire richtlijnen wordt digitale (zelf)hulp geadviseerd als eerste stap voor mensen die voor het eerst een lichte depressie hebben (en daarbij niet suïcidaal of psychotisch zijn). Een zwaardere *face-to-face* aanpak wordt geadviseerd wanneer zo'n lichtere interventie geen effect heeft (*stepped care*).

De laatste trends bij *e-health* zijn 'blended hulpverlening' (een mix van *face-to-face* en online hulpverlening), *M-health* (*Mobile-health* bijvoorbeeld via een *smartphone*) en *tailored* aanbod (maatwerk waarbij het aanbod soms automatisch wordt afgestemd op diverse klantkenmerken). Er wordt ook steeds meer gebruik gemaakt van innovatieve digitale technologieën, zoals *virtual reality* voor fobieën, *serious gaming* voor post-traumatische stress en mobiele *apps* voor zelfmanagement bij chronische depressie. Eén van de grote uitdagingen om een brede impact te realiseren van *e-mental health* is het verminderen van het hoge uitvalpercentage.

Er zijn diverse meta-analyses verricht naar de effecten van online hulpverlening. De resultaten laten zien dat online hulpverlening klinisch effectief is in het reduceren van psychische klachten (ten opzichte van geen hulp) en even effectief kan zijn als *face-to-face* voorkeurstherapieën^{57,47,58}. Deze positieve effecten van online therapie zijn gevonden bij diverse stoornissen zoals depressie en angststoornissen (o.a. sociale fobie en paniek stoornissen, posttraumatische stressstoornis en burn-out)⁵⁹. Online depressie-interventies zijn niet alleen klinisch effectief maar ook kosteneffectief gebleken⁴⁵.

Veel van de onderzochte online therapieën betreffen een vorm van cognitieve gedragstherapie (CGT). Er is nog weinig vergelijkend onderzoek gedaan naar andere online therapievormen. Een onderzoek onder mensen met sociale fobie waarin CGT en Interpersoonlijke Therapie (IPT) worden vergeleken, laat zien dat CGT betere resultaten boekt⁶⁰. Een ander onderzoek waarin online *Problem Solving Therapy* (PST) en online CGT voor depressieve volwassenen werden vergeleken liet zien dat beiden effectief waren, maar dat PST sneller dit effect bereikte⁶¹. Dit laatste onderzoek is verricht bij een groep waarvan 46% geen werk had, wat deze effecten mogelijk vertaalbaar maakt voor de doelgroep van dit onderzoek. De meeste van de onderzochte interventies bestonden uit één op één contact en zijn asynchroon verlopen (waarbij begeleider en cliënt niet direct op elkaar reageren, zoals bijvoorbeeld via email). De weinige interventies met een synchroon karakter (waarbij er wel direct op elkaar wordt gereageerd zoals via *chats*) bleken ook effectief in het verminderen van depressieve klachten⁶². Eén van deze interventies (Grip op je dip) kende ook een groepsformat, dat effectiever bleek dan een soortgelijke interventie in een individueel

¹ Bewezen effectieve therapieën per type psychische klacht die vanuit (multidisciplinaire) richtlijnen worden aanbevolen om als eerst in te zetten. Voor CMD is cognitieve gedragstherapie een voorkeurstherapie.

format. Deze studie laat daarmee zien dat zowel online groepsinterventies als individuele interventies bijdragen aan klachtenreductie, maar dat groepsinterventies mogelijk effectiever zijn⁶³. Er zal meer onderzoek moeten worden gedaan naar online groepsbegeleiding om de meerwaarde hiervan ten opzicht van individuele begeleiding te bevestigen. Omdat de meeste effectieve re-integratie interventies (zie vorige hoofdstuk) groepsinterventies betroffen kunnen we uit deze online groepsinterventie 'Grip op je dip' interessante lessen leren voor de blauwdruk (zie kader).

Grip op je Dip

Grip op je dip is een online groepsbehandeling voor depressieve jongeren. De behandeling bestaat uit 6 geplande *chatsessies* van 1,5 uur met maximaal 8 deelnemers en 2 professionele begeleiders aangevuld met huiswerkopdrachten. De onderwerpen die in deze sessies aan bod komen zijn:

- Stemming: begrijpen van je stemming in relatie tot gedachten, gevoelens en gedrag;
- Activering: Bewustwording dat actief zijn je stemming positief beïnvloedt, en starten met activiteiten;
- Negatieve gedachten: bewustwording van de invloed hiervan op je stemming;
- Nieuwe (meer realistische) manieren van denken;
- Activiteiten en nieuwe gedachten combineren;
- Plan voor terugvalpreventie.

Jongeren konden zich voor deze behandeling opgeven via de site, en aan deelname waren geen kosten verbonden. Jongeren met een ernstige depressie (bijvoorbeeld met suïcide plannen) konden niet deelnemen en werden geadviseerd naar de huisarts te gaan. De behandeling is geëvalueerd bij jongeren tussen de 16 en 25 jaar ten opzichte van een wachtlijst controle groep. De interventie blijkt effectief klachten te verminderen (depressie en angst), en de ervaren controle te versterken (de overtuiging invloed te kunnen uitoefenen over de omgeving). Gemiddeld volgden de deelnemers 3,2 van de 6 *chatsessies*. Mensen met minder chat ervaring en minder depressieve klachten deden vaker niet mee. Het aantal gevolgde sessies leek echter geen invloed te hebben op de effecten. Het lijkt er op dat de jongeren die geen sessies volgden dit niet meer nodig hadden (bijvoorbeeld door natuurlijk herstel). In deze studie was de professionele begeleider relatief minder tijd kwijt aan begeleiding per deelnemer dan bij –minder effectieve- individuele vormen van depressiebehandeling.

Voor wie is online behandeling effectief?

Hoewel meer hoogopgeleiden kiezen voor online therapie (intensieve online interactie met een therapeut) is online therapie effectief voor een verscheidenheid aan mensen: hoog en laag opgeleid, man en vrouw, oud en jong⁶⁴. Deze mensen hebben wel allemaal vrijwillig gekozen voor online hulp. Online behandelingen lijken effectiever te zijn voor mensen die bij aanvang meer (depressieve) klachten hadden. Maar bij deze groep valt ook gewoon weg meer winst te behalen (als je meer klachten hebt, valt er ook meer te herstellen). In losse studies is de mate van effectiviteit (wie heeft er het meeste baat bij de online behandeling) ook in relatie gebracht met zaken als: een hogere opleiding, een lagere mate van vermijding en rationele probleemoplossing, en een negatieve probleemoriëntatie⁶⁵.

Ook blijkt online behandeling toepasbaar voor mensen uit etnische minderheidsgroepen. In een recent onderzoek⁶⁶ werden Turkse Nederlanders via Facebook geworven voor deelname aan een online depressie behandeling (*problem solving treatment*). Hoewel deze interventie de psychische klachten verminderde bij deze doelgroep, is onderzoek met grotere aantallen nodig om robuuste conclusies te trekken over de effectiviteit.

Kritische succesfactoren

Er is nog weinig systematisch vergelijkend onderzoek gedaan naar verschillende inhoud of vormen van online hulpverlening (waar bijvoorbeeld een online groepsinterventie werd vergeleken met een online individuele interventie). Over het algemeen zijn er interventiepakketten onderzocht per klachttype, waardoor onderzoek naar kritische succesfactoren lastig is. Op basis van het bestaande onderzoek en de interviews met experts kunnen we diverse kritische succesfactoren vaststellen van een online interventie voor mensen met CMD. Voor vorm- en procesaspecten hebben we hierbij ook geput uit online interventies die 'gezond gedrag' bevorderen^m. Waar mogelijk leggen we bij deze kritische succesfactoren uit de online dienstverlening ook de link naar de doelgroep 'werklozen'.

Inhoud

Voor de inhoud van de interventies hebben we een aantal succesfactoren op een rij gezet:

- ➔ Maak de inhoud niet te complex, houdt het praktisch, eenvoudig en overzichtelijk.
- ➔ Bewezen effectieve therapieën als uitgangspunt.
Vrijwel alle doelen die effectieve *face-to-face* aanpakken nastreven kunnen ook worden vertaald naar een digitaal format. Wanneer de doelen per interventie onderdeel helder zijn, kunnen online manieren worden bedacht om dat doel te behalen. Om een interventie te laten bijdragen aan klachtenreductie is een vorm van cognitieve gedragstherapie (CGT) aan te bevelen⁴⁷.
- ➔ Het is belangrijk om de interventies te richten op determinanten van gedrag en deze met gebruik van algemene technieken voor gedragsverandering en motivatie te beïnvloeden. Daarbij is het zinvol rekening te houden met de volgende aandachtspunten:
 - Start met bewustwording van het probleem en zorg dat cliënten probleemeigenaar worden;
 - Laat cliënten doelen stellen, acties plannen en de voortgang monitoren. Zorg hierbij voor haalbare subdoelen en tussentijdse successen (borg de *self-efficacy*). Voor werklozen is het aan te raden plannen te maken voor het bereiken van een leerdoel (in tegenstelling tot een prestatiedoel) omdat die re-integratiekansen vergroot;
 - Zorg (los van *fancy* techniek) dat het motiverend blijft voor cliënten. Manieren waarop je dit kan doen is bijvoorbeeld door cliënten zich te laten committeren aan gedrag door middel van een 'contract' of een ander ritueel;
 - Frame de interventie echt als een leer/oefen omgeving (geen test waarop cliënten kunnen falen).Een uitgebreidere beschrijving van dit soort technieken voor gedragsverandering is te vinden in bijlage 3.

Vorm/proces

Hoewel de inhoud van de interventie erg belangrijk is voor de effectiviteit, is de vorm van het werkproces van de interventie minstens zo belangrijk. Voor de vorm en het proces van de interventies hebben we een aantal succesfactoren op een rij gezet:

- ➔ Borg interpersoonlijk contact (via de digitale weg).
De interactiviteit van de online hulpverlening heeft invloed op de resultaten. Intensieve online behandeling blijkt effectiever dan 'begeleide zelfhulp', die op zijn beurt weer effectiever is dan onbegeleide zelfhulp. Ook is het uitval percentage bij zelfhulp-interventies veel groter dan bij begeleide interventies. Voor de mensen die een zelfhulpinterventie afmaken, blijkt deze vaak wel effectief. Onbegeleide zelfhulp werkt vaak wel beter dan informatiefolders of geen enkele hulp, ook voor mensen die het niet helemaal afmaken. Eén studie bij mensen met sociale fobie⁶⁷ suggereert dat dit positieve effect interpersoonlijk contact ook kan komen van *peers*: zij vonden dat een zelfhulp interventie gecombineerd met online groeps-*chats*, bijna even effectief was als online therapie (begeleid door

^m In bijlage 5 staat aangegeven welke succesfactoren vanuit deze gezond gedrag interventies werden ondersteund.

een professional). Hoeveel begeleiding je dan moet bieden, is nog niet goed wetenschappelijk onderbouwd. Bij effectieve interventies varieert dit van ongeveer 1,5 uur in totaal tot ongeveer 12 uur (vergelijkbaar met begeleidingstijd bij face-to-face therapie).

➔ Bied maatwerk.

De interactie tussen mentale gezondheid en re-integratie is complex en het is onwaarschijnlijk dat dit zich voor een *one size fits all* oplossing leent⁶⁸. Mensen moeten het gevoel hebben dat de interventie nuttig voor ze is, aansluit bij hun persoonlijke situatie⁶⁹. Naar de effecten van maatwerk is nog weinig onderzoek gedaan, maar de eerste studies laten wel zien dat dit de effectiviteit van een interventie kan verhogen⁷⁰. Online maatwerk kan bijvoorbeeld gerealiseerd worden door:

- Een uitgebreid digitaal (zelfhulp)aanbod met voldoende variatie in vorm en inhoud⁷¹;
- Digitale interactie met een begeleider;
- *Tailored* feedback op basis van sociaal cognitieve elementen (personifiëren); niet alleen op basis van demografische zaken;
- Het inzetten van diagnose en screenings instrumenten die een online begeleider in staat stelt aanbod op maat aan te bieden⁷².

➔ De online technologie moet nuttig, toegankelijk, acceptabel en aantrekkelijk ontworpen worden⁷³. Voor een deel is dit maatwerk omdat de vormgeving en het taalgebruik moet worden aangepast aan de doelgroep. Het is dan ook aan te raden bij het ontwikkelteam van een interventie een *usability expert*ⁿ, een goede grafisch vormgever en een tekstschrijver te betrekken. Voor de doelgroep van werklozen waar laaggeletterdheid relatief vaak voorkomt, is het van belang de tekst goed te laten aansluiten op het taalniveau.

Van meer algemeen belang zijn:

- Een intuïtieve navigatiestructuur, een duidelijke structuur van een website of mobiele applicatie. Deze moet bijvoorbeeld aansluiten op structuren van bij de doelgroep bekende websites of mobiele applicaties;
- Structuur en sturing op de inhoud die in balans is met het bieden van keuzevrijheid (bijvoorbeeld kiezen van bepaalde modules)⁷⁴. Het is van belang deelnemers wel 'door de interventie heen te leiden': stap voor stap mee te nemen en aan te geven wat de volgende stap wordt, of een beperkt aantal keuzes voor te leggen. Maar binnen deze structuur deelnemers wel keuzevrijheid geven (niet aangeven dat ze iets moeten op een bepaald tijdstip). Dit komt de motivatie en de effectiviteit ten goede;
- De aantrekkelijkheid wordt ook vergroot om de informatie niet alleen in de vorm van tekst, maar ook door middel van animaties of video te tonen⁷⁵. Voor mensen met een lager taalniveau of laaggeletterdheid is dit waarschijnlijk nog belangrijker. Hierbij is de kwaliteit van het beeldmateriaal mogelijk erg bepalend;
- In de pilotfase van een interventie is het ook van belang om te checken in hoeverre bovenstaande punten gerealiseerd zijn door deze te toetsen bij een groep eindgebruikers en bij een *usability expert*. Een pilot kan eventueel ondersteund worden met techniek via bijvoorbeeld Google Analytics^o (software om te registreren hoe mensen door een website navigeren /waar ze op klikken) of *Eye-tracking* (dit geeft inzicht in het kijkgedrag van bezoekers, doordat camera's in een beeldscherm de oogbewegingen volgen en vastleggen).

➔ Voorkom uitval – vergroot de therapietrouw en motivatie

Online is de drempel om te stoppen met een interventie lager dan *face-to-face*, zeker bij zelfhulp interventies. Het voorkomen van uitval doe je deels door de voorgaande punten te borgen. Je ziet bijvoorbeeld dat mensen minder snel uitvallen wanneer er contact is met een therapeut en er meer

ⁿIemand die websites of applicaties gebruikersvriendelijk maakt (zodat bijvoorbeeld de lay-out, de structuur of de inhoud van teksten ondersteunend zijn aan het optimaal gebruiken van en navigeren door een site of applicatie).

^o Aan het gebruik hiervan zijn wel wettelijke regels aan verbonden. Meer informatie hierover is te vinden in de handleiding 'Privacy vriendelijk instellen van Google Analytics' op de site van het College Bescherming Persoonsgegevens (www.cpbweb.nl)

mogelijkheden zijn voor maatwerk. Bij intensief online contact met een therapeut zijn de uitvalpercentages gelijk aan die bij *face-to-face* therapieën⁷⁶. Soortelijke resultaten zijn wellicht ook te behalen door het gebruik van lotgenoten- of *buddy*contact.

Daarnaast zijn er enkele andere tips om uitval te voorkomen of te verminderen:

- Het gebruikmaken van innovatieve technologieën zoals *gaming*, *virtual reality* of mobiele *apps*. Het actief volgen van een therapie wordt hiermee leuker (spelelementen) en makkelijker inpasbaar binnen het dagelijkse leven. Dit zorgt dat mensen sneller de motivatie en intentie zullen hebben om de therapie te volgen, maar ook minder geremd worden door praktische obstakels;
 - Het gebruikmaken van technieken uit *motivational interviewing (MI)*, met name wanneer mensen aan het begin staan van gedragsverandering (en nog niet open staan voor veranderen)⁷⁷. MI wordt ook aanbevolen als effectieve techniek voor gedragsverandering binnen de re-integratie context⁷⁸. Deze technieken zijn lastig te automatiseren, en vragen dus een vorm van interactiviteit;
 - Het versturen van gedragstriggers op maat⁷⁹. Een deelnemer kan bijvoorbeeld een melding per sms ontvangen als herinnering om een stemmingsregistratie te doen, of om een opdracht af te maken. Het is wel belangrijk om hier selectief mee om te gaan omdat reminders bij veelvuldig of langdurig gebruik hun impact verliezen.
- ➔ Zorg voor een goede toeleidingstructuur (doorverwijzing naar de interventie). Dit is zeker belangrijk als mensen nog niet gemotiveerd zijn om een interventie te volgen of nog niet inzien dat ze een probleem hebben. Effectieve toeleiding kan via een persoon verlopen, maar bijvoorbeeld ook via een website waar mensen wekelijks op in moeten loggen om te kijken of er nieuwe vacatures zijn.
- Onderzoek in Nederland laat zien dat moeilijk bereikbare groepen voor behandeling (waaronder etnische minderheden en werklozen) goed zijn te werven via sociale media zoals Facebook⁸⁰;
 - Zorg voor bekendheid met de interventie. Zorg dat de professionals die er naar gaan doorverwijzen er mee bekend zijn ('onbekend maakt onbemind').
- ➔ Bied *blended care* aan
Recente onderzoeksresultaten zijn met name veelbelovend voor '*blended care*', waarin online en *face-to-face* contact gecombineerd worden. Voor welke doelgroepen dit is aan te bevelen en wat de beste verhouding is tussen beiden is nog onduidelijk^{81,82}. In de GGZ -praktijk wordt vaak voor *blended care* gekozen wanneer er sprake is van multiproblematiek (bijvoorbeeld ook schulden, huisvestingsproblemen).
- ➔ Bied *stepped care* aan
Dit is een zorgmethode volgens het principe van getrapte zorg. Het stappenplan bestaat uit steeds intensievere vormen van zorg, waarbij het niet de bedoeling is om alle stappen af te lopen, maar juist met zo weinig mogelijk stappen de klachten te verminderen. Met name bij de behandeling van depressie kan dit kosteneffectief zijn, mits op een goede manier ingericht⁸³. Binnen e-mental health is *stepped care* van belang om effectieve en efficiënte zorg op maat te kunnen bieden.

Randvoorwaarden

Om de inhoud en de vorm goed tot zijn recht te laten komen, is een aantal randvoorwaarden cruciaal:

- ➔ Kwaliteit van de professional die een interactieve interventie begeleid.
- Een online begeleider moet verschillende basis ICT- en schrijfvaardigheden beheersen, zoals goed de kern van een boodschap in woorden kunnen vatten, of snelle typevaardigheid (bij *chats*). Daarnaast is een positieve of neutrale houding over online hulpverlening van belang. De grootse uitdaging ligt echter in het beheersen van 'online communicatieve vaardigheden'. Doordat non-verbale signalen zoals intonatie, mimiek en lichaamstaal wegvallen bij digitale communicatie, is er meer kans op verkeerde interpretaties, misverstanden, weerstand etc.
- Om te zorgen dat een cliënt zich ook bij digitale communicatie veilig en begrepen voelt, is het van belang dat een begeleider heel helder, gestructureerd en transparant communiceert. Dit betekent

dat standaard gesprekstechnieken als 'luisteren-samenvatten-doorvragen' veel prominenter aan bod komen (bijvoorbeeld vaker expliciet vragen of je de ander goed begrepen hebt). Ook is er meer aandacht voor verbaal ondersteunen door empathie te tonen of complimenten te geven (daar waar dat in *face-to-face* contact vaak gaat door 'bemoedigende knikjes' of 'huppen'). Daarnaast geeft en vraagt een online begeleider veel vaker feedback over het proces/de relatie, zeker wanneer er mogelijk 'ruis' optreedt. Vooral bij *live-chats* is het van belang ook een goede structuur aan te brengen omdat zo'n gesprek al snel alle kanten opgaat. Bij *a-synchroon* contact (bijvoorbeeld e-mails) is er minder mogelijkheid voor normale vraag-antwoord dynamiek voordat een professional advies geeft of op oplossingen aanstuurt. Dit brengt nog een extra risico op 'ruis' met zich mee. Het belang van deze communicatievaardigheden wordt ook onderstreept door onderzoek dat laat zien dat specifieke therapie-factoren (zoals de therapeutische relatie) een aanzienlijke invloed hebben op therapie-effecten van online begeleiding⁸⁴. Ook zal de trend van 'tailored interventies' de kwaliteit van de begeleider nog belangrijker maken.

Verder is het voor het begeleiden van online groeps-*chats* aan te bevelen om gebruik te maken van 2 begeleiders: 1 die de inhoud bewaakt (bijvoorbeeld feedback geeft of vragen stelt) en de ander die het proces bewaakt (bijvoorbeeld: komt iedereen aan bod?)⁸⁵.

➔ Goede diagnose- of screeningsinstrumenten voor doorverwijzers.

Het gaat hierbij om instrumenten die doorverwijzers helpen om te bepalen of er sprake is van CMD en in hoeverre een online interventie is aan te bevelen. Een screeningsinstrument zou bijvoorbeeld ook aandacht moeten besteden aan suïcidale neigingen of psychoses omdat deze groepen (eerst) *face-to-face* begeleiding dienen te krijgen. Hier is alleen nog geen wetenschappelijk bewijs voor. Helaas bestaan er naast deze exclusiecriteria nog geen duidelijke 'inclusie-criteria' voor online interventies. Voor het screenen op (de aard en ernst van) psychische klachten zijn er tal van valide zelf-invol vragenlijsten voorhanden zoals de 'Kessler *Psychological Distress Scale*' van 10 items⁸⁶. Ook bestaan er korte online screeners voor CMD die goed toepasbaar zijn bij laaggeletterden door gebruik van audio- of beeldmateriaal⁸⁷. Daarnaast bieden bestaande diagnose instrumenten die worden gebruikt bij de gemeente-, SW- of UWV-populatie handvatten: zij bevatten onderdelen van gevalideerde lijsten voor het meten van psychische klachten (bijvoorbeeld bij Dariuz) of indicaties voor een verhoogde mate van psychische klachten (bijvoorbeeld bij de Werkverkenner).

➔ Structurele financiering.

Om een interventie betaalbaar te houden is het van belang dat de begeleidingscomponent niet te groot wordt. Wanneer een interventie ook kosteneffectief is, zal dit de kans op gebruik in de praktijk vergroten.

➔ Voldoen aan wet- en regelgeving (beveiligingsnormen, privacy wetgeving).

➔ Verwachting management.

Maak helder of het instrument een vervanger of een ondersteuner/versterker is van *face-to-face* contact en wat reëel haalbare doelen zijn.

➔ Blijf effecten monitoren en je interventie door ontwikkelen.

Hiervoor is het ook van groot belang dat de multidisciplinaire projectgroep die de interventie heeft gemaakt, blijft bestaan na lancering van de interventie. Ook is het slim om in het systeem goede mogelijkheden in te bouwen om het online gedrag van de cliënten te monitoren (bijvoorbeeld waar maken mensen wel/niet gebruik van).

Online begeleiding die psychische klachten vermindert bij werklozen

Er is erg weinig onderzoek gedaan naar online interventies die zich specifiek richten op klachtenreductie bij een werkloze populatie. Wel zijn er studies waarin een aanzienlijk deel van de steekproef werkloos was. Het destilleren van kritische succesfactoren uit deze studies is lastig, maar de belangrijkste bevindingen zijn:

- ➔ Een onderzoek waarin online *Problem Solving Therapy* (PST) en online CGT voor depressieve volwassenen werden vergeleken liet zien dat beiden effectief waren, maar dat PST sneller dit effect bereikte⁸⁸. Dit onderzoek is verricht bij een groep waarvan 46% geen werk had, wat deze effecten mogelijk vertaalbaar maakt voor de doelgroep van dit onderzoek. Deelnemers werden geworven via dagbladen en via internet.
- ➔ Een onderzoek naar de effectiviteit van een online interventie bij depressieve Turkse Nederlanders konden door beperkte power geen effectiviteit aantonen wat betreft klachtenreductie⁸⁹. Maar de resultaten leken wel te wijzen op een effect bij een grotere onderzoeksgroep. Hier betrof het een onderzoeksgroep waarvan 52% werk had bij deelname. Bijzonder was dat de meeste deelnemers werden geworven via Facebook. Geconcludeerd wordt dan ook dat de online aanpak 1) effectief was in het bereiken van moeilijk bereikbare groepen zoals werklozen van een etnische minderheid 2) de drempel verlaagt voor hulpverlening, en 3) online CBT potentieel effectief lijkt wat betreft klachtenreductie bij etnische minderheden.
- ➔ Een onderzoek waarin een online interventie op maat werd aangeboden (keuze uit diverse modules, met een basis van cognitief gedragstherapeutisch aanbod) was effectief in het verminderen van depressie klachten⁹⁰. Daarnaast leidde de interventie tot verbeterd sociaal en werk functioneren (de mate waarin iemand het idee heeft dat de psychische klachten het lastig maken om taken in het dagelijks leven uit te voeren (sociaal en werkgericht). De helft van deze doelgroep was werkloos, maar er zijn geen subgroep analyses gedaan.

Samengevat

Er bestaan veel bewezen effectieve online interventies die psychische klachten verminderen of gezond gedrag bevorderen, ook specifiek voor mensen met CMD. Deze interventies zijn toepasbaar voor mensen met verschillende kenmerken wat betreft leeftijd, opleidingsniveau en sekse. Dit betreft echter wel allemaal mensen die zelf voor online hulpverlening hebben gekozen. Geen van deze interventies is specifiek ontworpen voor of getoetst op het gebied van arbeidsre-integratie (niet voor werklozen en niet voor werknemers). Wel is een deel van deze bewezen interventies geëvalueerd bij groepen waarvan een aanzienlijk deel werkloos was: ook daar konden online interventies klachtenreductie bewerkstelligen. Dit resultaat geeft aan dat een online format ook voor de doelgroep van werklozen met CMD goed toepasbaar kan zijn. In hoeverre er met dit online format ook re-integratie kansen kunnen worden versterkt is nog niet duidelijk. In onderstaand kader staan de kritische succesfactoren vanuit de online (GGZ)dienstverlening samengevat.

Kritische succesfactoren van online (GGZ) interventies

Inhoud

- Effectieve *face-to-face* therapieën als uitgangspunt
- Algemene technieken voor gedragsverandering
- Niet te complexe inhoud

Vorm

- Interpersoonlijk contact (via digitale weg)
- Maatwerk
- Technologie moet nuttig, toegankelijk, acceptabel en aantrekkelijk zijn
- Voorkom uitval – vergroot de therapietrouw en motivatie
- *Blended* en /of *stepped care*

Randvoorwaarden

- Goede toeleidingstructuur
- Kwaliteit van professional die een interactieve interventie begeleid
- Goede diagnose of screenings instrumenten voor doorverwijzers
- Structurele financiering
- Voldoen aan wet- en regelgeving
- Verwachting management over resultaat interventie
- Blijf effecten monitoren en de interventie door ontwikkelen.

AANSCHERPING SUCCESFACTOREN VANUIT DE PRAKTIJK

In de vorige hoofdstukken hebben we beschreven welke kritische succesfactoren we kunnen destilleren uit de literatuur op basis van bewezen effectieve interventies. Deze succesfactoren hebben we vervolgens getoetst binnen enkele groepsbijeenkomsten met (ervarings)deskundigen. In dit hoofdstuk beschrijven we de aandachtspunten voor de kritische succesfactoren die de praktijkdeskundigen naar voren brachten.

Shortlist met kritische succesfactoren

In onderstaand kader staat een *shortlist* van de factoren weergegeven, die het uitgangspunt vormde voor de groepsgewijze bespreking met praktijkdeskundigen. In bijlage 5 is een *longlist* van de factoren te vinden die de deskundigen voorafgaand aan de groepsbijeenkomst schriftelijk hebben ontvangen.

Shortlist van kritische succesfactoren

- ➔ **Gebruik van algemene technieken voor gedragsverandering.**
Hierbij is aandacht voor het versterken van *self-efficacy* belangrijk (zoals door het stellen van leerdoelen) en het versterken van de interne motivatie.
- ➔ **Een begeleide interventie in groepsformat.**
Bij voorkeur is er een vorm van (digitale) interactie met een begeleidende professional en/of andere cliënten mogelijk. Door een interventie (deels) in groepsformat aan te bieden kunnen deelnemers van elkaar leren en elkaar steunen.
- ➔ **Werkzoekvaardigheden in combinatie met het versterken van interne motivatie.**
Werkzoekvaardigheden zijn bijvoorbeeld het voeren van sollicitatiegesprekken en het vinden van vacatures via netwerken. Het is belangrijk om tegelijkertijd aandacht te hebben voor de interne motivatie. Bijvoorbeeld door gebruik te maken van de expertise en ervaringen van cliënten zelf.
- ➔ **Maatwerk en keuzevrijheid.**
Het toesnijden van het aanbod op de behoeften van de cliënt kan de effectiviteit ten goede komen. Dit kan bijvoorbeeld door cliënten keuzes te bieden binnen de interventie.
- ➔ **Een goede toeleiding van cliënten naar de interventie.**
Een goede toeleiding omvat een gedegen diagnose, bereikt de doelgroep, motiveert de doelgroep om te starten met de interventie en om te blijven deelnemen.
- ➔ **Een aantrekkelijke website (of ander digitaal kanaal).**
Aandachtspunten daarbij zijn: overzichtelijke en heldere inhoud, duidelijke structuur, mooie vormgeving die aansluit bij 'het dagelijks leven' van de doelgroep en de inhoud ondersteund met beeldmateriaal.
- ➔ **Professionals van voldoende kwaliteit (bij begeleide interventies).**
Met name wat betreft het kunnen ondervangen van 'ruis' in online communicatie, het kunnen toepassen van algemene technieken voor gedragsverandering en basis kennis van CMD.
- ➔ **Structurele financiering voor de uitvoering.**
- ➔ **Vrijwillige deelname.**
Vrijwilligheid versterkt de intrinsieke motivatie en de 'match' tussen de deelnemer en de interventie. Dit verkleint de kans op uitval. Wat de consequenties zijn voor het verplichten van deelname aan een interventie op de effectiviteit is nog niet bekend.
- ➔ **Combineer re-integratie en GGZ expertise (bij uitvoerenden en in de interventie zelf)**
Hierbij wordt gekeken hoe klachtenreductie kan bijdragen aan arbeidsparticipatie, maar ook hoe arbeidsparticipatie kan bijdragen aan klachtenherstel. Bijvoorbeeld door bij re-integratieonderdelen aandacht te hebben voor de klachten, en door bij de klachtenreductie het werk als oefen context te gebruiken.
- ➔ **In een realistische werksetting (coping) vaardigheden oefenen/toepassen.**
Volgens het *first place then train* principe is het belangrijk dat mensen snel een (tijdelijke) werkplek hebben om (coping)vaardigheden te oefenen en op basis van de feedback uit de werkpraktijk hun vaardigheden verder te versterken.

Focus groepen met diverse (ervarings)deskundigen

De kritische succesfactoren uit de *longlist* en *shortlist* werden door alle betrokkenen herkend. Ook kwamen er nog enkele aandachtspunten en aanvullingen naar voren. De belangrijkste punten staan hieronder op een rij:

- ➔ In aanvulling op de factor 'sociale steun stimuleren/organiseren' werd expliciet 'het informeren en betrekken van het sociale/professionele netwerk' genoemd. Het doel hiervan is dat de verschillende stakeholders op de hoogte zijn van waar de cliënt online mee bezig is, zodat zijn hier rekening mee kunnen houden. Wanneer de verschillende betrokken professionals op de hoogte zijn, verkleint dit mogelijk het risico op tegenstrijdige adviezen. De regie voor het afstemmen met het netwerk blijft in handen van de cliënt. De cliënt beslist wat hij deelt, waardoor er ook minder problemen rondom privacy wetgeving zijn. Het informeren en betrekken van het netwerk kan wel worden ondersteund door het ICT-platform van de interventie.
- ➔ In het kader van een veilige omgeving als basis voor de interventie werd aangevuld dat het belangrijk is voor deelnemers om één vaste begeleider en aanspreekpunt hebben. Idealiter is deze persoon ook geen handhaver vanuit een uitkeringsverstrekker organisatie. Wanneer de begeleider een professional is van een uitkeringsverstrekker is het soms niet haalbaar om deze handhavingsrol te vermijden. In dat geval is het belangrijk dat een professional op andere manieren investeert in het creëren van een veilige omgeving. Allereerst door al tijdens het toelidingsproces duidelijk te zijn over wat de handhavingsrol voor consequenties heeft binnen de online interventie.
- ➔ Voor de integratie van GGZ en re-integratie expertise bij de uitvoering van de interventie werd aangegeven dat dit niet noodzakelijk in 1 persoon verenigd hoeft te zijn. De integratie is ook goed is vorm te geven door een 'multidisciplinair team' achter de schermen met korte communicatielijnen. Op die manier heeft de deelnemer toch 1 aanspreekpunt. De begeleider moet wel minimaal op de hoogte zijn van wat er speelt op het andere vakgebied, welke stakeholders betrokken zijn en wat hun rollen zijn. Het kan ook zinvol zijn om ervaringsdeskundigen te betrekken als begeleider of deskundige in het 'team achter de schermen'. De inzet van ervaringsdeskundigen heeft bijvoorbeeld een positief effect op de empowerment van mensen met ernstige psychische klachten⁹¹.
- ➔ Het bieden van maatwerk kwam al in literatuur naar voren als succesfactor. Tijdens de focus groepen werd expliciet benadrukt dat maatwerk idealiter ook betekent dat er *blended*-hulpverlening wordt geboden (een combinatie van online en *face-to-face* behandelen). Omdat de focus van de blauwdruk een online interventie betreft, hebben we dit aandachtspunt minimaal meegenomen bij de uitwerking van de blauwdruk.
- ➔ Als aanvulling op het gebruik van technieken voor gedragsverandering in een groepscontext werd benadrukt dat een begeleider goed in staat moet zijn om de groep richting oplossingen te sturen (in plaats van dat deelnemers elkaar gaan versterken in de klachten).
- ➔ Voor het ontwikkelen van de interventie werden geadviseerd om gebruik te maken van bestaand aanbod en cliënten hier wegwijs in te maken. Voor veel zaken die mogelijk relevant zijn voor deze doelgroep bestaan al *apps* of instructiefilmpjes op *Youtube* (bijvoorbeeld over meditatie of voor registreren van je stemming).
- ➔ Wanneer een interventie wordt ontwikkeld voor gebruik door meerdere verschillende organisaties is het van belang de basis-interventie flexibel in te richten (los van specifieke werkprocessen in een organisatie).
- ➔ Specifieke aandachtspunten voor een effectief toelidingsproces zijn:
 - Om te zorgen dat mensen intrinsiek gemotiveerd raken om deel te nemen aan de interventie is het van belang om zoveel mogelijk keuzevrijheid te bieden. Soms is contact met een mogelijke doorverwijzer (zoals een professional van een uitkeringsverstrekker) of zelfs het meedoen aan een bepaalde re-integratie interventie verplicht in het kader van de uitkering. Een dergelijk verplicht contactmoment kan ook voordelen hebben: daarmee zijn mensen over een eerste drempel heen, komen professionals in gesprek met een cliënt en kunnen ze cliënten ondersteunen bij

het (terug)vinden van interne motivatie voor deelname aan een interventie. Wanneer een dergelijk verplicht contact moment er niet is, vinden mensen misschien minder snel de weg naar hulp. Wanneer een interventie een verplicht karakter heeft, is het aan te raden dat de professional die doorverwijst (en later ook de begeleider van de interventie) expliciet aandacht besteedt aan naar factoren die -desondanks- de interne motivatie van de cliënt voeden.

- Adresseer de mogelijke angst voor het kwijtraken no-claim/eigen risico door bezoek aan de huisarts /GGZ. Of het korten op de uitkering als gevolg van de inzet tijdens de interventie.
- Borg dat ook mensen met minder ICT vaardigheden (zoals voor 55-plussers) doorhebben wat voor hun de meerwaarde is van een online interventie.
- Zorg dat mensen ook effectief worden weggeleid wanneer de interventie is afgelopen, of wanneer mensen voortijdig stoppen met de interventie. Dit kan bijvoorbeeld door ze te wijzen op ander aanbod, of tips te geven voor *follow-up* ondersteuning
- Bedenk wat de plaats en timing is van de interventie in het grotere geheel (het gehele proces).
- Faciliteer toegang tot een device met internet. Niet iedere potentiële deelnemer heeft toegang tot het internet op een plek waar hij of zij zich ook veilig genoeg voelt om mee te doen aan een online interventie. Organisaties die aan de slag willen met online dienstverlening kunnen overwegen om dit te faciliteren. Bij de gemeente Amsterdam bestaat er bijvoorbeeld een [regeling](#) voor kinderen van ouders met een laag inkomen, waarbij de aanschaf van een PC met internet wordt vergoed. Wellicht zijn dergelijke regelingen te verruimen.

Bijeenkomst met cliënten

Om de kritische succesfactoren vanuit de literatuur en de focus groepen voor te leggen aan cliënten hebben we cliënten een demo-oefening laten ervaren. Bij deze demo-oefening werden in een niet-helpende gedachten in de context van re-integreren uitgedaagd in de omgeving van de bestaande online interventie 'Grip op je Dip'. Deze demo-oefening bestond grotendeels uit een groeps-*chat* die werd begeleid door een professional. Tot slot werd de *short-list* van kritische succesfactoren inclusief de belangrijkste aandachtspunten vanuit de focusgroepen voorgelegd aan de cliënten. De succesfactoren werden door alle betrokkenen herkend. Aan de hand van de ervaring met de demo-oefening kwamen de volgende tips en aandachtspunten naar voren:

- ➔ Voor een effectieve online discussie is het essentieel dat de discussie goed focus houdt. Hiervoor is het belangrijk dat:
 - De begeleider de mensen goed bij de les houdt (mensen terugbrengt naar het onderwerp als ze afdwalen);
 - Cliënten van te voren huiswerk maken en er een duidelijke oefening wordt geïntroduceerd of nabesproken in de *chat*. Het moet dan ook mogelijk zijn om dit huiswerk tijdens de *chat* in te zien, zodat cliënten hun eigen huiswerk kunnen zien en ervoor kunnen kiezen dit ook met andere deelnemers te delen.
 - De groep niet te groot is (ongeveer 4 á 5 mensen). De begeleider van de groeps-*chat* merkte hierbij op dat het aan te raden is om te starten met ongeveer 8 deelnemers, omdat er (bij een vrijwillige interventie) ook altijd enkele mensen uitvallen.
 - De verschillende deelnemers goed 'herkenbaar' zijn zodat je weet met wie je interacteert. Dit kan door iedere deelnemer een eigen tekstkleur te geven, of door gebruik te maken van een andere beeldende manier zoals een avatar.
 - De inbreng van de begeleider in de *chat* goed herkenbaar is. Bijvoorbeeld door deze dik te drukken, of in een apart veld steeds zichtbaar te houden. In zo'n apart scherm kan de begeleider ook de kernpunten van een online brainstorm noteren (online equivalent van een flip-over tijdens een *face-to-face* brainstorm).
- ➔ Voor een veilige omgeving waarin deelnemers zich gerespecteerd voelen, is het van belang dat:
 - De begeleider zorgt dat iedereen aan bod komt en dat vragen worden beantwoord;

- De begeleider terugkomt op het huiswerk.
- ➔ Het is belangrijk dat mensen op vergelijkbare niveaus zitten wat betreft 'therapie ervaring' en vaardigheden. Als bijvoorbeeld de één de techniek 'gedachten uitdagen' al goed beheerst, maar een ander niet, kan dit een onwenselijk effect hebben. De ervaren cliënt kan dan afhaken omdat het herhaling is. De onervaren cliënt kan afhaken omdat hij het niet begrijpt en wellicht onzeker wordt wanneer anderen het wel in de vingers hebben. Wanneer er mensen met verschillende niveaus in een training zitten moet een begeleider hier goed op inspelen (veiligheid en leermogelijkheden borgen).
- ➔ Zorg dat mensen elkaar al online hebben leren kennen voordat ze elkaar adviezen moeten gaan geven /met elkaar gaan meedenken. Anders worden mensen wellicht geremd doordat ze bang zijn de verkeerde adviezen te geven (die niet aansluiten bij de situatie van die persoon), of voelen ze geen behoefte om energie te steken in vreemden (omdat het henzelf niet verder helpt). Dit zou je bijvoorbeeld kunnen oplossen door mensen profielen te laten aanmaken en een uitgebreidere voorstelronde te doen. Een dergelijke kennismaking kan anoniem verlopen (bijvoorbeeld met gefingeerde namen of alleen met gebruik van een voornaam).
- ➔ Bied extra mogelijkheden voor contact met mededeelnemers naast groeps-chats.
 - Bied deelnemers tussen de chat-sessies door ook de mogelijkheid om in contact te komen met elkaar bijvoorbeeld in een besloten forum (waar mensen vragen/opmerkingen kunnen delen).
 - Bied de mogelijkheid om na de groeps-chat aan te geven of/met wie je nog verder wilt chatten in een één op één chat. En nadeel hiervan is dat de begeleider dan het proces niet meer kan faciliteren.



Figuur: online omgeving van Grip op je dip (bron gripopjedip.nl)

VERTALING VAN DE LESSEN NAAR DE BLAUWDruk

In dit hoofdstuk beantwoorden we een deel van de derde onderzoeksvraag: **Welke effectieve onderdelen moeten terugkomen in een prototype online interventie voor werklozen met CMD: hoe ziet een blauwdruk eruit?** Op basis van de geleerde lessen en kritische succesfactoren die staan beschreven in de vorige hoofdstukken hebben we een aantal uitgangspunten geformuleerd voor het doel, het online format, de inhoud en begeleidingsstijl van de interventie uit de blauwdruk.

Doel en subdoelen van de interventie

Op basis van het onderzoek hebben we de volgende doelstelling en subdoelen geformuleerd voor de interventie. Het doel van de interventie is het vergroten van de kans op werk doordat cliënten actiever en effectiever re-integratiegedrag vertonen. Hiermee benutten cliënten hun mogelijkheden om werk te vinden zo optimaal mogelijk, binnen de grenzen van hun eigen invloedssfeer. Om actief en effectief re-integratiegedrag te stimuleren zijn de volgende (deels overlappende) subdoelen op het gebied van houding en vaardigheden van belang:

- Het versterken van het zelfbeeld m.b.t. re-integreren (meer vertrouwen in de eigen capaciteiten om te re-integreren en minder zelfstigma).
- Het effectief leren omgaan met de obstakels tijdens het re-integratieproces, in het bijzonder de obstakels die de psychische klachten opwerpen (zoals stigma en zelfstigma).
- Het versterken van werkzoek- en presentatievaardigheden zoals: weten wat voor baan er bij je past, vacatures vinden via netwerken, of het voeren van sollicitatiegesprekken.
- Het versterken van de intentie en de intrinsieke motivatie om te re-integreren.

Gezien het multidisciplinaire karakter van de interventie is het van belang om gedurende de dienstverlening deze focus op het bevorderen van arbeidsparticipatie vast te houden. Dit betekent niet dat de psychische klachten geen onderwerp van gesprek zijn. Het is belangrijk om vanaf het begin open over deze klachten te zijn en ze te benoemen als belangrijk obstakel voor het vinden van werk. De psychische klachten moeten daarbij niet gemedicaliseerd worden (spreek niet van stoornissen of diagnoses). Deze insteek komt idealiter ook terug in de titel van de interventie.

Uitgangspunten voor de inhoud van de interventie en de begeleidingsstijl

Om te borgen dat de interventie doelgericht en efficiënt ingezet kan worden, is het belangrijk om een aantal elementen aandacht te geven of aan bod te laten komen. Deze staan kort weergegeven in onderstaand kader en daarna verder toegelicht.

Elementen voor de inhoud van de interventie en de begeleidingsstijl

- Een begeleide groepsinterventie;
- Een veilige sfeer;
- Betrekken van het netwerk onder regie van de cliënt;
- Gebruik van technieken voor gedragsverandering;
- Gecombineerd versterken van werkzoekvaardigheden en de intrinsieke motivatie;
- Werkgerichte cognitieve gedragstherapie (CGT);
- Terugvalpreventie;
- Oefenen van vaardigheden in een niet digitale (werk)setting.

Toelichting op de uitgangspunten.

➔ Begeleide groepsinterventie.

Door de interventie (deels) in groepsverband aan te bieden kunnen deelnemers elkaar steunen (lot-genotencontact), elkaar op ideeën brengen en elkaar versterken in oplossingen. Daarnaast blijkt een groepsinterventie effectief vorm te geven in een online format. Omdat online groepsbegeleiding alleen nog maar effectief is gebleken in chatvorm zijn we bij de blauwdruk uitgegaan van een groeps-chat (en bijvoorbeeld niet met videobellen). Het groepsproces wordt aangestuurd door een begeleider, die er ook voor kan zorgen dat mensen elkaar niet versterken in negativiteit of passiviteit ('elkaar de put in praten').

➔ Veilige sfeer.

Een veilige sfeer is essentieel voor het succes van een interventie. Deze veiligheid kan worden vormgegeven door deelnemers 1 vaste begeleider te geven die idealiter niet optreedt in de rol van handhaver van een uitkeringsverstrekker. Angst voor consequenties voor de uitkering kunnen de veiligheid verstoren. De vaste begeleider kan, in overleg met de cliënt, wel contact hebben met een multidisciplinair team op de achtergrond. Hierbij kan het ook zinvol zijn ervaringsdeskundigen te betrekken. Wanneer de begeleider een professional is van een uitkeringsverstrekker, is het soms niet haalbaar om de handhavingsrol te vermijden. In dat geval is het belangrijk dat een professional op andere manieren investeert in het creëren van een veilige omgeving. Allereerst door al tijdens het toelichtingsproces duidelijk te zijn over wat de handhavingsrol voor consequenties heeft binnen de online interventie.

➔ Betrekken van netwerk onder regie van de cliënt.

De cliënt heeft de regie over het betrekken en afstemmen met anderen. Stimuleer en faciliteer deelnemers om hun netwerk te betrekken, zowel het professionele netwerk als het privé netwerk.

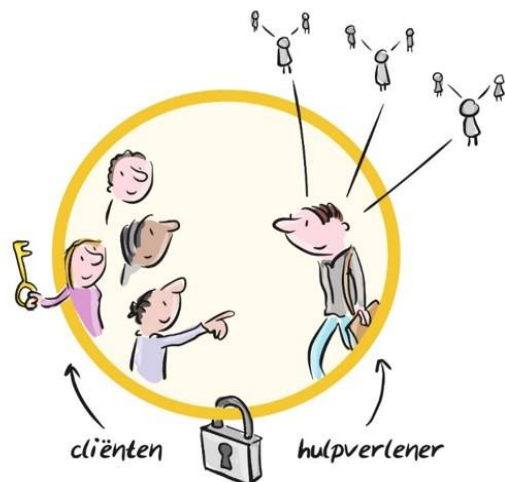
➔ Technieken voor gedragsverandering.

Zorg dat de begeleider technieken voor gedragsverandering gebruikt waarmee hij de *self-efficacy* en intrinsieke motivatie met betrekking tot re-integratie van de cliënt versterkt. Daarmee wordt de cliënt in de rol gezet van expert over zijn eigen leven (*empowering*). *Self-efficacy* is het vertrouwen dat mensen hebben dat zij succesvol re-integratie activiteiten kunnen verrichten zoals het voeren van een sollicitatiegesprek. Er zijn veel verschillende bewezen effectieve technieken voor gedragsverandering en het versterken van *self-efficacy*. De volgende zijn effectief gebleken in de context van re-integratie, ook voor mensen met CMD:

- Sociale steun bieden/stimuleren;
- Effectief gedrag bekrachtigen, en indirect voordoen van effectief gedrag ('*modeling*');
- Deelnemers laten committeren aan acties of oplossingen;
- Deelnemers laten anticiperen op en overwinnen van tegenslag;
- Deelnemers actief laten leren (ervaren, zelf bedenken, variatie in leervormen);
- Faciliterende rol begeleider (geen expertrol, maar iemand die deelnemers stimuleert hun eigen kracht en ervaring in te zetten);
- Stellen van doelen (stapsgewijs & met diverse uitvoeringsstrategieën). Met name het stellen van leerdoelen kan de *self-efficacy* versterken omdat vanuit een leeroriëntatie je eigenlijk niet kunt falen (je leert altijd wel iets). Vanuit een leeroriëntatie blijken mensen actiever en effectiever te kunnen re-integreren;
- Geen confronterende technieken, sancties of competitie tussen mensen.



Figuur. De groep steunt elkaar en versterkt elkaar in oplossingen



Figuur. De cliënt heeft de regie over afstemming met anderen

- ➔ Gecombineerd versterken van werkzoekvaardigheden en de intrinsieke motivatie. Besteed aandacht aan intrinsieke motivatie (zie vorige punt) en combineer dit met het versterken van werkzoekvaardigheden zoals het voeren van sollicitatiegesprekken of het vinden van vacatures via netwerken. Hierbij is het belangrijk om:
 - Eerst de intrinsieke motivatie en *self-efficacy* te versterken, en daarna pas meer aandacht voor vaardigheden te hebben;
 - Bij het versterken van vaardigheden gebruik te maken van de expertise en ervaring van de deelnemers ("Hoe zouden jullie dit aanpakken?"). Te veel uitleggen of expliciet het goede voorbeeld geven ("Zo moet het dus") draagt niet bij aan de *self-efficacy* of empowerment van de cliënt. Het geven van goede voorbeelden kan wel indirect, waarbij je het aan deelnemers overlaat om te bepalen wat zij bruikbaar vinden uit het voorbeeld.
- ➔ Werkgerichte cognitieve gedragstherapie (CGT). Gebruik technieken uit de CGT en maak deze werkgericht door het werk en de re-integratie als context te gebruiken om reguliere therapiedoelen te bereiken. Voor een deel overlappen deze CGT-technieken met de meer algemene technieken voor motivatie en gedragsverandering. Specifieke CGT interventies zijn bijvoorbeeld:
 - Werkgerichte psycho-educatie: begrip, perspectief en hoop bieden wat betreft het klachtenbeloop. Daarnaast de invloed van de klachten op werkfunctioneren benoemen en de positieve invloed van werken op het klachtenherstel;
 - Mensen leren hoe ze door anders denken aan hun herstel kunnen werken (cognitieve herstructurering). Bijvoorbeeld door het registreren van situaties, gedachten en gevoelens. En door het bedenken van alternatieve, meer helpende gedachten. Of het leren van sturen van de aandacht naar een taak (zoals solliciteren) in plaats van je interne gevoelens en gedachten;
 - Stimuleren van blootstelling in de (werk)praktijk. Het is belangrijk om niet alleen tijdens een sessie te praten over en te oefenen met dingen die mensen moeilijk vinden. Maar mensen moeten dit ook in de re-integratie praktijk gaan uitproberen en oefenen.
 - Terugvalpreventie: zodat cliënten hun herstel, en (re-integratie)plannen vasthouden wanneer de begeleide interventie is afgelopen.

- ➔ Oefenen van vaardigheden in een niet digitale (werk)setting
Volgens het 'first place then train' principe is het belangrijk dat mensen snel een (tijdelijke) werkplek hebben om (coping)vaardigheden te oefenen en op basis van de feedback uit de werkpraktijk hun vaardigheden verder te versterken. Een dergelijke oefenwerkplek is niet altijd voorhanden voor werklozen. In de blauwdruk wordt het zoeken van zo'n werksetting (bijvoorbeeld met vrijwilligers-werk) gestimuleerd. Daarnaast wordt het oefenen van vaardigheden in een reële (niet digitale) setting gestimuleerd.



Figuur. Met het gebruik van leerdoelen en een leer-oriëntatie (onder) heb je meer kans op een baan dan bij een prestatiedoel (boven)

Uitgangspunten voor het online format

Online dienstverlening biedt andere mogelijkheden en andere uitdagingen dan *face-to-face* dienstverlening. Het is daarom belangrijk om een aantal uitgangspunten te hanteren, specifiek voor het online format. Deze staan kort weergegeven in onderstaand kader en daarna verder toegelicht.

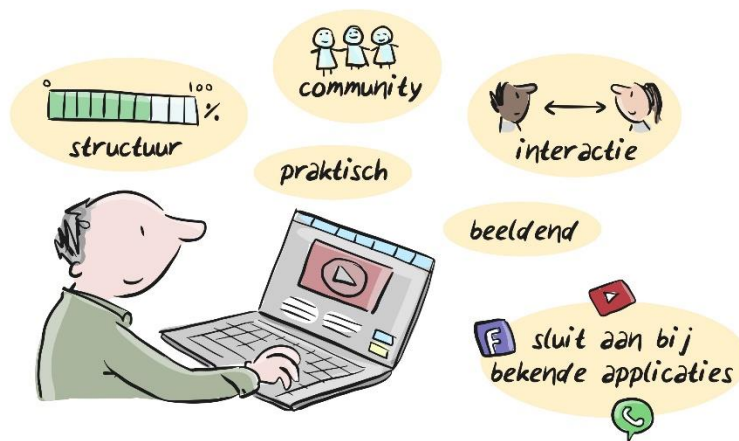
Elementen voor het online format

- ➔ Digitale interactie is (groepsgewijs) mogelijk;
- ➔ De inhoud is niet te complex of te veel;
- ➔ De interventie heeft een goede structuur;
- ➔ De structuur is in balans met keuzevrijheid /maatwerk;
- ➔ De technologie is nuttig, toegankelijk, aantrekkelijk en betaalbaar.

Toelichting uitgangspunten.

- ➔ Digitale interactie is (groepsgewijs) mogelijk.
Er is digitale interactie mogelijk tussen de cliënt en een begeleider en/of tussen cliënten onderling. Begeleide en interactieve onlinehulp verkleinen namelijk het risico op uitval en zijn effectiever dan interventies zonder interactie. Dit kan bijvoorbeeld in een groeps-chat, een besloten forum, of videobellen voor tweetallen /kleine groepen.
- ➔ De inhoud is niet te complex of te veel.
Hier zijn geen harde regels voor, maar de volgende punten kunnen als leidraad dienen:
 - Probeer de informatie en opdrachten praktisch te houden, zoals het lezen of uitwisselen van tips. Geef van eventuele theorie alleen de kern weer (tekst ondersteund met beeldmateriaal). In begeleide sessies kunnen complexere onderwerpen aan bod komen dan bij onbegeleide zelfhulp;
 - De 'concentratiespanne' voor onbegeleide zelfhulp (zoals online tekst lezen, filmpjes bekijken of opdrachten invullen) is ongeveer een half uur per keer. Voor begeleide hulp (bijvoorbeeld een chat sessie, videobellen of e-mailverkeer) ligt dit waarschijnlijk iets hoger (45-60 minuten);
 - Het is van belang dat een interventie niet te veel verschillende onderdelen bevat. Een interventie met 20 verschillende modules zal waarschijnlijk te veel zijn en ervoor zorgen dat mensen het overzicht verliezen (zie ook volgende punt over structuur).
- ➔ De interventie heeft een goede structuur.
De structuur zorgt ervoor dat mensen overzicht behouden, weten 'waar ze zitten' in het programma. Dit kan visueel bijvoorbeeld met tabbladen of taakbalken die gedurende de hele interventie zichtbaar blijven. Ook kan de structuur worden ondersteund door bij de start een overzicht van het hele programma te geven en bij ieder nieuw interventie onderdeel duidelijk uit te leggen wat de plaats in het grotere geheel is (terugblikken en vooruitblikken. Dit soort toelichting kunnen standaard onderdelen zijn (tekst of filmpjes), maar kunnen ook door de begeleider worden gegeven tijdens momenten van online interactie.
- ➔ De structuur is in balans met keuzevrijheid /maatwerk.
Om deelnemers gemotiveerd te houden is het ook van belang dat de structuur niet een te strak keurslijf is. Mensen moeten zoveel mogelijk zelf keuzemogelijkheid hebben over hoe en wanneer ze een opdracht uitvoeren. En dat ze ervaren dat een interventie persoonlijk relevant voor ze is. Dit kan op basis van: de inschatting van een begeleider, een expliciete keuze van de cliënt, of meer geautomatiseerd op basis van screeningsgegevens.
 - Snijd filmpjes van voorbeeldcliënten toe op demografische kenmerken van de cliënt zodat deze zich hier meer mee kan identificeren (*tailoring* op screeningsgegevens).
 - Bied meerdere vormen van een oefening aan waaruit cliënten zelf kunnen kiezen.

- De begeleider maakt een inschatting over welk materiaal voor een specifieke cliënt zinvol is om over 'verder te lezen/kijken'.
- ➔ De technologie is nuttig, toegankelijk, aantrekkelijk en betaalbaar. Om de technologie optimaal te laten ondersteunen bij het bereiken van de interventiedoelen is het van belang om:
 - Aan te sluiten bij bekende applicaties. Zorg dat de online interventie aansluit bij de manier waarop mensen ICT gebruiken in hun dagelijks leven. Bijvoorbeeld doordat de locatie van knoppen overeenkomt met een veelgebruikte applicatie zoals Facebook of WhatsApp. Dit betekent ook dat de technologie niet zo geavanceerd of innovatief is dat deze een te grote drempel opwerpt voor gebruik.
 - Gebruik te maken van beeldmateriaal, zoals van foto's of filmpjes. Hier gaat een motiverende werking vanuit, en vermindert mogelijke taalbarrières. De kwaliteit van de filmpjes kan daarbij wel erg bepalend zijn.
 - Te variëren in vorm. Zoals afwisseling tussen: tekst lezen of luisteren, invulopdrachten, doe-opdrachten voor in de praktijk, filmpjes bekijken, brainstorm of uitwisseling met andere deelnemers.
 - Spelprincipes te gebruiken. Het inzetten van games kan helpen om op een effectievere manier kennis over te brengen doordat het gebruikmaakt van ervaringsleren en spelenderwijs leren. Naast games kun je ook gebruikmaken van *gamification* waarmee je activiteiten die niet als spel worden gezien met behulp van *game*-elementen boeiend, aantrekkelijk en leuk maakt. Hierdoor wordt het actief meedoen aan de interventie als belonend ervaren. Dit kan bijvoorbeeld door visualisatie van de voortgang, groei van een persoonlijk profiel, dingen kunnen verzamelen, het gebruiken van een avatar die bepaalde krachten kan krijgen. Het inzetten van *gamification* zal waarschijnlijk financieel aantrekkelijker zijn dan het inzetten van (complexe) games. Voor zowel games als voor *gamification* is het binnen de context van re-integratie van belang dat ze geen competitie tussen deelnemers onderling aanwakkeren of het bereiken van prestatiedoelen stimuleren. Er zijn echter ook games die inspelen op hele andere spelbehoeften van mensen zoals sociale interactie, samenwerken, onderzoeken, ontdekken, creëren en leren.



Figuur. Kenmerken van aantrekkelijk en motiverend online aanbod.

BLAUWDruk VAN DE INTERVENTIE

In dit hoofdstuk beantwoorden we een deel van de tweede onderzoeksvraag: *Welke effectieve onderdelen moeten terugkomen in een prototype online interventie voor werklozen met CMD: hoe ziet een blauwdruk eruit? In het vorige hoofdstuk hebben we enkele algemene uitgangspunten van de blauwdruk uiteengezet. In dit hoofdstuk staan tips beschreven over hoe de interventie zelf (vorm en inhoud) doelmatig kan worden ingericht. De inhoudelijke onderdelen van de interventie zijn opgedeeld op in de volgende thema's:*

Inhoud van de interventie

- 1) Algemene kenmerken van iedere groepsessie;
- 2) Veiligheid creëren, perspectief bieden, versterken zelfbeeld;
- 3) Toekomstbeeld creëren: leerdoelen stellen, uitvoeringsplan maken;
- 4) Anticiperen & overwinnen obstakels bij re-integratie;
- 5) Werkzoek- en presentatievaardigheden;
- 6) Follow-up: monitoren, evalueren en vasthouden.

Algemene kenmerken van iedere groepsessie

Voor de groepsessies met cliënten kunnen we een aantal algemene kenmerken en onderdelen onderscheiden:

- ➔ Het is een groepsinterventie van ongeveer 6 sessies, aangevuld met individuele opdrachten. De sessies kunnen verspreid over enkele weken worden aangeboden (bijvoorbeeld 4 weken).
- ➔ De groepsessie vindt plaats middels een groeps-*chat* waarin ongeveer 5-8 personen meedoen. Daar waar in de blauwdruk worden als 'wissel uit' of 'brainstorm' wordt een digitale interactie bedoeld middels de *chat*.
- ➔ Deelnemers kunnen van alle opdrachten voorbeelden inzien zoals deze door voorbeeldgebruikers zijn ingevuld.
- ➔ De individuele opdrachten die cliënten online maken zijn 'default' zichtbaar voor de begeleider, maar een deelnemer mag dit ook uitzetten. Het zichtbaar maken van de individuele opdrachten voor mede-deelnemers is een actieve keuze.
- ➔ De begeleider komt bij vervolgbijeenkomsten terug op het huiswerk (bijvoorbeeld: "*Hoe is het gegaan, wie heeft er nog vragen over*", "*Wil je een ervaring, succes of inzicht delen met de rest van de groep?*"). Ook wordt iedere bijeenkomst afgesloten met een korte evaluatie (bijvoorbeeld: "*Wat heeft er wel en niet voor je gewerkt deze keer?*").
- ➔ Zorg dat deelnemers de hele interventie door in een leermodus komen of blijven. Dit betekent dat deelnemers hierop bekrachtigd worden (hier complimenten of aandacht voor krijgen) en dat het niet belangrijk is dat ze alle oefeningen van de interventie 'goed' doen. Als ze er maar groeien in hun zelfvertrouwen zodat er genoeg veiligheid is om te leren. Ieder op zijn eigen manier en in zijn eigen tempo.
- ➔ Verder maakt de begeleider van de interventie gebruik van algemene technieken voor gedragsverandering en intrinsieke motivatie zodat mensen versterkt worden in hun zelfbeeld en empowerment.
- ➔ Deelnemers kunnen de interventie in principe volgen op alle devices met een internetverbinding (zoals een *Smartphone*, *tablet*, *laptop* of *PC*).

Veiligheid creëren, perspectief bieden, versterken zelfbeeld

Bij de start van de interventie is het van belang dat mensen zich veilig voelen. Dat legt de basis voor het succes van de hele interventie. Daarnaast is het van belang dat mensen worden gesterkt in hun zelfvertrouwen en perspectief op verbetering zien. Dat is nodig om de motivatie voor actieve inzet tijdens de interventie te borgen. Ook legt dit de basis voor het latere versterken van vaardigheden: Als je verwacht dat je het kunt (zelfvertrouwen) en dat het zin heeft (perspectief) zal je sneller in actie komen. Wees als begeleider dan ook geduldig in deze fase en verwacht niet te snel resultaten wat betreft vaardigheden of werk.

Veilige sfeer creëren

Voor een duurzame effectieve interventie is het bieden van een veilige sfeer cruciaal. Dit kun je op een aantal manieren doen:

- ➔ Bied overzicht en houvast
 - Laat deelnemers voorafgaand aan de eerste groepsbijeenkomst de *outline* van de cursus en de afspraken over de omgangsvormen lezen of bekijken op een filmpje. De *outline* betreft de onderwerpen die aan bod komen, maar ook de visie achter de interventie (de leeroriëntatie). De omgangsvormen bestaan uit een gering aantal basis regels (zoals respect, vertrouwelijkheid en vrijwilligheid). Daarnaast is het goed om een uitleg te geven over de rollen van de begeleider en de deelnemers (wie doet wat, wie ziet wat, hoe geef je online aan dat je 'spreektijd' wilt).
 - Vraag tijdens de start van de eerste groepsbijeenkomst expliciet om instemming met de basisregels en of mensen nog vragen hebben over de *outline* en omgangsvormen.
- ➔ Investeer in een zorgvuldige kennismaking
 - Vraag deelnemers voorafgaand aan de eerste groepsbijeenkomst een basaal eigen profiel in te vullen dat zichtbaar is voor anderen uit de groep. Zoals: je voornaam, wat je graag doet in je vrije tijd, een tip voor andere werkzoekenden (wat heb jij geleerd). De voornaam is hierbij het enige verplichte veld. Dit profiel blijft tijdens de hele interventie toegankelijk. Deelnemers worden gedurende de interventie uitgenodigd om aanvullingen te doen aan dit profiel. Hierbij hebben de deelnemers de keuze om die aanvullingen ook zichtbaar te maken voor andere groepsleden.
 - Nodig deelnemers uit zichzelf voor te stellen in de groeps-chat, bijvoorbeeld door iets te delen over hun sterke kanten, iets toe te lichten over wat ze geleerd hebben tijdens hun zoektocht naar werk tot nu toe en eventueel het soort werk waar ze naar opzoek zijn.
 - Geef deelnemers die hieraan behoefte hebben de mogelijkheid om digitaal 'na te praten' zonder dat de begeleider daar bij is.

Perspectief bieden door werkgerichte psycho-educatie

Bied deelnemers voorafgaand aan de interventie werkgerichte psycho-educatie aan (in tekst en film) en stip de boodschap deze psycho-educatie ook aan tijdens de eerste groepsbijeenkomst. Hierbij kunnen de volgende aspecten aan bod komen:

- ➔ Klachten kunnen verminderen. Daarnaast kun je leren omgaan met je klachten, ook in een werksituatie.
- ➔ Impact van psychische klachten op werken of re-integreren (mensen ervaren steun doordat wordt erkend dat 'niet lekker in je vel zitten en werk zoeken' best een lastige combinatie kan zijn).
- ➔ Belang van werk bij herstel. Werk biedt allerlei voordelen zoals structuur, afleiding, sociale contacten, je nuttig voelen, jezelf ontwikkelen. Door alleen maar rust te nemen en niet te werken zullen je klachten niet herstellen, en vaak juist erger worden.
- ➔ Uitleg over de klachten en hoe vaak CMD voorkomen. Hierdoor ervaren mensen (h)erkenning van hun klachten, weten ze dat ze niet de enige zijn die dit hebben. Daarnaast werk je zo nodig aan de bewustwording dat de klachten samen gaan met 'irrationele gedachten' (waardoor je bijvoorbeeld geen kleine successen meer ziet in je re-integratie proces, terwijl die er wel zijn).

Het is daarbij belangrijk dat de psycho-educatie niet medicaliserend werkt (noem klachten bijvoorbeeld geen diagnose of stoornis).

Zelfbeeld versterken

Een belangrijk element van de interventie is dat deelnemers hun zelfbeeld versterken. Dit kun je doen door de deelnemers te vragen:

- ➔ In kaart te brengen welke vaardigheden en kwaliteiten ze hebben. Bijvoorbeeld door een lijst met kwaliteiten die cliënten individueel aanvinken en aanvullen (vóór de groepsessie) met de mogelijkheid dit te delen met de begeleider, gevolgd door positieve feedback van de begeleider.
- ➔ Tijdens de groepsbijeenkomst deze kwaliteiten te delen met de groep.
- ➔ Als huiswerk (na de groepsbijeenkomst) hun lijst met kwaliteiten te delen met hun eigen netwerk en uitbreiden. Bijvoorbeeld door:
 - Vertrouwde mensen uit hun netwerk om aanvullingen te vragen op hun lijst met kwaliteiten ('welke sterke eigenschappen vind jij bij mij passen'). Dit kan ondersteund worden met een berichten service.
 - Te kijken op online profielen van mensen uit hun netwerk om inspiratie op te doen (past dat ook bij mij?).
 - Hun persoonlijk profiel op de interventie website (en/of LinkedIn) aan te vullen.
- ➔ Als huiswerk iedere dag een positief punt in te vullen via een app of een interventie website (iets waar je tevreden over bent, wat je leuk vond, of goed vond van jezelf). Laat deelnemers dit een bepaalde periode doen (bijvoorbeeld een week), en geef ze daarna de keuze om hiermee door te gaan (tijdens het verdere verloop van de interventie).
- ➔ Te brainstormen in de groeps-chat over welke banen of activiteiten goed passen bij de gedeelde kwaliteiten.

Belangrijk daarbij is dat de begeleider concrete positieve feedback geeft over de kwaliteiten van de cliënten, en hierbij ook het nut van deze kwaliteiten voor het bereiken hun doelen benoemt. Hierbij is het vooral belangrijk om kwaliteiten te bekrachtigen die passen bij een leeroriëntatie (zoals verschillende/nieuwe dingen uitproberen of doorzettingsvermogen). Enkel complimenten geven over bereikte prestaties kan als negatief bijeffect hebben dat deelnemers zich te veel gaan focussen op presenteren in plaats van leren.

Toekomstbeeld creëren: leerdoelen stellen, uitvoeringsplan maken

Voor een effectief re-integratieproces is het belangrijk dat deelnemers goed zicht hebben op hun eigen krachten (vorige onderdeel), maar ook op hun eigen behoeften op het gebied van werk: "Wat voor werk wil je, wat past bij jouw krachten en welke randvoorwaarden zijn nodig?". De volgende onderwerpen zijn belangrijk om aan de orde te laten komen:

Motivatie om te werken: voordelen en nadelen

Breng de voor- en nadelen van werken in kaart binnen de groeps-chat. Sommige deelnemers zien nog veel beren op de weg, en zullen niet direct het vinden van betaald werk in hun toekomstbeeld een plek geven. Het is goed om hier groepsgewijs ruimte aan te geven want:

- ➔ Dit geeft de deelnemer erkenning voor de ervaren nadelen of obstakels.
- ➔ Als begeleider krijg je een idee van waar de pijnpunten en weerstanden zitten die verderop in de begeleiding geadresseerd moeten worden (zie onderdeel 'omgaan met obstakels').
- ➔ Ook horen deelnemers voordelen van elkaar wat mogelijk al een deel van de weerstand wegneemt. Eventueel kunnen deelnemers voor/na de groepsbijeenkomst filmpjes bekijken waar gebruikers aangeven wat het ze gebracht heeft om weer te werken of waarom ze graag willen werken. Dit is aan te raden wanneer weinig mensen bij de screening een expliciete werk wens hebben aangegeven.

Werkvoorkeuren

- ➔ Deelnemers brengen individueel hun werkvoorkeuren in kaart in categorieën als:
 - Inhoud en aard van het werk (welke branche/functie, alleen werken of samenwerken, veel of weinig verantwoordelijkheid, veel afwisseling of routines, mentale belasting van het werk),
 - Arbeidsomstandigheden (regelmogelijkheden, fysieke werkplek binnen/buiten, alleen of in een kantoorruimte)
 - Arbeidsvoorwaarden (salaris, omvang contract, werktijden),
 - Bedrijfscultuur (stijl leidinggevende, collega's).
- Het in kaart brengen van werkvoorkeuren kan op verschillende manieren zoals: aanvinken op een lijst met bestaande opties, of het bekijken van vacatures waarbij deelnemers aangeven welke aspecten ze wel en niet aanspreken. Dit onderdeel leent zich waarschijnlijk ook om in een simpele game of met behulp van *gamification* vorm te geven.
- ➔ Deelnemers bekijken voorbeelden (in tekst of film) van mensen met CMD die een goede match hebben gevonden tussen hun eigen voorkeuren en het werk (met aandacht voor behoeften die voortvloeien uit CMD zoals extra pauzes).
- ➔ Deelnemers worden in tweetallen opgedeeld en wisselen in een afgeschermd *chat* (of eventueel middels videobellen) de voorkeuren uit, en stellen samen een individueel 'werkprofiel' op.
- ➔ Bespreek de opdracht in de groeps-*chat* na, waarbij aandacht kan worden besteed aan:
 - Het uitwisselen van mooie voorbeelden;
 - De mogelijke discrepantie tussen de werkprofielen en het aanbod op de arbeidsmarkt /de visie op passend werk vanuit een uitkeringsverstrekker: Wat zien de deelnemers als manieren om met zo'n discrepantie om te gaan en hoe kunnen zij een dergelijke realiteit inpassen in hun leerdoelen en plannen?
- ➔ Nodig deelnemers uit om hun werkprofiel toe te voegen aan hun persoonlijk profiel en deze te delen met de rest van de groep.

Leerdoelen opstellen (en bijstellen)

Een effectieve interventie begint met het opstellen van concrete doelen die de deelnemers ook vertalen naar concrete acties in een plan. Dit kan worden vormgegeven in de volgende activiteiten:

- ➔ Deelnemers lezen of bekijken individueel uitleg over wat leerdoelen zijn (met voorbeelden) en waarom het stellen van leerdoelen zinvol is bij het zoeken naar werk (zie bijlage 6 voor een tekstueel voorbeeld). Eventueel aangevuld met een quiz (begrijpen ze na de uitleg het onderscheid tussen leer- en prestatiedoelen).
- ➔ Deelnemers oefenen groepsgewijs in het stellen van leerdoelen. De begeleider geeft hierbij eerst een persoonlijk voorbeeld^p en straalt daarbij een leeroriëntatie uit ('*practice what you preach*'). Daarna bedenkt de groep enkele leerdoelen, en ze wisselen uit of het een goed leerdoel is, op basis van de volgende criteria:
 - Concreet genoeg,
 - Haalbaar (niet te moeilijk),
 - Niet te makkelijk (anders kun je niets leren),
 - Opgedeeld in subdoelen.
- ➔ Deelnemers gaan individueel starten met leerdoelen bedenken (wat willen zij leren bij hun zoektocht naar werk). Daarna wisselen ze feedback hierover uit (eerst in tweetallen en vervolgens groepsgewijs).
- ➔ Deelnemers krijgen enkele voorbeelden te zien van uitgewerkte uitvoeringsplannen bij leerdoelen van andere gebruikers.

^p Het gebruiken van persoonlijke voorbeelden kan de sociale afstand verkleinen tussen de deelnemers en de begeleider waardoor de begeleider als geloofwaardiger rolmodel fungeert en effectiever het gedrag van deelnemers kan beïnvloeden.

- ➔ Deelnemers bedenken individueel stapsgewijs een uitvoeringsplan bij hun leerdoel (hoe gaan ze met hun leerdoel aan de slag). Hierbij worden ze gestimuleerd om diverse uitvoeringsstrategieën te bedenken (wat kun je doen als je eerste strategie niet goed werkt voor je). Daarnaast is het van belang dat het plan stapsgewijs is ingericht (met haalbare tussendoelen).
- ➔ Deelnemers worden uitgenodigd om:
 - Hun plan toe te voegen aan hun persoonlijk profiel, en dit te delen met de andere groepsleden en/of hun VIP netwerk.
 - Tussentijdse leersuccessen/ervaringen te delen met de groep en hun VIP netwerk. Dit leent zich waarschijnlijk goed voor vormgeving middels een *game* of *gamification*. Ook moet hier in de vervolgroepsbijeenkomsten regelmatig bij stil gestaan worden. Mensen met CMD hebben namelijk vaak de neiging om hun eigen successen niet te zien, of successen niet aan zichzelf (eigen inspanningen of kwaliteiten) toe te schrijven. Let als begeleider er wel op dat mensen blijven denken vanuit een leeroriëntatie (waarbij een focus is op de leerervaringen binnen een individu) en dat het delen van ervaringen niet richting het toetsen of onderling vergelijken van behaalde prestatiedoelen gaat.

Prioriteiten stellen (optioneel)

Arbeidsparticipatie is niet de enige prioriteit die deelnemers zullen hebben in hun leven. Het opstellen van een haalbaar plan dat is afgestemd op andere levensterreinen vergroot de kans op het behalen van gestelde leerdoelen. Het bereiken van doelen is weer een motor voor het versterken van *self-efficacy*. Daarnaast is het voor mensen met CMD erg belangrijk dat zij hun grenzen bewaken, om te voorkomen dat de klachten verergeren. Prioriteiten stellen is dus een belangrijke vaardigheid voor werkzoekenden met CMD. Binnen de interventie kan dit bijvoorbeeld vorm krijgen door het volgende:

- ➔ Laat deelnemers individueel (voor de groepsessie) in kaart brengen:
 - Waar ze nu hun tijd aan besteden en hoe belangrijk dat voor ze is (bijvoorbeeld per dag van de week).
 - Hoeveel tijd ze aan re-integratie activiteiten en werken willen besteden.
 - Of ze prioriteiten moeten gaan stellen, of dat ze beide soorten activiteiten gewoon kunnen voortzetten. Welke van hun huidige activiteiten willen ze zo nodig opgeven om genoeg tijd te maken voor werk/ re-integratie.
- ➔ Brainstorm via de groeps-chat over wat er lastig is aan het stellen van prioriteiten, en wat manieren zijn om hiermee om te gaan.

Anticiperen & overwinnen obstakels bij re-integratie

Zoeken en vinden van werk, is een intensieve en vaak lastige opgave, of je nu CMD hebt of niet. Iedereen komt hierbij obstakels tegen zoals afwijzingen in een sollicitatieprocedure of het omgaan met zenuwen tijdens een sollicitatie gesprek. Voor mensen met CMD spelen een aantal obstakels sterker dan voor mensen zonder CMD. Denk hierbij aan bijvoorbeeld irrationele gedachten/angsten, geen enthousiasme voor iets op kunnen brengen, moeite met concentreren, heel weinig vertrouwen in je eigen krachten, zelfstigma, of stigma bij werkgevers. In dit onderdeel over het overwinnen van obstakels komen een aantal van deze specifieke obstakels aan bod. Natuurlijk is er ook veel ruimte voor andere obstakels die mensen ervaren bij het vinden van werk, en het uitwisselen van eigen strategieën om hiermee om te gaan. Deelnemers krijgen ook een effectieve strategie aangereikt die hen mogelijk helpt bij het omgaan van hun obstakels: het uitdagen van niet-helpende gedachten (zie kader voor een voorbeeld).

Leren omgaan met niet-helpende gedachten (cognitief gedragsmodel)

Een manier om deelnemers te ondersteunen in het omgaan met obstakels, is om ze te leren omgaan met niet-helpende gedachten. Dit kun je doen door:

- ➔ Deelnemers individueel de uitleg over het 'Gebeurtenis-Gedachte-Gevoel-Gedragsmodel (GGGG-model)^a te laten lezen en/of bekijken (filmpje) voor de groepsessie. Hierin komt aan de orde:
 - Hoe gedachten je gevoel en je gedrag beïnvloeden.
 - Het onderscheid tussen gebeurtenissen, gedachtes en gevoelens (aan de hand van voorbeeld waarbij een zelfde situatie verschillende gedachtes en gevoelens kan oproepen).
 - Uitleg over niet helpende gedachten, zoals: 'alles-of-niets denken', 'gedachten lezen', 'ik zou moeten', of 'dingen te veel persoonlijk aantrekken' (met voorbeelden). Eventueel aangevuld met een quiz.
 - Voorbeelden van ingevulde GGGG-schema's (gebeurtenis, gedachte, gevoel en eventueel gedrag). Varianten met helpende en met niet-helpende gedachten.
- ➔ Deelnemers individueel een GGGG-schema in te laten vullen voor de groepsessie.
 - Geef deelnemers hierbij ook de mogelijkheid om voor de gevoelens beeld te gebruiken (zoals 'emojicons').
 - Vraag ze voor de niet-helpende gedachten die ze hebben ingevuld, helpende alternatieven te verzinnen.
 - Geef aan dat dit enige oefening vraagt, dus dat het niet meteen 'goed' hoeft te zijn.
 - Geef als begeleider individueel feedback op het schema voorafgaand aan de groepsessie.
- ➔ Bespreek groepsgewijs een werk-gerelateerd GGGG-schema:
 - Bijvoorbeeld bij de situatie van een sollicitatiegesprek: welke niet-helpende gedachten verwachten de deelnemers dan?
 - Brainstorm over hoe kun je omgaan met die niet-helpende gedachten? Welke helpende gedachten kun je ook toepassen op deze situatie?
 - Vraag ook hoe je je aandacht tijdens een sollicitatie gesprek op de taak kan richten in plaats van op jezelf/ je eigen gevoelens en gedachten. Bied de mogelijkheid om meer over deze techniek te leren.
- ➔ Geef deelnemers individueel registratie huiswerk (bijvoorbeeld via een app):
 - Vul enkele GGGG-schema's in aan de hand van situaties die je tegenkomt in de praktijk (in situaties waarin je je somber, angstig, ongemakkelijk of vervelend voelde).
 - Wijs deelnemers nog een keer op de mogelijkheid om via de app ook het positieve dingen lijstje bij te houden (zie onderdeel over versterken van het zelfbeeld).

| | Persoon 1 | Persoon 2 |
|--------------------|--|--|
| Gebeurtenis | Ik krijg geen reactie op mijn sollicitatiebrief | Ik krijg geen reactie op mijn sollicitatiebrief |
| Gedachte | "Ze vinden me niet geschikt, het zal me nooit lukken om een nieuwe baan te vinden" | "Er is vast iets aan de hand. Ze hebben het vast heel druk, of misschien is mijn brief niet goed aangekomen" |
| Gevoel | Afgewezen, onzeker, moedeloos | Rustig |
| Gedrag | Stoppen met solliciteren | Nabellen, om aanvullende informatie in te winnen |

Figuur. Voorbeeld van een ingevuld GGG schema met een helpende en een niet-helpende gedachte.

^a Voor mensen zonder GGZ achtergrond is in bijlage 4 een korte toelichting te vinden op deze techniek en het GGG-schema.

Obstakels om aangenomen te worden & oplossingen

Een andere belangrijke vaardigheid is het anticiperen op verwachte obstakels en het bedenken en toepassen van oplossingen. Dit kun je doen door:

- ➔ De deelnemers erop te wijzen dat er naast niet-helpende gedachten tijdens een sollicitatiegesprek nog meer obstakels kunnen zijn die het lastig maken om ergens aangenomen te worden.
- ➔ Aan manieren om met deze obstakels om te gaan, te werken:
 - Breng groepsgewijs deze ervaren obstakels in kaart (geef daarbij geen oordeel over de 'ernst' van de obstakels).
 - Kies hier 1 obstakel uit dat lastig veranderbaar is (zoals een strafblad, te jong/te oud, een gat in m'n cv).
 - Breng groepsgewijs in kaart wat voor zorgen of twijfel een werkgever kan hebben bij dat obstakel.
 - Brainstorm groepsgewijs wat manieren zijn om die twijfels weg te nemen.
- ➔ Te reflecteren op de manieren die zijn bedacht:
 - Hoe zorg je dat je dit ook echt kunt toepassen in de praktijk?
 - Wat maakt het lastig om de bedachte oplossingen uit te voeren, en hoe kun je zorgen dat dit toch lukt?
 - Vraag of deelnemers nog extra manieren kunnen bedenken die gebruikmaken van 'helpende gedachten' en hoe je je VIP netwerk kunt inzetten hierbij (wie kan jou helpen?).
- ➔ Deelnemers als huiswerk:
 - Individueel voor hun eigen ervaren obstakels invullen wat de twijfels van de werkgever zijn, en hoe ze die kunnen adresseren.
 - In tweetallen de bedachte strategieën uit te wisselen/ hier feedback op te geven.

Disclosure (vertel ik een werkgever over mijn psychische klachten?)

Een belangrijk dilemma waar mensen met CMD mee worstelen is óf, op welk moment en op welke manier zij anderen vertellen over hun klachten. Je kunt deelnemer hierbij ondersteunen door:

- ➔ Deelnemers vóór de groepssessie te vragen individueel ervaringsverhalen van cliënten én werkgevers lezen/kijken. Met hierin verwerkt:
 - Het is een individuele keuze waar voor -en nadelen aan zitten.
 - Een verhaal van een cliënt die het niet wil vertellen tijdens het sollicitatiegesprek.
 - Een verhaal van een cliënt die het wel heeft gedeeld.
 - Een positieve reactie van een werkgever. Bijvoorbeeld omdat een sollicitant eerlijk was, en goed de vertaalslag wist te maken naar de behoeften die hij had op het gebied van werk. En dat de sollicitant ook realistisch was over wat hij van de werksituatie aan steun of aanpassingen kon verwachten.
 - Een negatieve reactie van een werkgever. Bijvoorbeeld over iemand die z'n hele levensverhaal ging vertellen tijdens het sollicitatiegesprek (veel te open was, niet doseerde).
- ➔ Deelnemers groepsgewijs hun ervaringen te laten delen over openheid over hun klachten. En laat ze groepsgewijs voor en nadelen op een rij zetten.
- ➔ Samen met de deelnemers te brainstormen over manieren om je psychische kwetsbaarheid te bespreken met werkgevers. Bijvoorbeeld:
 - Hangt dit af van het type functie (in hoeverre schat je in dat je klachten jouw werk functioneren beïnvloeden).
 - Hangt dit af van het type branche/werkgever (in de ene bedrijfscultuur heerst misschien meer stigma dan in de ander).
 - Wanneer vertel je het (tijdens je sollicitatie of pas als je aangenomen bent).
 - Neem je cijfers mee over het voorkomen van CMD (het komt veel voor, u heeft nu ook al mensen in dienst met CMD).
- ➔ Individueel huiswerk te geven:

- Het maken van een persoonlijke keuze (in welke situatie wel/ niet).
- Optioneel tips lezen/bekijken over: Wat vertel je de werkgever en hoe pak je dat aan? Voorbeeld sollicitatiegesprekken waarin iemand wel of niet open is.

Werkzoek -en presentatievaardigheden

In bijna alle reguliere (*face-to-face* of online) sollicitatietrainingen is aandacht voor werkzoek- en presentatievaardigheden. Zoals: hoe vind ik vacatures, hoe maak je een cv of een sollicitatiebrief, en hoe vertel ik over mijn kwaliteiten in een sollicitatiegesprek. Dit is effectief om te doen wanneer dit samengaat met een manier die de intrinsieke motivatie en het zelfvertrouwen van mensen borgt. Dit betekent dat het versterken van deze vaardigheden gebeurt op basis van de ervaring en expertise van de deelnemers. Een begeleider neemt dus geen lesgevende expert houding aan (dus niet: "Ik zal je laten zien wat de juiste manier is"). Een begeleider kan deelnemers wel laten nadenken over voordelen en risico's van oplossingen die de groep verzint.

Vaardigheden

- ➔ Laat deelnemers voorafgaand aan de groepsessie kijken naar reële voorbeelden van een brief en sollicitatiegesprekken (film), waar effectieve en minder effectieve strategieën naar voren komen (geen karikaturen). Vraag deelnemers na te denken over de punten die ze sterk vonden. En welke adviezen ze nog hebben voor deze sollicitanten (zet deelnemers in een expertrol).
- ➔ Vraag deelnemers tijdens de groep sessie hun feedback op de brief en de filmpjes te delen. Vraag deelnemers expliciet hoe zij denken dat gedragingen/uitspraken van de sollicitant op hun zouden overkomen als zij werkgever waren.
- ➔ Wijs de deelnemers na de groepsessie op bestaande:
 - Online sollicitatie trainingen ter inspiratie (bijvoorbeeld via werk.nl met gratis online trainingen 'solliciteren' en 'een baan vinden via social media')
 - Plekken waar je vacatures kunt vinden (bijvoorbeeld via werk.nl)
- ➔ Netwerken algemeen.
 - Geef kort (in filmpje/ tekst) het belang van netwerken aan & hoe dit werkt.
 - Vraag deelnemers voorafgaand aan de groepsbijeenkomst hun netwerk verder in kaart te brengen (ze hebben eerder al hun VIP netwerk ingevuld). Geef hierbij voorbeeld categorieën aan (buren, sport, school, vorige werkgever, vrijwilligerswerk, kerk, familie, vrienden etc). Bied hierbij bijvoorbeeld ook de mogelijkheid om foto's van deze mensen toe te voegen.
 - Nodig deelnemers uit om de online profielen van mensen in hun netwerk te bekijken (bijvoorbeeld LinkedIn). Wat voor mensen kennen zij? Zitten daar mensen bij die interessant kunnen zijn wanneer jij bezig bent met jouw leerdoelen?
 - Laat deelnemers groepsgewijs tips uitwisselen over manieren om je netwerk goed te gebruiken en zo nodig uit te breiden.
- ➔ Voorbereiden netwerkgesprek.
 - Vraag deelnemers individueel iemand uit hun netwerk te kiezen om hier een netwerkgesprek mee te gaan voeren
 - Laat deelnemers dit netwerk gesprek individueel voorbereiden (wat wil ik bereiken met het gesprek en hoe ga ik dat aanpakken, hoe omschrijf ik naar wat voor werk ik op zoek ben). Bied ingevulde voorbeelden aan van zo'n voorbereiding.
 - Laat deelnemers in tweetallen hun ideeën uitwisselen/feedback geven.
- ➔ Leerwensen ten aanzien van sollicitatie vaardigheden.
 - Laat deelnemers aangeven wat ze nu nog het meest lastig vinden aan solliciteren (met betrekking tot vacatures vinden, een brief schrijven, een cv opstellen, een sollicitatiegesprek voeren). En wat ze dus nog graag willen leren (leg de link naar het stapsgewijze leerdoelplan)

- Brainstorm met de groep voor 1 of meer leerpunten wat manieren zijn om hier meer over te leren. Vraag iedereen om op basis hiervan hun stapsgewijze leerdoelplan zo nodig aan te vullen.
- ➔ Huiswerk:
- Nodig deelnemers uit om voorbeelden van hun eigen sollicitatiebrief te 'posten' / te delen met groepsleden voor feedback.
 - Stimuleer deelnemers om het voorbereide netwerkgesprek (of eventueel sollicitatiegesprek) echt te gaan voeren in de praktijk.
 - Nodig deelnemers uit om in tips in de praktijk te gaan toepassen (bijvoorbeeld aanpassen cv, brief, online profiel etc).

Stimuleren om (niet-betalde) werkervaring op te doen.

Het kan zinvol zijn om laagdrempelig werkervaring op te doen, zonder dat dit meteen de best passende baan is (qua salaris, contractduur etc). Enerzijds helpt dit bij het behouden van werkritme, structuur, zinvolle dagbesteding en sociale contacten. Anderzijds is het een hele mooie manier op de vaardigheden en tips die tijdens de online interventie aan bod zijn gekomen in de praktijk toe te passen. En de ervaringen hiermee als input te gebruiken voor de interventie. Om mensen hier gemotiveerd mee aan de slag te laten gaan moet het wel aansluiten bij (leer)doelen die deelnemers hebben.

- ➔ Brainstorm met de groep over de meerwaarde van (niet-betalde) werkervaring opdoen in het kader van het bereiken van je doelen. "Wat kun je hieraan hebben, wat kun je leren, wat brengt het jou?".
 - Het is geen noodzaak om een re-integratie proces volgens deze route vorm te geven, laat deelnemers dit zelf bepalen.
 - Soms zullen mensen tegen hun zin van hun uitkeringsverstrekker een tegenprestatie of passend werk moeten accepteren als zij hun uitkering willen behouden. Ook dan is het van belang om uit te wisselen hoe ze hier dan nog het meeste uit kunnen halen voor zichzelf.
- ➔ Brainstorm met de groep over manieren om laagdrempelig werkervaring te organiseren voor jezelf (hoe kun je dat aanpakken).
- ➔ Stimuleer deelnemers om individueel acties of stappen in hun leerdoelplan op te nemen die te maken hebben met niet betaalde werkervaring opdoen.
- ➔ Attendeer de deelnemers op een overzicht aan manieren om laagdrempelig werkervaring op te doen (bijvoorbeeld werkervaringsplek, proefplaatsing, vrijwilligerswerk, stages, uitzendwerk). Geef hierbij aan welke voorwaarden hier eventueel aan verbonden zijn (attendeer op relevante websites zoals 'open voor werk')
- ➔ Optie: Voeg in overleg met de deelnemer een *job-hunter* toe aan het 'team achter de schermen'. Deze kan op basis van het werkprofiel van de deelnemer meedenken over mogelijkheden. En input leveren over de regionale vraag naar bepaalde banen.
- ➔ Optie: Organiseer een *chat* met een echte werkgever. In zo'n *chat* kunnen deelnemers hun ideeën uittesten. Hiervoor kan de begeleider of een deelnemer contact leggen met werkgevers die met 'maatschappelijk verantwoord ondernemen' bezig zijn en mensen met een arbeidsbeperking een kans willen bieden (bijvoorbeeld via: denormalstezaak.nl).

Follow-up: monitoren, evalueren en vasthouden

Monitoren voortgang doelen en plannen.

- ➔ Laat deelnemers regelmatig individueel hun leerdoelen en de daaraan gekoppelde plannen evalueren en zo nodig bijstellen. Dit kan na de groepsessies met bijvoorbeeld een geautomatiseerde reminder, eventueel gekoppeld aan een *App* of *game* waarin deelnemers hun voortgang bijhouden.

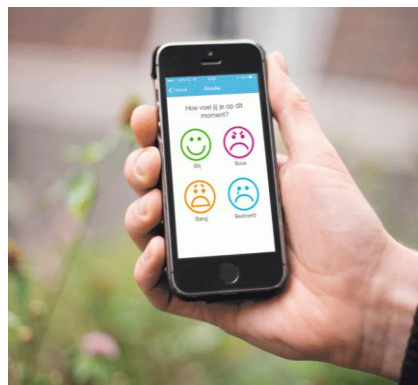
- Heb je een leerdoel onder de knie en is het geen uitdaging meer, en heb je nog geen baan? Dan is het tijd voor een nieuw leerdoel.
 - Merk je dat bepaalde strategieën niet werken, bedenk dan nieuwe acties om met je leerdoel bezig te zijn.
- ➔ Breng tussentijdse successen in kaart:
- Laat deelnemers hun tussentijdse successen voor zichzelf benoemen en vieren (dit kan ondersteund worden met een *game of App*)
 - Nodig mensen uit om deze ervaringen ook te delen met groepsleden (in de groepsessie of in een besloten forum).
- ➔ Hoe houd je het vast?
- Laat deelnemers brainstormen over moeilijkheden die ze verwachten bij het vasthouden aan hun plannen. En hoe ze hiermee om kunnen gaan.
 - Vraag deelnemers expliciet wat ze kunnen doen als hun klachten weer erger worden (kunnen ze het groepsnetwerk inzetten, of hun VIP netwerk om op bepaalde signalen te letten).

Monitoren klachten

- ➔ Laat deelnemers hun psychische klachten en hun zelfvertrouwen in kaart brengen en regelmatig monitoren na afloop van de geplande groepsessies (bijvoorbeeld met gebruik van bestaande Apps voor stemmingsregistratie).
- Dit biedt een nameting voor de interventie (in hoeverre zijn de psychische klachten afgenomen).
 - Dit biedt mogelijkheden om bij verergering actie te ondernemen (vanuit een *stepped-care* principe).
- ➔ Wanneer de klachten verergeren (of wanneer het herstel stagneert op een onwenselijk niveau) attendeer de deelnemer dan op mogelijkheden voor extra ondersteuning bijvoorbeeld door:
- Een cliënt te stimuleren weer (onbegeleid) contact te leggen met de groepsleden of mensen uit hun VIP netwerk voor steun (bij stagnatie/lichte verergering).
 - Een individuele of groepsgewijze booster-sessie met de begeleider (bij matige aanhoudende verergering).
 - Actief wijzen op andere *face-to-face* hulp, zoals behandeling door een psycholoog (bij dermate verergering dat er sprake is van suïcidaliteit of SMD, waardoor deelnemers niet meer binnen die inclusie criteria vallen van de interventie).

Groep houdt onbegeleid contact

- ➔ Faciliteer of stimuleer het groepscontact na afloop begeleide groepsessies.
- ➔ Bijvoorbeeld met besloten forum, een *WhatsApp* groep, of een *LinkedIn* groep.



Figuur. Voorbeeld van een app om stemming te registreren (bron: Minddistrict)

IMPLEMENTATIE EN ONTWIKKELING: AANDACHTSPUNTEN

Interventie multidisciplinair ontwikkelen

Op basis van de blauwdruk kunnen praktijkorganisaties hun eigen aanbod (door) ontwikkelen. Hiervoor zijn aantal algemene aandachtspunten te onderscheiden.

- 1) Keuze: in eigen beheer ontwikkelen of aanhaken bij bestaand aanbod.
Een belangrijke keuze bij de ontwikkeling van online aanbod is of een ICT platform in eigen beheer wordt neergezet, of dat wordt aangesloten bij een bestaand online kanaal. Het is belangrijk om je te realiseren dat het opzetten van een eigen beveiligd ICT platform veel kosten en kinderziektes met zich mee zal brengen. Mogelijkheden voor het aansluiten bij bestaande ICT platformen die voldoen aan privacy en beveiligingsvereisten zijn bijvoorbeeld:
 - ➔ Het onderbrengen van eigen aanbod bij Minddistrict dat een ICT-platform biedt en adviseert over de implementatie daarvan. De cliënten die de modules volgen, worden begeleid door professionals van de (GGZ)organisatie zelf (en dus niet door professionals van Minddistrict). Praktijkorganisaties kunnen naast hun eigen aanbod ook gebruik maken van bestaande e-modules. Diverse GGZ-instellingen werken al met dit ICT platform.
 - ➔ Samenwerking zoeken met professionals die online GGZ begeleiding bieden en hierin overleg een re-integratie module aan koppelen. Hierbij kun je dus ook gebruikmaken van een bestaande ICT structuur, maar koop je tevens expertise in van professionals die ervaren zijn in online begeleiden van cliënten. Voorbeelden hiervan zijn professionals van Interapy of van de 'Grip op je dip'- stichting.
- 2) Multidisciplinaire ontwikkeling
Juist omdat de blauwdruk is samengesteld op basis van onderzoeksgegevens uit diverse disciplines is het belangrijk om bij het maken van een daadwerkelijke interventie een multidisciplinair team te betrekken. Hierbij valt te denken aan de volgende expertises:
 - ➔ Re-integratie expert (bekend met de groep met CMD en groepsbegeleiding);
 - ➔ GGZ expert (bekend met groepsbegeleiding, en een werkgerichte aanpak);
 - ➔ Cliënt en/of ervaringsdeskundige;
 - ➔ Ontwikkelaar van online interventies;
 - ➔ Game-ontwikkelaar;
 - ➔ Grafisch vormgever;
 - ➔ Taal expert;
 - ➔ Arbeidsdeskundige;
 - ➔ *Job-hunter* of *job-coach*;
 - ➔ Werkgever of werkgeverscollectief (bijvoorbeeld via denormalstezaak.nl).
- 3) Monitoren van gebruik en evalueren van resultaten.
Om de interventie goed te laten aansluiten bij de eindgebruikers is het van belang om goed in kaart te brengen hoe mensen de interventie gebruiken en wat het heeft opgeleverd. Deze gegevens kunnen worden gebruikt om de interventie inhoudelijk bij te stellen, maar ook om de ICT toepassingen gebruikersvriendelijker te maken. Gegevens over de volgende punten kunnen hierbij van belang zijn:
 - ➔ De effectiviteit: bijvoorbeeld cliënttevredenheid per interventie onderdeel, klachtenreductie, *self-efficacy* en arbeidsparticipatie/inkomensbron.
 - ➔ De kosteneffectiviteit: bijvoorbeeld informatie over overig zorggebruik en de daadwerkelijke tijdsinvestering van de begeleider etc. Dit is met name van belang in een pilot of voorafgaand aan effectiviteitsonderzoek, maar dit is niet doorlopend nodig.

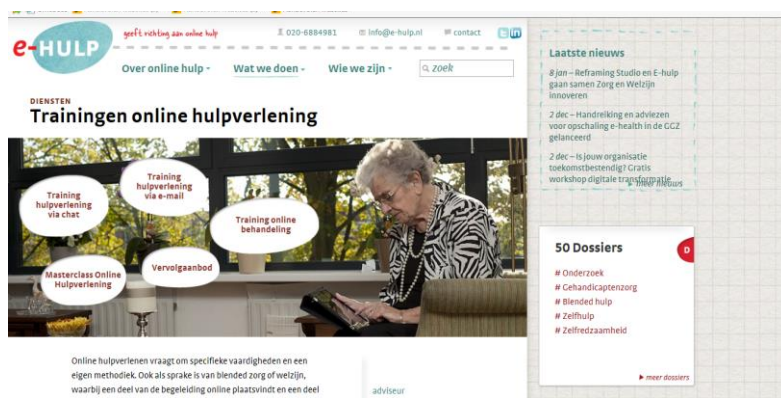
- ➔ Hoe mensen gebruikmaken van de ICT. Bijvoorbeeld welke onderdelen (individuele opdrachten, doorlees-suggesties) vaak zijn gedaan of bekeken door cliënten. En hoe mensen navigeren door de applicatie.
- 4) Houd rekening met wettelijke kaders:
- ➔ Voor alle cliënten geldt dat de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) een rol speelt. Dit betekent allereerst dat de ICT omgeving goed beveiligd moet zijn. Daarnaast heeft de wet ook consequenties voor de mogelijkheden voor uitwisseling tussen verschillende professionals. Er zijn wel mogelijkheden voor dit soort uitwisseling, maar dit hangt onder andere af van het doel waarmee de informatie wordt uitgewisseld, met wie dit gebeurt en of de cliënt voorafgaand schriftelijk toestemming heeft gegeven. Meer informatie hierover is te vinden in de Divosa werkwijzer 're-integratie van klanten met psychische aandoeningen' (voor uitwisseling tussen re-integratie en zorg professionals) of de *factsheet* van de Landelijke Cliënten Raad (LCR) over bescherming van persoonsgegevens. Voor overheidsinstellingen zijn deze regels extra streng, bijvoorbeeld met betrekking tot het dubbel uitvragen van gegevens of het stallen van gegevens bij een leverancier. Als de interventie door een overheidsorganisatie wordt uitgevoerd moet de ICT ook voldoen aan de vereisten van www.drempeelvrij.nl zie zodat deze ook toegankelijk is voor mensen met een beperking.
 - ➔ Voor cliënten die ook een uitkering ontvangen gelden diverse regels met betrekking tot hun re-integratie inspanningen. Dit verschilt per type uitkering, en ook binnen een zelfde type uitkering kan dit verschillen (afhankelijk van de gemeente waar iemand woont, of de vrijstellingen die uitkeringsinstellingen geven op basis van de individuele situatie). Meestal zullen cliënten hiervan op de hoogte zijn, en is het de rol van de begeleider om binnen deze kaders zoveel mogelijk de intrinsieke motivatie aan te spreken voor het re-integratietraject. Als cliënten hier vragen over hebben, verwijs ze dan naar hun contactpersoon bij de uitkeringsverstrekker.

Professionals: wie zijn betrokken en wat is hun profiel?

- 1) Wie gaat het doen?
- ➔ Bij de opzet van de blauwdruk zijn we er vanuit gegaan dat zowel professionals uit de (GGZ) zorg als uit de re-integratie dienstverlening de interventie moeten kunnen begeleiden zoals: een GGZ therapeut, de POH-GGZ[†] of een klantmanager van een gemeente, re-integratiebedrijf, SW-bedrijf of UWV.
 - ➔ Hierbij kan de samenwerking worden gezocht met ervaringsdeskundigen.
 - ➔ Voor re-integratie professionals is daarbij een aandachtspunt dat zij voldoende veiligheid moeten borgen als begeleider. Het is daarom af te raden dat een re-integratie professional tegelijkertijd een handhavingsrol heeft. Soms zal dit in minimale vorm niet te voorkomen zijn. Zorg dan dat je hier heel open en duidelijk over bent. Maar zorg dat dit zo min mogelijk van invloed is op de manier waarop je de interventie begeleidt. Prestatiedoelen en sancties die passen bij zo'n handhavers rol zijn gewoonweg veel minder effectief in het bereiken van duurzame arbeidsparticipatie.
 - ➔ Wanneer je als organisatie ervoor kiest om de eigen professionals de begeleiding te laten geven is het goed om stil te staan wie deze rol op zich gaan nemen: wil je alle professionals van de organisatie hiermee leren werken, of een deel van de professionals die affiniteit hebben met online dienstverlening en de integratie tussen GGZ en re-integratie.
- 2) Wat moet je kunnen?
- ➔ Een begeleider van de interventie moet technieken voor gedragsverandering en motivatie beheersen in een groepscontext, op zo'n manier dat de intrinsieke motivatie en het zelfvertrouwen wordt versterkt.

[†] Een praktijk ondersteuner van de huisarts met een GGZ specialisatie, opgeleid om kortdurende behandeling te geven in geval van psychische klachten

- ➔ Begeleiders moeten online communicatietechnieken beheersen. Doordat non-verbale signalen zoals intonatie, mimiek en lichaamstaal wegvallen bij de meeste digitale communicatie (zoals chat of email contact), is er meer kans op verkeerde interpretaties en misverstanden. Als begeleider vraagt dit dat je:
 - standaardgesprekstechnieken als 'luisteren-samenvatten-doorvragen' veel prominenter aan bod laat komen (bijvoorbeeld vaker expliciet vragen of je de ander goed begrepen hebt);
 - vaker verbaal steunt/empathie toont (als vervanging voor de 'bemoedigende knikjes' bij face-to-face contact);
 - vaker feedback geeft over het proces/de relatie, zeker wanneer je vermoedt dat er miscommunicatie optreedt;
 - bij live chats een extra goede structuur en focus aanbrengt omdat zo'n gesprek al snel alle kanten opgaat. Ook is snelheid in denken (reageren) en typen hier van belang;
 - bij e-mailcontact een normale vraag-antwoorddynamiek simuleert, door bijvoorbeeld verschillende opties te geven bij een reactie of feedback ("Als je ... bedoelt dan is het handig om deze oefening eens te doen").
- ➔ Het is aan te raden om professionals te trainen in vaardigheden voor online communicatie en gedragsverandering.
- ➔ Begeleiders moeten basis kennis hebben van het cognitief gedragsmodel. Zodat ze cliënten kunnen helpen bij het herkennen van 'niet-helpende gedachten' en vaardig zijn in het bedenken van vervangende 'helpende gedachten'.
- ➔ Begeleiders moeten basis kennis hebben van het andere terrein:
 - Wat zijn CMD en wat voor klachten of symptomen brengt dit met zich mee.
 - Welke professionals en organisaties zijn er betrokken bij de verschillende domeinen (zorg vs re-integratie) en welke rol vervullen zij? Deze kennis moet genoeg zijn om te weten welke professionals er eventueel achter de schermen betrokken moeten worden, en waar je cliënten eventueel naar kunt doorverwijzen met vragen waar je als begeleider geen antwoord op weet.
- ➔ Begeleiders moeten geloof hebben in:
 - De mogelijkheden van hun cliënten om te werken. En zich niet te veel laten beïnvloeden door mogelijk stigma, of te veel meegaan in het zelfstigma van cliënten.
 - De voordelen van werken voor de cliënt.



Figuur. Voorbeeld van trainingen in het verzorgen van online hulpverlening (bron: Stichting e-hulp)

Toeleiden van cliënten naar de interventie

Een goede toeleiding legt de basis voor een effectieve interventie. Bij online interventies komt het vaker voor dat deelnemers voortijdig stoppen, dan bij face-to-face interventies. Het is daarom essentieel om potentiële deelnemers aan een online interventie vanaf het eerste moment te motiveren voor deelname. In dit deel van de blauwdruk besteden we aandacht aan hoe je het toeleidingsproces zo kan inrichten dat mensen duurzaam gemotiveerd raken voor deelname.

Verschillende toeleidingsroutes

Cliënten kunnen via verschillende routes worden toegeleid naar de interventiewebsite waarop ook een zelftest (screener) staat. We zien de volgende mogelijke toeleidingsroutes waarlangs cliënten kunnen worden geattendeerd op de interventie:

- ➔ In gesprekken met diverse professionals zoals bijvoorbeeld de huisarts, de POH-GGZ, een GGZ medewerker, een re-integratie consulent van de gemeente, UWV/werkbedrijf of een privaat reïntegratiebedrijf.
- ➔ Een digitale attendering op basis van uitkomsten van bestaande digitale diagnose of screening instrumenten zoals deze gebruikt worden binnen de zorg en re-integratie wereld. Denk hierbij bijvoorbeeld aan instrumenten als: Competensys, Dariuz, Matchcare, Melba, de Werkverkenner of de DIPP.
- ➔ Cliënten vinden op eigen initiatief de interventie website met daarop een zelftest (screener) om te bepalen of de interventie past bij hun situatie en behoefte. Hiervoor zijn relevante zoektermen voor de interventiesite van belang zodat deze wordt opgepakt door zoekmachines. Ook is het mogelijk om potentiële deelnemers te bereiken door attendering op sites die relatief vaak bezocht worden door de doelgroep zoals sites van cliëntvertegenwoordigers, de uitkeringsverstrekker, de huisarts, of vacaturesites. Dergelijke attenderingen zijn dan niet op de persoonlijke situatie toegesneden. Daarnaast bieden social media mogelijkheden om de aandacht op de interventie te vestigen via de netwerken van potentiële deelnemers.

Bij het effectief inrichten van een toeleidingsproces onderscheiden we de volgende stappen:

- Stap 1** Cliënt informeren over & motiveren voor screener
- Stap 2** Met screener bepalen of en welke interventie zinvol is
- Stap 3** Cliënt informeren over & motiveren voor interventie
- Stap 4** Cliënt beslist over deelname

Stap 1: Cliënt motiveren voor screener

Het is aan te raden om deelnemers kort te screenen voordat zij kunnen meedoen aan de interventie. Dit heeft verschillende doelen:

- ➔ Een match maken tussen de behoeften van de cliënt en het interventie-aanbod: het uitsluiten van cliënten waarvoor het aanbod niet passend lijkt, en het verder toesnijden van het aanbod op persoonlijke kenmerken van de deelnemer (*tailoring*).
- ➔ Mensen motiveren voor de interventie door barrières weg te nemen en voordelen inzichtelijk te maken.

Een eerste stap in het toeleidingsproces is het motiveren van de cliënt voor het invullen van de screener. Geen onbelangrijke stap aangezien veel mensen 'invul-moe' zijn of bang zijn dat er niet vertrouwelijk met hun gegevens wordt omgegaan.

Het motiveren voor het invullen van de screener kan online of *face-to-face* op de volgende manieren worden gedaan:

- ➔ Nut benoemen van de screener; "Hiermee kunt u bepalen of welke begeleiding goed past bij uw situatie en uw behoeften";
- ➔ Twijfels en barrières wegnemen; aangeven dat de screener een korte tijdinvestering vraagt en dat de kosten voor deelname aan de interventie vergoed kunnen worden;
- ➔ Keuze vrijheid benadrukken: "Kijk gewoon eens of het iets voor u is, het invullen van de screener verplicht u nergens toe";
- ➔ Opbrengst interventie aanstippen: "Anderen in een soortgelijke situatie hebben hier veel aan gehad";
- ➔ Attenderen op een uitgebreidere uitleg over de interventie op de website, waar ook gebruikerservaringen te vinden zijn (zie stap 3 'cliënt motiveren voor de interventie'). Wanneer de cliënt hier behoefte aan heeft kan deze informatie ook mondeling worden toegelicht.
- ➔ Verder kan het attenderen op de screener via *Social Media* verlopen zoals met *Facebook* of *Twitter*. Het voordeel hiervan is dat cliënten via hun eigen netwerk geattendeerd worden op de de screener waarmee de kans mogelijk groter is dat ze deze invullen.
- ➔ Tot slot is het voor deze screener van belang dat de online vorm hiervan aansprekend is. Dit betekent dat het een korte tijdinvestering moet vragen, dat het leuk is en makkelijk om in te vullen op verschillende *devices*. Zie bijvoorbeeld de screener die is gebruikt voor de campagne van 'checkjewerk-stress.nl'. Dit zou nog verder aangevuld kunnen worden met *gamification* aspecten.

Stap 2: Met screener bepalen of en welke interventie zinvol is.

Via een screener bepaal je of er een match is tussen het aanbod vanuit de interventie en de behoeften en kenmerken van de cliënt. De interventie is passend voor mensen:

- ➔ Met CMD (depressie, angst, aanpassingsstoornis, burn-out).
- ➔ Met toegang tot een device met internet (zoals een *Smartphone*, *PC*, *laptop* of *tablet*)⁵.
- ➔ Zonder optimale arbeidsparticipatie (mensen zonder werk).
- ➔ Zonder suïcidale neigingen of '*severe mental disorders*' (SMD). SMD zijn bijvoorbeeld schizofrenie, of andere klachten met psychotische kenmerken. Een psychose is een toestand waarbij iemands contact met de werkelijkheid ernstig verstoord is (zoals het horen van stemmen die er niet zijn). In lijn met richtlijnen uit de GGZ wordt voor deze groep wordt een *face-to-face* aanpak aanbevolen.

Dit betekent dat ook mensen met werk of zonder psychische klachten worden uitgesloten van deelname. Dit is van belang om een effectieve groepsdynamiek te borgen. De inhoud van de interventie is voor hen minder relevant, wat voor uitval en verstoring van het groepsproces kan zorgen. Daarnaast is het van belang dat deelnemers van een interventiegroep zich kunnen identificeren met elkaar (in een groep zitten van mensen die in een zelfde soort situatie verkeren).

Om een besluit te kunnen nemen of de interventie passend is voor de cliënt, en om gegeven voor maatwerk (*tailoring*) te verzamelen, is het aan te raden de volgende zaken in kaart te brengen:

- ➔ Aard en ernst psychische klachten;
- ➔ Werksituatie (wel of geen werk);
- ➔ Beschikking over device met internet in een veilige omgeving;
- ➔ Eerdere GGZ¹/werk begeleiding;
- ➔ Geslacht /leeftijd /opleiding;

⁵ Voor het meedoen aan de chat sessies (of videobellen) is het belangrijk dat een deelnemer beschikking heeft over een device met internetverbinding in een omgeving waar hij/zij zich veilig voelt. Niet voor alle cliënten die de screener invullen is dit een vanzelfsprekendheid. Sommige cliënten met een uitkering zullen de screener bijvoorbeeld invullen op een open locatie van de uitkeringsverstrekker. Organisaties kunnen hierop inspelen door bijvoorbeeld individuele afgeschermd werkplekken met internettoegang ter beschikking te stellen aan deelnemers. 61

¹ Een aandachtspunt hierbij zijn de eisen vanuit de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Of deze vraag is toegestaan hangt af van de doelen waarvoor het gebruikt wordt en welke professional de screeningsgegevens inziet.

- ➔ Werkwens^u;
- ➔ Doorverwijsroute (bijvoorbeeld via de huisarts, UWV, de gemeente of op eigen initiatief);
- ➔ *Self-efficacy* m.bt. werkvinden.

Vanzelfsprekend zijn er meer kenmerken interessant om in kaart te brengen, maar de screener moet ook niet een te grote tijdsinvestering vragen. Om invultijd te besparen is het ook aan te bevelen om 'shortcuts' te maken tussen bestaande valide online diagnose of screenings instrumenten die uitkeringsorganisaties/zorginstellingen gebruiken. Denk hierbij bijvoorbeeld aan instrumenten als: Competensys, Dariuz, DIPP (Interapy) Matchcare, Melba of de Werkverkenner. Wanneer er koppelingen tussen dergelijke instrumenten en de screener voor de online interventie gemaakt worden, kunnen sommige vragen in de screener worden overgeslagen.

Stap 3: Cliënt informeren over & motiveren voor interventie

Om uitval te voorkomen is het essentieel dat potentiële deelnemers voorafgaand aan de interventie zo veel mogelijk (intrinsiek) gemotiveerd zijn om deel te nemen. Dit betekent dat ze er de voordelen van moeten zien en dat eventuele barrières of twijfels zijn weggenomen. Om dit te bereiken moet het onderstaande in ieder geval te vinden zijn op de interventiewebsite. Zorg dat mensen kunnen kiezen welke informatie ze tot zich nemen (niet door de structuur gedwongen worden alles te lezen/te bekijken). Bied deze informatie aan in tekst (met voorleesmogelijkheid) ondersteund met beeldmateriaal.

Om mensen voordelen te laten zien, en barrières weg te nemen is het aan te raden cliënten te informeren over:

- ➔ Tijdsinvestering voor en looptijd van de geplande groepsbijeenkomsten en de individuele opdrachten.
- ➔ Vertrouwelijkheid/privacy. Denk hierbij aan:
 - De omgangsvormen die gehanteerd worden tijdens het groepsdeel.
 - Dat mensen alleen met hun voornaam kunnen deelnemen aan de interventie, en dat ze zelf beslissen of ze (later) hun identiteit en contractgegevens willen delen met de begeleider of andere deelnemers.
 - Dat de interventie site voldoet aan de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP)
- ➔ Dat er geen informatie wordt gecommuniceerd naar derden, tenzij de cliënt daar uitdrukkelijk toestemming voor geeft. Benoem ook uitzonderingen hierop vanuit wettelijke verplichtingen van de begeleider.
- ➔ Gebruik van de website (en eventueel bijhorende applicaties).
- ➔ Om mogelijke ICT angst te overwinnen moet er een duidelijk instructiefilmpje aanwezig zijn over het gebruik van de applicatie, inclusief enkele verhalen waarin gebruikers aangeven hoe hun onzekerheid over het kunnen gebruiken van de ICT is verminderd of onnodig bleek.
- ➔ Groepssamenstelling.
- ➔ Geef een indicatie van de groeps grootte en dat er mensen deelnemen die op dit moment moeite ervaren met het vinden van een baan, mede doordat zij niet lekker in hun vel zitten.
- ➔ Opbrengst /verwachtingen.

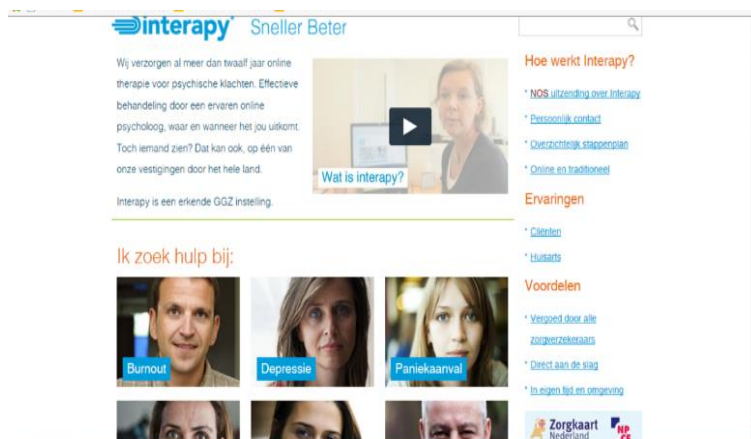
Het is van belang om aan goed verwachtingsmanagement te doen. Het is niet reëel om te verwachten dat alle problemen van deelnemers (gezondheid, financieel, sociaal, werk etc) door deze interventie worden opgelost. Geef aan dat de interventie kan helpen om beter in je vel te zitten en je kansen op een baan die bij je past te vergroten. Presenteer:

^u Vooralnog gaan we er vanuit dat willen werken geen vereiste is om aan de interventie te kunnen meedoen. Mensen kunnen juist ook gemotiveerd raken door de interventie. Wel is het als begeleider goed om een beeld te hebben van de werkwens van deelnemers, om in te schatten hoeveel aandacht hiervoor moet zijn in de groepsbijeenkomsten. Onderzoek moet nog uitwijzen of een werkwens een vereiste is om mee te doen aan de interventie zoals dat bijvoorbeeld bij IPS trajecten wel zo is.

- Gebruikerservaringen (waarbij ook overwonnen scepsis ten opzichte van de online vorm aan bod komt, het voordeel dat mensen hebben ervaren door hulp te zoeken, tevredenheid met de begeleiding, en positie opbrengsten).
 - De resultaten van effectiviteitsonderzoek zodra deze beschikbaar zijn. Dergelijke resultaten dienen natuurlijk op een manier aangeboden te worden die begrijpelijk is voor cliënten (bijvoorbeeld: 'Onderzoek laat zien dat mensen die deze interventie volgen een grotere kans hebben op het vinden van een baan, dan mensen die deze interventie niet volgen').
- ➔ Financiering.
 - ➔ Geef aan dat er mogelijkheden voor financiering zijn. Presenteer hierbij zo mogelijk 'tailored' de meest voor de hand liggende opties (op basis van de screeningsgegevens die zijn ingevuld).
 - ➔ Veel gestelde vragen en antwoorden (FAQ).
 - ➔ Hoeveel mensen er al gebruik hebben gemaakt van de interventie (zodra hier overtuigende aantallen te noemen zijn) en hoeveel plekken er nog vrij zijn voor het eerst volgende aanbod. Dit kan bijvoorbeeld met een visuele 'teller'.

Naast het verstrekken van bovenstaande informatie kunnen de volgende (inter)actieve onderdelen helpen om cliënten die nog twijfelen toch te motiveren voor deelname.

- ➔ Bied cliënten de mogelijkheid om vragen te stellen aan een professional of ervaringsdeskundige (via een email, berichten service). Binnen dit interactieve medium kan gebruik worden gemaakt van technieken uit *Motivational Interviewing*. Door de tijdsinvestering van professionals of ervaringsdeskundigen is dit een relatief dure vorm van werving.
- ➔ Vraag deelnemers of ze nog twijfelen over deelname. Zo ja: bied een oefening aan waarin deelnemers de voor- en nadelen op een rij te zetten. Dit kan deels door het aanvinken of rangordening van aangeboden opties, en deels door open antwoorden. Door de aangeboden opties kunnen cliënten de voordelen nog eens op een rij zien. Op basis van de antwoorden kun je cliënten attenderen op filmpjes van gebruikers die deze twijfel adresseren.



Figuur. Voorbeeld van een site waar cliënten online worden geïnformeerd over online hulp (bron: Interapy.nl)

Stap 4: Cliënt beslist over deelname

Voor een goede intrinsieke motivatie is het van belang dat mensen zelf de keuze maken om mee te doen aan de interventie (zoveel mogelijk keuzevrijheid hebben). Het kan zijn dat iemand vanuit een uitkeringsverstrekker (de gemeente of UWV) re-integratie verplichtingen heeft. In dat geval is het belangrijk om duidelijk en open te zijn over deze verplichtingen en wat dit betekent binnen de context van de online interventie.

Op basis van de screener is vastgesteld dat de interventie passend kan zijn voor een cliënt. Ook heeft een cliënt informatie ontvangen waarmee de kans op motivatie voor deelname zo veel mogelijk is gestimuleerd. Dan komt het moment dat een cliënt beslist over deelname. Vraag de cliënt een keuze te maken: ja, nee of 'ik wil de keuze uitstellen'. Doorloop op basis van het antwoord de volgende stappen:

➔ UITSTEL KEUZE:

- Vraag cliënten een email adres of mobiel nummer achter te laten voor het versturen van een reminder per email of sms.
- Wijs ze nogmaals op de route die eerder is aangereikt voor mensen die nog twijfelen (zie vorige paragraaf) .

➔ NEE:

Wanneer mensen niet willen meedoen, wijs ze dan op andere mogelijkheden voor hulp (sites/ organisaties). Wellicht zijn mensen wel gemotiveerd geraakt om hulp te zoeken, maar willen ze geen online ondersteuning.

➔ JA:

- Neem eventuele acties om financiering te regelen (zie ook hoofdstuk 5);
- Stimuleer de cliënt om zijn sociale en professionele netwerk te informeren over deelname. Vraag cliënten om hun VIP netwerk in kaart te brengen (huisarts, eventuele GGZ begeleider, eventuele re-integratie begeleider, mogelijke andere relevante professionals, en vertrouwde mensen uit het privé netwerk). Benadruk hierbij expliciet dat mensen niet verplicht zijn om deze vraag in te vullen om te kunnen deelnemen aan de interventie. Het informeren van het netwerk kan ondersteund worden met een berichten service. Bied daarbij ook de mogelijkheid het netwerk later in kaart te brengen, of dit later uit te breiden. Het informeren van het netwerk vergroot enerzijds de kans dat mensen daadwerkelijk gaan meedoen aan de interventie. Daarnaast kan het de afstemming tussen verschillende betrokken professionals faciliteren;
 - Als er op dat moment voldoende deelnemers zijn (tussen de 5-10) kan de interventie starten. Een heterogene groep kan hierbij verrijkend zijn (mensen met diverse CMD of uitkeringsposities). De groep is al homogeen genoeg gezien hun uitgangspositie (geen werk en CMD);
 - Als er op dat moment niet voldoende deelnemers zijn om een groep te vormen, start dan met zelfhulp (enkele individuele begin opdrachten zoals het lezen van psycho-educatie of het in kaart brengen van krachten). Geef een cliënt daarbij wel het perspectief mee dat hij of zij kan deelnemen aan de groepsinterventie zodra er voldoende aanmeldingen zijn.

Bekendheid en draagvlak creëren bij doorverwijzers

Zoals in de vorige paragraaf beschreven staat, is de toeleiding van cliënten naar de interventie een belangrijke stap die impact zal hebben op het daadwerkelijk gebruik van de interventie en de uitval van cliënten tijdens de interventie. Cliënten kunnen vanuit diverse professionals worden geattendeerd op de interventie. Hiervoor is belangrijk dat deze professionals:

- ➔ In staat zijn de mogelijke doelgroep voor de interventie te herkennen (signaleren);
- ➔ Bekend zijn met de interventie;
- ➔ Vertrouwen hebben in de resultaten hiervan.

Aandachtspunten zijn:

1) Algemeen

- ➔ Versterk de netwerken tussen zorg en re-integratie professionals, bijvoorbeeld door gezamenlijke bijscholing en regionale samenwerking.
- ➔ Adresseer mogelijke weerstand rondom online hulp. Dit kan bijvoorbeeld door effectiviteitsonderzoek en deze resultaten hiervan te verspreiden bij bijscholingsdagen, vaktijdschriften en via ambassadeurs uit de eigen beroepsgroep.

2) Verwijzing vanuit de zorg (huisarts/ggz)

- ➔ Huisarts en/of de POH-GGZ zijn belangrijke doorverwijzers. Zij zijn een directe link naar de zorgverzekeraars die een rol in de financiering kunnen vervullen. Huisartsen zullen ook vaker dan bijvoorbeeld GGZ professionals werklozen met psychische klachten tegenkomen in hun praktijk. Het contact is laagdrempelig en meestal is er een vertrouwensband. Omdat er voor de zorgprofessionals geen belangen spelen op het gebied van de uitkering, zullen cliënten minder wantrouwen of weerstand ervaren. En hierdoor mogelijk meer gemotiveerd aan een interventie beginnen.
- ➔ Voeg werksituatie toe bij reguliere (online) screeners. Zorgprofessionals zullen gezien hun weerbarstige geringe focus op arbeid en vanwege tijdsdruk wellicht vergeten om klanten te vragen naar hun werksituatie (signaleren) en/of vergeten ze door te verwijzen naar re-integratie ondersteuning. Dit kan eventueel ondervangen worden door de werksituatie standaard toe te voegen bij reguliere intake formulieren of online screeners. Huisartsen gaan, voor cliënten waarbij ze psychische klachten vermoeden, waarschijnlijk gebruikmaken van online ondersteunende instrumenten om te bepalen of iemand in de basis of de specialistische GGZ thuis hoort. Door hier items over arbeid in op te nemen kan het signaleringsprobleem mogelijk ondervangen worden.



Figuur. Voorbeeld: online screeningsinstrument voor de huisartspraktijk (bron: Minddistrict)

3) Verwijzing vanuit het re-integratie veld

Ook re-integratie professionals kunnen een belangrijke doorverwijfsfunctie vervullen. Veel cliënten zijn voor het ontvangen van hun uitkering verplicht om bepaalde contact momenten te hebben met de gemeente of UWV. Dit contact moment kan worden gebruikt voor signaleren en doorverwijzen. Om optimaal gebruik te maken van deze contactmomenten is het aan te raden om:

- ➔ Psychische klachten op te nemen bij de reguliere intake.
Met name bij de groep re-integratie professionals is het signaleren van psychische klachten een afbreukrisico. Dit probleem kan mogelijk aangepakt worden door een korte screener op psychi-

sche klachten standaard op te nemen in het intake proces. Hier bieden verschillende bestaande en gebruikte online diagnose instrumenten al mogelijkheden voor, zoals de Werkverkenner bij UWV en Dariuz voor gemeenten. Een tip voor een interventie kan op basis van deze 'rode vlag' geautomatiseerd verlopen direct richting de cliënt, of via een begeleidende professional. Wanneer de psychische klachten eenmaal gesignaleerd zijn, ligt het doorverwijzen naar passende re-integratie begeleiding waarschijnlijk meer voor de hand dan bij zorgprofessionals. Re-integratie professionals hebben direct (financieel) baat bij re-integratie, en weten zelf vaak niet goed hoe ze mensen met CMD het beste kunnen helpen. Hierdoor is de kans kleiner dat ze deze stap vergeten, mits ze maar op de hoogte zijn van het interventie aanbod, en hier ook financiering voor te regelen valt.

- ➔ Bewust te zijn van mogelijk wantrouwen bij de cliënt. Een nadeel is het wantrouwen dat een cliënt mogelijk heeft bij interventies die via de uitkeringsverstrekker worden aangeboden. De motivatie om mee te doen is dan niet intrinsiek, maar meer extrinsiek omdat het 'moet' om uitkeringsrechten te behouden. Het moeten kan weerstand oproepen. Ook kan er de angst leven bij cliënten dat ze gekort worden op hun uitkering.

Budget voor dienstverlening borgen

Om de dienstverlening uit de blauwdruk duurzaam en effectief te kunnen aanbieden aan cliënten, is het belangrijk om budget voor deze dienstverlening te borgen. We kunnen de volgende implementatie-onderdelen onderscheiden waar financiering wenselijk voor is:

- 1) Ontwikkeling (op maat maken) van de interventie (eenmalig)
- 2) Training van betrokken professionals en zo nodig aanpassen van organisatiestructuren voor inbedding van de nieuwe interventie (eenmalig)
- 3) Structurele uitvoering van de interventie, waarbij zowel de manuren van de professionals, als de backoffice met ICT ondersteuning kosten met zich meebrengen (doorlopend)
- 4) Evaluatie en doorontwikkeling van de interventie en de professionals die ermee werken (doorlopend).

Soms zal het mogelijk zijn om een (pilot)project te starten waarbij een groot deel van de implementatiekosten wordt gefinancierd: de eenmalige kosten voor ontwikkeling van de interventie en het trainen van professionals, een tijdelijke vergoeding van de uitvoeringskosten en eventueel een eenmalige vergoeding voor evaluatieonderzoek. Voor een structurele doorlopende vergoeding van de uitvoeringskosten zal het in veel gevallen nodig zijn om de financiering te borgen voor elk individueel traject van cliënten. Deze financiering van individuele trajecten is vaak afhankelijk van het type uitkering en het type klachten dat een cliënt heeft. Daarom is het ook belangrijk om bij de toeleiding van de cliënten dit soort kenmerken in kaart te brengen.

Het organiseren van (structurele) financiering is echter niet vanzelfsprekend, aangezien de budgetten van gemeenten, UWV en van GGZ-instellingen steeds meer onder druk komen te staan. Aan de andere kant bieden die bezuinigingen wellicht ook kansen voor (effectief)online aanbod omdat dit een kostenbesparend effect kan hebben vergeleken met *face-to-face* aanbod. Om vanuit het argument van kostenbesparing organisaties te stimuleren budget te reserveren voor de uitvoering van online interventies, zal de kosteneffectiviteit van een specifieke interventie eerst moeten worden aangetoond. Naast de bezuinigingen zijn de gescheiden financieringsstromen voor re-integratie en gezondheidsinterventies een belangrijk obstakel voor dienstverlening waarbij GGZ- en re-integratie-aanbod juist geïntegreerd worden. Gelukkig raken steeds meer partijen overtuigd van de wisselwerking tussen (mentale)gezondheid en werk. Waardoor het voor re-integratie-partijen interessant wordt om te investeren in gezondheidsbevor-

dering en vice versa voor zorgpartijen om te investeren in re-integratie. Dit biedt perspectief voor (gezamenlijke) financiering. We zien dan ook diverse mogelijkheden en bestaande 'goede voorbeelden' die als (inspiratie)bron kunnen dienen voor het organiseren van financiering.

In hoeverre deze financieringsmogelijkheden blijven bestaan en hoe deze worden ingevuld voor individuele gevallen, blijft natuurlijk sterk afhankelijk van politieke keuzes en daar aangekoppeld de beleidsinvulling van de afzonderlijke organisaties. Met name op gemeentelijk niveau is er veel beleidsvrijheid, wat kan betekenen dat een interventie bij de ene gemeente wel wordt vergoed, en bij de andere niet.

Mogelijkheden voor financiering zijn bijvoorbeeld:

- 1) Financiering vanuit uitkeringsverstrekkers (gemeenten en UWV)
- 2) Financiering vanuit zorgverzekeraars
- 3) Financiering vanuit gecombineerde bronnen
- 4) Financiering vanuit subsidieverstrekkers

Financiering vanuit uitkeringsverstrekkers

De budgetten die voor uitkeringsgerechtigden bij UWV of de gemeente beschikbaar zijn voor re-integratie ondersteuning kunnen in principe ook worden aangewend voor de uitvoeringskosten van een online interventie. De begeleiding kan dan door professionals van UWV of de gemeentelijke sociale dienst zelf worden uitgevoerd, of worden uitbesteed aan andere partijen zoals een private re-integratiebedrijven of SW-bedrijven. De voorwaarden waaronder dergelijke financiering mogelijk is zal echter sterk afhangen van de uitkeringssituatie en de gemeente waar iemand woont (voor de werklozen die vallen onder de Participatiewet).

Financiering vanuit de zorgverzekeraar

Financiering via een zorgverzekeraar is mogelijk voor begeleidingstrajecten van individuele cliënten. Alle cliënten met psychische klachten, ongeacht de uitkeringssituatie komen hiervoor in aanmerking. Voor financiering binnen de standaard (basis/aanvullende) polissen bestaan er wel een aantal voorwaarden:

- Doorverwijzing van de huisarts
- Formele /officiële diagnose is nodig
- Uitvoering van de interventie door een erkende GGZ professional.

Een aandachtspunt hierbij is dat zorgverzekeraars geen generalistische of specialistische GGZ vergoeden voor klachten zoals burn-out, stress en overspannenheid omdat deze geen officiële DSM-diagnose categorie zijn.

Wanneer de interventie vanuit GGZ wordt geïmplementeerd, betekent dit wel dat de GGZ-instelling re-integratie als behandeldoel moet gaan omarmen, ook voor mensen met CMD. Er zijn gelukkig steeds meer GGZ instellingen die in het behandelplan werkgerelateerde elementen meenemen. Ook is het voor GGZ-professionals al mogelijk om binnen de DBC-financiering mee te denken over de re-integratie-plannen en hierover af te stemmen met de cliënt en de re-integratie professional. Voorwaarde is dan wel dat de cliënt zowel GGZ-begeleiding als re-integratie-begeleiding ontvangt^v.

Verder is er een positieve tendens te zien bij enkele zorgverzekeraars die re-integratie activiteiten gaan vergoeden. Zo vergoedt een grote zorgverzekeraar vanuit de basis- en aanvullende verzekering binnen

^v Een plan om het afstemmen van een GGZ behandelplan en een re-integratieplan van UWV te faciliteren wordt momenteel uitgewerkt door de Reiner van Arkel groep.

een collectief, een aanzienlijk deel van de kosten van een re-integratietraject voor zieke werknemers. Mogelijk wordt dit in de toekomst ook uitgebreid voor werklozen.

Daarnaast is het mogelijk dat een gemeente met een zorgverzekeraar onderhandelt over het opnemen van een vergoeding voor re-integratie activiteiten binnen de collectieve zorgverzekering die zij afsluiten voor hun bijstandsgerechtigden. Een voorbeeld hiervan is ISD Bommelerwaard die een collectieve aanvullende zorgverzekering heeft afgesloten voor hun klanten bij Menzis, waarbij de eerste twintig gesprekken bij een GGZ-psycholoog worden vergoed, wanneer de huisarts ze hiernaar doorverwijst. Om te borgen dat deze GGZ begeleiding ook bijdraagt aan arbeidsparticipatie huren ze hier een speciaal bedrijf voor in dat een schakel tussen klantmanagers en GGZ vormt, waardoor er ook geen privacy-problemen zijn.

Tot slot hebben sommige zorgverzekeraars vanuit innovatiebudgetten ook mogelijkheden om te investeren in de ontwikkeling van en onderzoek naar een nieuwe interventie.

Financiering vanuit gecombineerde bronnen

Er zijn ook enkele voorbeelden waarin een uitkeringsverstrekker en een zorgverzekeraar samen voor financiering zorgen van individuele trajecten. Een mooi voorbeeld hiervan is het 'Individual Placement and Support' (IPS) traject waarbij UWV het re-integratiedeel van IPS vergoedt, en een grote zorgverzekeraar het zorgdeel vergoedt. Deze constructie bestaat nu echter alleen voor mensen met een 'severe mental disorder' zoals schizofrenie, en niet voor mensen met CMD. Een andere mogelijkheid voor het combineren van budgetten is wanneer gemeenten het eigen risico voor cliënten vergoeden die in aanmerking komen voor GGZ-behandeling. Het grootste deel van deze GGZ-behandeling zal door een zorgverzekeraar worden gefinancierd, maar mogelijk vormt eigen risico nog een drempel voor cliënten om daadwerkelijk te starten met de behandeling. Een gemeente kan door vergoeden van het eigen risico deze mogelijke drempel voor hulpverlening wegnemen. Meer informatie over samenwerkingsmogelijkheden tussen gemeenten en zorgverzekeraars is te vinden in een brochure die tot stand is gekomen vanuit een gezamenlijk initiatief van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland⁹².

Financiering vanuit subsidieverstrekkers

Er zijn in Nederland meerdere organisaties die subsidies verstrekken voor innovatieve projecten zoals:

- ➔ Het Europees Sociaal Fonds (ESF)
Het fonds is opgericht om het vinden van werk en het overstappen naar een nieuwe baan makkelijker te maken. Het Europees Sociaal Fonds (ESF) stelt met name geld ter beschikking om werklozen en gehandicapten aan betere of nieuwe banen te helpen. Vergoeding voor individuele trajecten valt hierbuiten, maar hier kunnen mogelijk wel (pilot)projecten uit worden gefinancierd. Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) coördineert de besteding van het geld uit het [ESF in Nederland](#).
- ➔ Ministerie van VWS
Het ministerie van VWS biedt bijvoorbeeld sinds 2013 de mogelijkheid voor structurele financiering van anonieme e-mental health (individuele trajecten). Hiermee kunnen mensen die in eerste instantie niet durven uit te komen voor hun problemen (vanwege bijvoorbeeld schaamte dan wel angst voor de reactie van de omgeving) toch hulp krijgen voor hun psychische klachten. Deze vergoeding is echter alleen mogelijk voor bewezen (kosten)effectieve interventies die de (mentale)gezondheid bevorderen. Het online aanbod van Gripopjedip.nl wordt hier bijvoorbeeld mee gefinancierd.

Voor projecten waarbij ook onderzoek wordt uitgevoerd zijn de volgende subsidieverstrekkers mogelijk interessant:

➔ Stichting Intituut Gak

Instituut Gak is een vermogensfonds dat subsidie verstrekt aan projecten op de terreinen sociale zekerheid en arbeidsmarktbeleid in Nederland. Instituut Gak stelt onderzoekers in staat om gedegen en innovatief onderzoek te verrichten op het terrein van sociale zekerheid en arbeidsmarkt in Nederland. Naast een aantal langlopende, grootschalige onderzoeksprogramma's worden ook onderzoeksvragen gesteld die met een kortlopende studie kunnen worden beantwoord.

➔ ZonMw

ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren. ZonMw heeft als hoofdpdrachtgevers het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO). ZonMw stimuleert met allerlei subsidieprogramma's de totale innovatiecyclus. Van fundamenteel onderzoek tot implementatie van nieuwe behandelingen, preventieve interventies of verbeteringen in de structuur van de gezondheidszorg.

Reflectie op de financieringsmogelijkheden

We hebben enkele financieringsmogelijkheden voor de ontwikkeling en de uitvoering van een online interventie beschreven. Voor vervolgonderzoek is het aan te bevelen om de haalbaarheid van en het draagvlak voor deze financieringsopties verder in kaart te brengen. Om de kans op structurele financiering voor de uitvoering te vergroten is het aantonen van de kosteneffectiviteit van een interventie belangrijk. Onderzoek naar de kosteneffectiviteit zal aandacht moeten besteden aan kosten en baten op het gebied van zorg én uitkeringen. Wanneer de kosteneffectiviteit is aangetoond zullen zorg- en re-integratiepartijen eerder geneigd zijn om de interventie op te nemen in hun aanbod, of hier bij aanbestedingen expliciet aandacht aan te besteden. Daarnaast creëert een bewezen effectieve interventie de mogelijkheid om voor de uitvoeringskosten gebruik te maken van de financiering voor anonieme onlinehulp van VWS. De financiering voor een effectiviteitsonderzoek valt waarschijnlijk te realiseren bij de eerder genoemde fondsen.

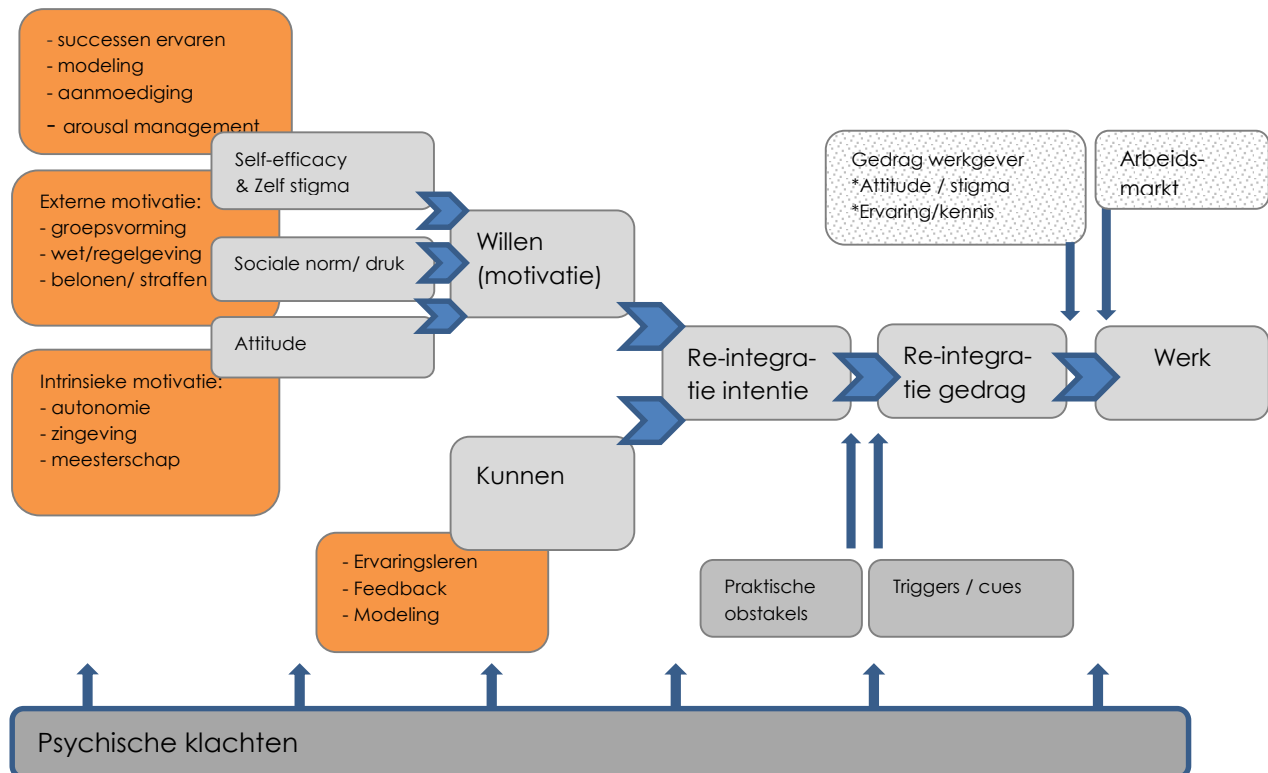
Om de kosteneffectiviteit in kaart te kunnen brengen is het organiseren van financiering voor de ontwikkeling van een interventie vanzelfsprekend een cruciale eerste stap. Enerzijds kan hierbij voor een relatief dure insteek worden gekozen door een nieuwe interventie te ontwikkelen (binnen of buiten een bestaand ICT platform) waarbij alle elementen van de blauwdruk terugkomen. Voordeel hiervan is dat kans op een effectieve interventie zo groot mogelijk is. Anderzijds kan er worden gekozen voor het door ontwikkelen van een bestaande interventie, waarbij aanvullend enkele elementen uit de blauwdruk worden meegenomen. Op basis van kleinschalige pilotprojecten en evaluaties kan dan worden doorgebouwd aan deze interventie.

Omdat de baten van de interventie te verwachten zijn op gezondheid én arbeidsparticipatie ligt een gecombineerde financieringsvorm voor de hand. Idealiter stimuleren landelijk opererende partijen en koepelorganisaties (zoals UWV, VNG/Divosa, het ministerie van SZW en/of VWS, GGZ-Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, CEDRIS) de interventie ontwikkeling en/of evaluatie door hiervoor (gezamenlijk) financiering beschikbaar te stellen. Hierbij is het van belang om partijen te betrekken die als launching customer kunnen fungeren om te borgen dat subsidiegelden voor ontwikkeling worden aangewend voor interventies waar praktijkorganisaties uiteindelijk ook voor willen betalen.

BIJLAGES

Bijlage 1: factoren die re-integratie succes voorspellen

In deze bijlage beschrijven we factoren die van invloed zijn op re-integratie succes. In diverse empirische studies en theoretische modellen over re-integratie met gezondheidsklachten wordt de multifactoriële aard benadrukt: klachtenreductie kan bijdragen aan re-integratie, maar ook individuele factoren en omgevingsfactoren zijn van belang voor re-integratie succes^{93,94}. Sommige van deze factoren zijn lastig te beïnvloeden zoals 'de arbeidsmarkt' of demografische kenmerken (bijvoorbeeld leeftijd). Een belangrijke factor die wel te beïnvloeden is, betreft het vertonen van effectief re-integratie gedrag (zoals vinden van passende vacatures, solliciteren). Diverse gedragsmodellen bieden aanknopingspunten om dat effectieve gedrag te versterken. Figuur 1 is een samengesteld gedragsmodel voor het voorspellen van re-integratie succes (onder andere gebaseerd op de theorie van gepland gedrag⁹⁵, *self-efficacy* theorie⁹⁶ en het Fogg Behavior Model⁹⁷). Dergelijke modellen zijn ook met succes toegepast in de context van re-integratie^{98,99}.



In de kern van dit model staan de beïnvloedbare factoren die (effectief) re-integratie-gedrag beïnvloeden. Deze factoren zijn:

- **Intentie**
Iemand moet de intentie hebben om re-integratiegedrag te vertonen (bewust of onbewust). Om dergelijke intenties om te zetten naar daadwerkelijk gedrag is het belangrijk dat mensen zich committeren aan dit gedrag.
- **Willen**

Om intenties te vormen, is het van belang dat iemand *wil* re-integreren (motivatie). Intrinsieke motivatie is hierbij de meest krachtige vorm van motivatie en heeft de meest duurzame invloed op gedragsverandering. Extrinsieke motivatie is effectief in het realiseren van kortdurende gedragsverandering, maar kan ook veel weerstand oproepen. Motivatie wordt beïnvloed door:

- Gevoel van *self-efficacy*
Denken dat je het kan (voldoende *self-efficacy* hebben, je competent genoeg voelen om effectief re-integratie-activiteiten uit te voeren) maakt de kans groter dat mensen gemotiveerd zijn om gedragsverandering te vertonen, en daarmee de kans op daadwerkelijke gedragsverandering.
- Een positieve attitude ten opzichte van re-integreren en werken
Zien mensen werk als iets positiefs (leuk, zinvol, noodzakelijk) en denken ze dat re-integratie activiteiten helpen om werk te vinden (zijn ze zinvol)? Ook het gevoel van autonomie (controle en invloed op het eigen re-integratieproces) helpt om een positieve attitude ten opzichte van re-integreren te versterken.
- Sociale norm / sociale druk
De druk die mensen ervaren vanuit hun (sociale) omgeving om optimale arbeidsparticipatie te realiseren, is van invloed op motivatie. Mensen worden geconfronteerd met negatieve gevolgen van niet re-integreren (financiële nood, maatregelen bij niet naleven van regels), of willen graag voldoen aan de verwachtingen van anderen. Deze manier grijpt vooral aan op 'externe motivatie'.

➔ Kunnen

Om intenties en motivatie om te zetten naar gedrag is het ook van belang dat iemand de vaardigheden heeft om te re-integreren. Er zijn verschillende vaardigheden nodig voor een effectieve re-integratie en het realiseren van optimale (arbeids)participatie. Voor de hand liggend zijn vaardigheden als solliciteren of netwerken, maar ook het probleemoplossend vermogen en volharding zijn van groot belang.

* Randvoorwaarden

Om te zorgen dat intenties tot gedragsverandering leiden is het van belang dat:

- Praktische obstakels verminderen (bijvoorbeeld geen toegang tot internet of geld voor de bus naar een sollicitatiegesprek).
- Mensen getriggerd worden om het gedrag uit te voeren: prikkels die je herinneren aan het uitvoeren van het voorgenomen gedrag (bijvoorbeeld een wekker of alarm). Hierbij is het belangrijk dat deze prikkel de aandacht trekt, en komt op een moment dat iemand het ook wil en kan.

Psychische klachten kunnen op al deze factoren van invloed zijn. Zo is het zelfvertrouwen (en de *self-efficacy*) van mensen met psychische klachten vaak laag. En ervaren ze de tegenslagen die vaak gepaard gaan met re-integratie successen als 'eigen falen', wat het zelfvertrouwen nog verder vermindert. Ook kunnen de klachten het daadwerkelijke kunnen beïnvloeden door bijvoorbeeld concentratieproblemen. Of vinden ze geen steun of prikkels in de omgeving omdat ze sociaal geïsoleerd zijn geraakt. Hoewel verschillende therapieën effectief zijn in het reduceren van klachten, is cognitieve gedragstherapie (CGT) voor alle CMD een voorkeursbehandeling^{100,101,102,103}. Bij cognitief gedragstherapeutische begeleiding staat de wisselwerking tussen gedachten, gevoelens en gedrag centraal. Er zijn accentverschillen in de behandeling per type psychische klacht, maar enkele standaard elementen zijn:

- ➔ Het uitgangspunt dat niet de gebeurtenis zelf negatieve gevoelens en een gedragspatroon bezorgen, maar de 'gekleurde bril' waardoor hij de dingen ziet;
- ➔ Identificatie en bijstelling van disfunctionele gedachten (cognitief herstructureren) verschaffen een objectievere kijk op de eigen gevoelens en waarnemingen. Hierdoor kunnen negatieve gevoelens verdwijnen en zal het gedrag veranderen. Dit wordt bijvoorbeeld vorm gegeven door het registreren van gevoelens, gedrag en gedachten. Maar ook door 'psycho-educatie' waarbij de cliënt uitleg

over de stoornis met als doel begrip, perspectief en hoop creëren. Beide technieken lenen zich goed voor online zelfhulp.

- ➔ Het proces van cognitief herstructureren wordt gekoppeld aan gedragsexperimenten, die de nieuwe functionele gedachten helpen te bestendigen. Bijvoorbeeld in de vorm van stapsgewijze blootstelling aan iets waar mensen angst voor hebben.
- ➔ Activering (fysiek en sociaal);
- ➔ Een kortdurende en gestructureerde aanpak, welke CGT geschikt maakt voor online (zelf)hulp.

Tot slot staan er ook factoren in het model die minder gemakkelijk (direct) beïnvloedbaar zijn zoals de arbeidsmarkt en het gedrag van toekomstige werkgevers:

- ➔ De arbeidsmarkt is lastig beïnvloedbaar voor een werkzoekende of begeleider. Wel is het mogelijk meer aansluiting te zoeken bij regionale ontwikkelingen op de arbeidsmarkt (waar is vraag naar?), en lopen er initiatieven om regionale samenwerking tussen werkgevers te bevorderen die gericht zijn op het aanbieden van werkplekken voor werklozen en/of mensen met een beperking. Bijvoorbeeld via Algemene Werkgeversvereniging Nederland (AWVN), 'denormalstezaak.nl', of het 'Gelders Arbeidsmarkt Model' (zie www.wzw.nl).
- ➔ Onderzoek laat zien dat werkgevers minder snel mensen met (psychische) gezondheidsbeperkingen aannemen vanuit de verwachting dat psychische klachten 'lastig' zijn in de bedrijfsvoering (stigma: "Mijn grootste beperking zit misschien wel tussen uw oren"). Dat soort verwachtingen blijken vooral veel samen te hangen met onbekendheid met de doelgroep en gebrekkige kennis over financiële regelingen die bestaan om bepaalde risico's (bijvoorbeeld ziekteverzuim) te ondervangen¹⁰⁴. Het actiever ondersteunen van werkgevers bij het gebruik van dit soort regelingen kan een manier zijn om het gedrag van werkgevers te veranderen. Daarnaast kan het ondersteunen van een werkzoekende met CMD bij het adresseren van negatieve verwachtingen (en onbekendheid) bij een werkgever een zinvol onderdeel zijn van begeleiding. De toekomstige werknemer moet dan wel beslissen of hij open is over de psychische klachten bij de werkgever (*disclosure*). Het aanpakken van stigma vergt waarschijnlijk langdurige en omvangrijkere initiatieven.

Bijlage 2: Onderzoeksmethode

Deelnemers interviews

De volgende experts hebben meegewerkt aan een uitgebreid interview^w:

- Jeroen Ruwaard (Vrije Universiteit, VU);
 - Anna Geraedts (Vrije Universiteit, VU);
 - Gera Noordzij (Erasmus Universiteit Rotterdam);
 - Joe Himle (Michigan University);
 - Rik Crutzen (Maastricht University/ Caphri);
 - Leontine van Melle (UWV).
- Daarnaast hebben enkele experts via email of een kort telefoongesprek input gegeven op specifieke deelvragen:
- Peter Smit (UWV)
 - Margaret Barry (National University of Ireland Galway)
 - Evelien Brouwers (Tranzo);
 - Robert Houtenbos (Vilans);
 - Janneke Broeksteeg (Interapy);
 - Roland Blonk (TNO);
 - Danielle Volker (Trimbos)
 - Rianne van der Zanden (Trimbos)
 - Ingrid van Ommeren (Stichting Sterk tegen Stigma)
- **Deelnemers aan de focusgroepen/ cliënten bijeenkomst**
- Achmea: Iris Gerritzen
 - Antes: Reina Fennema
 - Centre for Applied Games: Nina Geurds
 - DWI- cliëntenraad: Mireille Codfried
 - Erasmus University College: Gera Noordzij
 - Gemeente Bommelerwaard; Monique van der Veken
 - Grip op je Dip/Trimbos: Rob Gerrits en Merel Haverman
 - Klientenraad (Utrecht)
 - Landelijk Platform GGZ: Jose Bosch
 - Minddistrict: Anne Cloostermans en Jeanette Ploeger
 - Shared Ambition: David Rebergen
 - Tiburg@work: Linda van Herk en Myrte Moerman
 - UWV: Leontine van Melle en Martijn Wijnhoven
 - WeenerXL: Jos Cissen
 - WNK: Ron van Riet
 - En verschillende cliënten

Literatuur onderzoek

Aanpak

Eenzijds is er een systematisch literatuur onderzoek uitgevoerd met gebruik van een zoekmachine (scopus), waarbij gezocht is naar bestaande online interventies die arbeidsparticipatie bevorderen voor werklozen met CMD. Anderzijds is op basis van de literatuurtips van experts (en het zogenaamde 'sneeuwbal

^w Een puntsgewijze samenvatting van deze interviews is op aanvraag beschikbaar bij de onderzoekers.

effect') relevante en recente literatuur gezocht uit de diverse vakgebieden van de geraadpleegde experts. Om op deze manier de 'geleerde lessen' zoals deze werden ingebracht tijdens de interviews, ook wetenschappelijk te onderbouwen.

Het Engelstalige systematische literatuuronderzoek leverde 53 referenties op, de Nederlandstalige geen. Op basis van titel en abstract (en in geval van twijfel doorlezen van het artikel) werden geen online interventies die re-integratie bevorderen van mensen met CMD gevonden.

Veel referenties die het literatuuronderzoek opleverden waren niet relevant omdat er bijvoorbeeld alleen online meetinstrumenten werden gebruikt (in plaats van online interventies). De studies die wel online interventies beschreven waren gericht op andere doelgroepen zoals verzuimende werknemers, werklozen met ernstige psychische klachten, of gericht op fysieke rehabilitatie (waarbij psychische klachten genoemd werden als gevolg van een ernstige fysieke aandoening).

Om op zoek te gaan naar inhoudelijk passende interventies (voor werklozen met CMD) die kunnen worden omgezet naar een online format, is de literatuursearch nog een keer overnieuw gedaan, zonder de online component. Hierbij is wel verdere focus aangebracht door in de zoektermen reeds verschillende ernstige fysieke aandoeningen te excluseren. Dit leverde 38 publicaties op, waarvan er slechts één informatie bevatte over een *face-to-face* interventie die effectief was in het bevorderen van re-integratie voor mensen met CMD.

Zoektermen

Zoektermen Scopus Engelstalig (inclusief online component)

((TITLE-ABS-KEY(depression) OR TITLE-ABS-KEY(anxiety) OR TITLE-ABS-KEY((psychological complaints)) OR TITLE-ABS-KEY((mental health disorder)) OR TITLE-ABS-KEY(burnout) OR TITLE-ABS-KEY((adjustment disorder)) OR TITLE-ABS-KEY((common mental disorder))) AND SUBJAREA(MULT OR AGRI OR BIOC OR IMMUNO OR NEURO OR PHARM OR MULT OR MEDIC OR NURS OR VET OR DENT OR HEAL OR MULT OR ARTS OR BUSI OR DECI OR ECON OR PSYC OR SOCI) AND PUBYEAR > 1999) AND ((TITLE-ABS-KEY(unemployed) OR TITLE-ABS-KEY(unemployment) OR TITLE-ABS-KEY(reemployment) OR TITLE-ABS-KEY(reintegration) OR TITLE-ABS-KEY(occupational rehabilitation) OR TITLE-ABS-KEY(vocational rehabilitation) OR TITLE-ABS-KEY(return to work) OR TITLE-ABS-KEY(vocational) OR TITLE-ABS-KEY((job search))) AND SUBJAREA(MULT OR AGRI OR BIOC OR IMMUNO OR NEURO OR PHARM OR MULT OR MEDIC OR NURS OR VET OR DENT OR HEAL OR MULT OR ARTS OR BUSI OR DECI OR ECON OR PSYC OR SOCI) AND PUBYEAR > 1999) AND ((TITLE-ABS-KEY(online) OR TITLE-ABS-KEY((blended e-health)) OR TITLE-ABS-KEY(e-health) OR TITLE-ABS-KEY(digital) OR TITLE-ABS-KEY(internet-driven) OR TITLE-ABS-KEY(webbased) OR TITLE-ABS-KEY(telemedicine) OR TITLE-ABS-KEY(e-help)) AND SUBJAREA(MULT OR AGRI OR BIOC OR IMMUNO OR NEURO OR PHARM OR MULT OR MEDIC OR NURS OR VET OR DENT OR HEAL OR MULT OR ARTS OR BUSI OR DECI OR ECON OR PSYC OR SOCI) AND PUBYEAR > 1999) AND ((TITLE-ABS-KEY(therapy) OR TITLE-ABS-KEY(intervention) OR TITLE-ABS-KEY(treatment) OR TITLE-ABS-KEY(guidance) OR TITLE-ABS-KEY(coaching) OR TITLE-ABS-KEY(training) OR TITLE-ABS-KEY(service)) AND SUBJAREA(MULT OR AGRI OR BIOC OR IMMUNO OR NEURO OR PHARM OR MULT OR MEDIC OR NURS OR VET OR DENT OR HEAL OR MULT OR ARTS OR BUSI OR DECI OR ECON OR PSYC OR SOCI) AND PUBYEAR > 1999)

Zoektermen Scopus Engelstalig (exclusief online component)

((TITLE-ABS-KEY(depression) OR TITLE-ABS-KEY(anxiety) OR TITLE-ABS-KEY((psychological complaints)) OR TITLE-ABS-KEY((mental health disorder)) OR TITLE-ABS-KEY(burnout) OR TITLE-ABS-KEY((adjustment disorder)) OR TITLE-ABS-KEY((common mental disorder))) AND SUBJAREA(MULT OR PHARM OR MEDIC OR HEAL OR BUSI OR DECI OR ECON OR PSYC OR SOCI) AND PUBYEAR > 1999) AND ((TITLE-ABS-KEY(UNEMPLOYED) OR TITLE-ABS-KEY(JOBBLOSS) OR TITLE-ABS-KEY(UNEMPLOYMENT)) AND SUBJAREA(MULT OR PHARM OR MEDIC OR HEAL OR BUSI OR DECI OR ECON OR PSYC OR SOCI) AND PUBYEAR > 1999) AND ((TITLE-ABS-KEY(reemployment)

OR TITLE-ABS-KEY(reintegration) OR TITLE-ABS-KEY(occupational rehabilitation) OR TITLE-ABS-KEY (vocational rehabilitation) OR TITLE-ABS-KEY (return to work) OR TITLE-ABS-KEY(vocational) OR TITLE-ABS-KEY((job search))) AND SUBJAREA(MULT OR PHAR OR MEDI OR HEAL OR BUSI OR DECI OR ECON OR PSYC OR SOCI) AND PUBYEAR > 1999) AND (TITLE-ABS-KEY(therapy) OR TITLE-ABS-KEY(intervention) OR TITLE-ABS-KEY(treatment) OR TITLE-ABS-KEY(guidance) OR TITLE-ABS-KEY(coaching) OR TITLE-ABS-KEY(training) OR TITLE-ABS-KEY(service) AND SUBJAREA(MULT OR PHAR OR MEDI OR HEAL OR BUSI OR DECI OR ECON OR PSYC OR SOCI) AND PUBYEAR > 1999) AND NOT ((Back pain) OR (stroke) or (schizophrenia) or (student) or (cancer) or (multiple sclerosis) or (veteran) or (brain injury) or (parkinson) or (surgery) OR (NECK PAIN) OR (EPILEPSY) OR (ADOLESCENT) OR (CHILD) OR (LIMB LOSS))

Zoektermen Scopus Nederlandstalig

((TITLE-ABS-KEY(e-hulp) OR TITLE-ABS-KEY(webbased) OR TITLE-ABS-KEY(digitaal) OR TITLE-ABS-KEY(online) OR TITLE-ABS-KEY(digihulp) OR TITLE-ABS-KEY(internethulpverlening) OR TITLE-ABS-KEY(e-health)) AND PUBYEAR > 1999) AND ((TITLE-ABS-KEY(werkloos) OR TITLE-ABS-KEY(reintegratie) OR TITLE-ABS-KEY(werkhervatting) OR TITLE-ABS-KEY(uitkering) OR TITLE-ABS-KEY(sociale dienst) OR TITLE-ABS-KEY(uwv) OR TITLE-ABS-KEY(arbeid) OR TITLE-ABS-KEY(werk) OR TITLE-ABS-KEY(baan) OR TITLE-ABS-KEY(werklozen) OR TITLE-ABS-KEY(werkeloos) OR TITLE-ABS-KEY(werkelozen) OR TITLE-ABS-KEY(arbeidsparticipatie) OR TITLE-ABS-KEY(re-integratie) OR TITLE-ABS-KEY(arbeidsdeelname)) AND PUBYEAR > 1999) AND ((TITLE-ABS-KEY(therapie) OR TITLE-ABS-KEY(begeleiding) OR TITLE-ABS-KEY(coaching) OR TITLE-ABS-KEY(behandeling) OR TITLE-ABS-KEY(traject) OR TITLE-ABS-KEY(dienstverlening) OR TITLE-ABS-KEY(training) OR TITLE-ABS-KEY(interventie)) AND PUBYEAR > 1999) AND ((TITLE-ABS-KEY(depressie) OR TITLE-ABS-KEY(psychische klachten) OR TITLE-ABS-KEY(angst) OR TITLE-ABS-KEY(burnout) OR TITLE-ABS-KEY(burn-out) OR TITLE-ABS-KEY(aanpassingsstoornis) OR TITLE-ABS-KEY(geestelijke gezondheid)) AND PUBYEAR > 1999)

Bijlage 3: technieken voor gedragsverandering

In dit rapport en de blauwdruk komen regelmatig 'technieken voor gedragsverandering en motivatie' aan bod. Aangezien we re-integreren kunnen zien als gedrag, zijn dit relevante technieken. Als een interventie de arbeidsparticipatie wil versterken, zal deze interventie in staat moeten zijn om re-integratie gedrag te stimuleren of veranderen: Mensen pakken hun re-integratie activiteiten weer op, of veranderen hun re-integratie strategieën. Wil je dit op een effectieve en duurzame manier doen, is hierbij ook veel aandacht voor de intrinsieke motivatie nodig.

Er zijn veel (soms overlappende) strategieën om gedrag en motivatie te beïnvloeden. In het onderstaande kader staat hiervan een overzicht op basis van onderzoek van Michie en collega's^{105,106}. In een studie naar effectieve online veranderingstechnieken voor gezond gedrag (bijvoorbeeld met betrekking tot eten en bewegen) bleek dat effecten groter waren naarmate er meer verschillende strategieën werden gebruikt. Ook bleek gebruik van de eerste 3 strategieën (afgeleid uit de theorie van gepland gedrag) tot grotere effecten te leiden. Re-integreren is echter een veel complexere activiteit omdat daar de uitkomsten van het gedrag voor een aanzienlijk deel ook buiten de persoon zelf liggen. In het kader van re-integratie voor werklozen met CMD zijn de meeste van deze technieken ook effectief gebleken. Dit geldt alleen niet voor de laatste 3.

Algemene technieken voor gedragsverandering

- Een positieve houding creëren ten opzichte van het gedrag en de uitkomsten daarvan, door:
 - Consequenties van gedrag laten inzien (bijvoorbeeld niets doen vs. veranderen)
 - Gevolgen/uitkomsten van gedrag vergelijken (bijvoorbeeld voor/nadelen op een rij zetten)
 - Gevoel van controle en autonomie geven
- Doelen stellen/gedragsintenties formuleren (bijvoorbeeld stapsgewijs actieplan maken en committeren aan gedrag)
- Inzicht geven in de houding van anderen t.o.v. het re-integratie/werk (goedkeuring/afkeuring)
- Effectief /gewenst gedrag belonen (bijvoorbeeld een compliment of het wegnemen van een straf)
- Vergroten van zelfvertrouwen (bijvoorbeeld door focus op eerdere successen, verbale aanmoediging)
- Sociale steun organiseren/bieden
- Indirect leren (bijvoorbeeld door te kijken naar anderen, gedrag voordoen)
- In kaart brengen barrières en oplossingen hiervoor
- Herhalen en oefenen (actief leren, versterken vaardigheden)
- Feedback op gedrag
- Negatieve gevolgen aan gedrag verbinden (straffen). Dit heeft echter alleen een kortdurend effect op gedrag of kan ook juist weerstand oproepen.
- Triggers /cues voor het gedrag organiseren (zodat mensen acties niet vergeten)

Bijlage 4: niet-helpende gedachten uitdagen

De volgende tekst kan worden gebruikt om aan een cliënt uit te leggen wat het uitdagen van niet-helpende gedachten in z'n werk gaat. Deze tekst is gebaseerd op de tekst uit 'Grip op je Dip'

Wat zijn niet-helpende gedachten?

Je hebt de hele dag door gedachten. Deze gedachten bepalen hoe je je voelt. Van sommige gedachten heb je last. Deze geven je een vervelend gevoel of zorgen dat je je niet kan gedragen zoals je wil. Dit zijn niet-helpende gedachten. Hier een voorbeeld hoe verschillende gedachten verschillende gevoelens kunnen oproepen bij een zelfde gebeurtenis.

| | Persoon 1 | Persoon 2 |
|-------------|--|--|
| Gebeurtenis | Ik krijg geen reactie op mijn sollicitatiebrief | Ik krijg geen reactie op mijn sollicitatiebrief |
| Gedachte | "Ze vinden me niet geschikt, het zal me nooit lukken om een nieuwe baan te vinden" | "Er is vast iets aan de hand. Ze hebben het vast heel druk, of misschien is mijn brief niet goed aangekomen" |
| Gevoel | Afgewezen, onzeker, moedeloos | Rustig |
| Gedrag | Stoppen met solliciteren | Nabellen, om aanvullende informatie in te winnen |

Voorbeeld van een ingevuld GGG schema met een helpende en een niet-helpende gedachte.

Hoe kun je niet-helpende gedachten veranderen?

Wanneer je weet wat je niet-helpende gedachten zijn kun je onderzoeken of deze wel kloppen. Dit noem je het uitdagen van je gedachten. Vaak ontdek je dat niet-helpende gedachten niet helemaal kloppen of te extreem gesteld zijn. Als dit het geval is kun je nieuwe gedachten bedenken die je wel helpen. Door je niet-helpende gedachten te onderzoeken en veranderen, krijg je meer grip op hoe je je voelt. Je kunt je gedachten onder controle krijgen en daarmee heb je invloed op je gevoel en je stemming. Het veranderen van niet-helpende gedachten kan lastig zijn. Er is veel oefenen voor nodig. Gun jezelf de tijd om ook echt te gaan geloven in de nieuwe gedachten. Het doorlopen van de volgende stappen kan hierbij helpen:

- 1) Beschrijf de gebeurtenis, je gevoel (zoals boos, bang, bedroefd, blij) en je gedachten.
 - ➔ Kies de belangrijkste gedachte waardoor je je zo voelde. Welk bewijs heb je dat deze gedachte klopt?
 - ➔ Welke bewijs heb je tegen deze gedachte? Nu ga je je gedachten uitdagen:
 - ➔ Zijn er ook andere verklaringen mogelijk? Zitten er misschien denkfouten of gedachtecronkels in jouw gedachten? Zoals gedachten lezen van anderen, te snel een conclusie trekken, of dingen te veel persoonlijk aantrekken? Veel sombere mensen geloven bijvoorbeeld dat anderen erg kritisch over hen denken. In werkelijkheid valt dat vaak mee.
 - ➔ Helpt deze gedachte om te bereiken wat je wilt? Of staat de gedachte je in de weg?
- 2) Tegengedachte. Welke helpende gedachte kun je verzinnen? Is er een andere kijk op de gebeurtenis mogelijk?
 - ➔ Hoe zou je willen reageren (gewenst gevoel en gedrag)?
 - ➔ Welke gedachten kunnen je daarbij helpen?
- 3) Effect van de tegengedachte
 - ➔ Hoe voel je je als je op een andere manier kijkt naar de gebeurtenis?

Een voorbeeld

Vanochtend zag ik Kim op straat, maar ze liep gewoon langs me heen. Ze deed volgens mij alsof ze me niet zag. Ik heb gisteren vast iets gezegd waardoor ze zich beledigd voelt. Ik voel me hier zo rot door. Door de gedachte dat het aan mij ligt klap ik dicht. Je kunt je afvragen:

- ➔ Heeft ze me echt niet gezien of wilde ze me niet zien? → Dat weet ik eigenlijk niet.
- ➔ Heb ik inderdaad iets gezegd waardoor ze zich beledigd kan voelen? → Weet ik niet, het zou kunnen.
- ➔ Ben ik onjuiste conclusies aan het trekken? (Ze deed volgens mij alsof ..)
- ➔ Bent ik gedachten aan het lezen? (je neemt aan dat ze zich beledigd voelt).
- ➔ Trek ik het mij te persoonlijk aan ?(je denkt dat het aan jou ligt)

Je kunt ook denken:

- ➔ Het kan heel goed dat Kim mij echt niet gezien heeft, bijvoorbeeld doordat ze misschien haar lenzen niet in had.
- ➔ Ook kan het dat ze zich niet goed voelde en gewoon geen zin had om iemand te zien of te groeten. Ik kan verder ook naar Kim toe gaan en vragen of er iets is.
- ➔ En verder kan ik, als ik iemand op straat tegen kom, ook best zelf als eerste groeten.
- ➔ Het hoeft dus niet aan mij te liggen. Door deze gedachte voel ik me beter.

Bijlage 5: Overzicht kritische succesfactoren: Longlist

In onderstaande 3 tabellen staat een longlist van kritische succesfactoren wat betreft inhoud, vorm/proces en randvoorwaarden uit de aanverwante gebieden:

- Online hulpverlening (gezondheidsgedrag);
- Online GGZ hulpverlening (gericht op klachtenreductie bij mensen met CMD);
- Face-to-face re-integratie begeleiding voor werklozen in het algemeen;
- Face-to-face re-integratie begeleiding voor werknemers met CMD;
- Face-to-face re-integratie begeleiding specifiek voor werklozen met CMD.

In deze tabellen staat tevens de mate van bewijs voor deze factor aangegeven, onderverdeeld in:

- 1) +/- Factor is verschillend beoordeeld door experts
- 2) + Factor is genoemd door 1 of meerdere experts in de interviews
- 3) ++ Relatie tussen interventie factor en uitkomst is aannemelijk of aangetoond op basis van wetenschappelijk onderzoek

We hebben niet uitputtend in de literatuur van deze aanverwante gebieden in kaart gebracht, maar op basis van expertadviezen de meest toonaangevende publicaties bekeken. Daar waar in de tabel dus geen indicatie van bewijs staat, wil dit niet zeggen dat dit er niet is.

| Succes factor 'randvoorwaarden' | Mate van bewijs | | | | | |
|---|----------------------|------------|----------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| | Online hulpverlening | Online GGZ | Online re-integratie | FTF re-integratie werklozen | FTF Re-integratie werknemers met CMD | FTF re-integratie werklozen met CMD |
| <i>Kwaliteit begeleidende professional</i> | | | | | | |
| 1 Gezag uitstralen op basis respect en warmte (<i>referent power</i>) | | + | | ++ | | ++ |
| 2 Voordoen van /handelen vanuit een leeroriëntatie (<i>doen waar je voor staat</i>) | | | | + | | |
| 3 Inlevingsvermogen (aanvoelen wat het belangrijkste obstakel is) | | + | + | + | | + |
| 4 Inzicht in andere discipline (werk/ ggz zorg) en kunnen integreren van re-integratie en GGZ-zorg aspecten | | | | ++ | ++ | ++ |
| 5 Aspecifieke therapie factoren online kunnen borgen | | ++ | | | | |
| <i>Overig</i> | | | | | | |
| 6 Veilige omgeving, vertrouwen tussen professional en klant(en) | | + | | + | | + |
| 7 Professional is onafhankelijk van een partij met financieel belang bij succesvolle re-integratie. | | | | + | +/- | |
| 8 Goede diagnose of screenings instrumenten voor doorverwijzers | + | ++ | + | + | | |
| 9 Voldoen aan wet- en regelgeving (o.a. WBP) | + | + | + | | | |
| 10 Vrijwilligheid / keuzevrijheid | ++ | ++ | + | | | |
| 11 Blijf effecten monitoren en de interventie door ontwikkelen | + | + | + | | | |
| 12 Verwachting management over resultaat interventie | | + | + | | | |
| 13 Structurele financieringsmogelijkheden | | | + | | | |

| Succes factor 'vorm' | Mate van bewijs | | | | | |
|---|----------------------|------------|----------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| | Online hulpverlening | Online GGZ | Online re-integratie | FTF re-integratie werkløzen | FTF re-integratie werknemers CMD | FTF re-integratie werkløzen met CMD |
| 1 Begeleide online interventies (vorm van digitaal persoonlijk contact) | ++ | ++ | | | | |
| 2 Interactieve online interventies | ++ | ++ | + | | | |
| 3 Groepsinterventie (betrekken lotgenoten/ peer learning) | | ++ | + | ++ | | ++ |
| 4 Maatwerk | ++ | ++ | + | + | | |
| 5 Balans tussen structuur/sturing/overzicht en keuzevrijheid | ++ | ++ | | + | | |
| 6 Technologie nuttig, toegankelijk, acceptabel en aantrekkelijk (motiverend en gebruikersvriendelijk) | ++ | ++ | + | | | |
| 7 Interventie niet te ingewikkeld of lang, vooral praktisch | + | + | + | | | |
| 8 Voorkom uitval: vergroot therapietrouw en motivatie | ++ | ++ | + | | | |
| 9 Goede toeleidingsstructuur (van cliënten naar de interventie) | ++ | + | + | | | |
| 10 Goede diagnose/screening vooraf | + | + | + | | | |
| 11 Korte wachttijden om te starten met begeleiding | | ++ | | | + | + |
| 12 <i>Blended</i> voor mensen met multiproblematiek | | +/- | +/- | | | |
| 13 Begeleiding is vrijwillig (sluit aan bij individuele voorkeuren). | | | | ++ | | |
| 14 Inzet ervaringsdeskundigen | | + | | + | | + |
| 15 Gedragstriggers/ cues | ++ | | | | | |
| 16 Nauwe samenwerking tussen klinische en re-integratie professionals | | | | ++ | ++ | ++ |
| 17 Begeleiding loopt door na vinden baan | | | | ++ | | |
| 18 Minder talig maken bestaande interventies | + | + | | | | + |
| 19 Stepped care | | ++ | | | | |

| Succes factor 'Inhoud' | Mate van bewijs | | | | | |
|--|----------------------|------------|----------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| | Online hulpverlening | Online GGZ | Online re-integratie | FTF re-integratie werklozen | FTF Re-integratie werknemers CMD | FTF re-integratie werklozen met CMD |
| <i>Algemene technieken voor gedragsverandering/ motivatie</i> | ++ | + | + | ++ | ++ | ++ |
| 1.1 Versterken <i>self-efficacy</i> | + | + | + | ++ | ++ | ++ |
| 1.2 Anticiperen en overwinnen van tegenslag | | | | ++ | | ++ |
| 1.3 Effectief werkzoekgedrag voordoen (modellen) | | | | ++ | | ++ |
| 1.4 Effectief gedrag bekrachtigen (en ineffectief gedrag negeren) | + | + | | ++ | | ++ |
| 1.5 Leerdoelen stellen (bijvoorbeeld leren omgaan met sollicitatie angst) | | | + | ++ | | + |
| 1.6 Tussendoelen stellen/ stapsgewijs plan (gradueel opbouwen) | ++ | | | + | ++ | ++ |
| 1.7 Sociale steun / verbale aanmoediging (van begeleider en peers) | + | | + | ++ | | ++ |
| 1.8 Actief leren (werk- zoek/-behoud vaardigheden oefenen) | | | | ++ | | ++ |
| <i>Overig</i> | | | | | | |
| 2 Cognitief gedragsmatig en/of probleemoplossende technieken (effectieve <i>face-to-face</i> begeleiding als uitgangspunt) | | ++ | | ++ | ++ | ++ |
| 3 Werkgerichte therapeutische GGZ elementen | | | | + | ++ | ++ |
| 4 Faalervaringen als leerervaringen zien | | + | | ++ | | + |
| 5 Obstakels en oplossingen hiervoor in kaart brengen | | | | ++ | + | ++ |
| 6 Meerdere/ nieuwe werk zoek strategieën uitproberen | | | | ++ | | + |
| 7 Inhoud niet te complex | + | + | + | | | |
| 8 In een realistische werksetting (coping) vaardigheden oefenen/toepassen | | | | ++ | ++ | ++ |
| 9 <i>First place then train</i> principe (niet klacht gestuurd) | | | | ++ | ++ | ++ |
| 10 Directe bemiddeling naar werkgever door een professional | | | | ++ | | + |
| 11 Informatie geven en actief steunen van werkgevers & klanten voor mogelijkheden uit financiële regelingen | | | | + | | |
| 12 Intervenier zowel/tegelijk op persoonlijke factoren en omgevingsfactoren | ++ | | | | ++ | ++ |
| 13 (toekomstig)werkgever faciliteert werkaanpassingen voor passend werk | | | | ++ | ++ | ++ |
| 14 (toekomstig) leidinggevende/ werk betrekken bij begeleiding klant (bijvoorbeeld een drie-gesprek) | | | | ++ | +/- | ++ |

Van bovenstaande longlist hebben we tevens een shortlist opgesteld, waarbij de verschillende overlap-pende factoren zijn gegroepeerd en waarbij voorrang is gegeven voor factoren die onderdeel uitmaken van een bewezen effectieve interventie (aangegeven met ++ in de longlist tabel).

Bijlage 6: Voorbeeld uitleg over leerdoelen

Wat is een leerdoel en waarom is het belangrijk?

Een zoektocht naar een baan is voor veel mensen een lastig proces. Het vraagt heel veel van je: je moet weten wat je kan, wat je wil, en hoe je dit kunt aanpakken. En als je dat allemaal weet moet je actie ondernemen. En je moeten kunnen omgaan met allerlei obstakels die bij ieder werkzoekproces voorkomen. Zoals afwijzingen nadat je een sollicitatiebrief hebt gestuurd. Psychische klachten zoals angst of depressie kunnen dit extra moeilijk maken. Eén van de grootste uitdagingen voor werkzoekenden is dan ook: zorgen dat je door tegenslag niet uit het veld wordt geslagen.

Het kan helpen om bij het zoeken van een baan jezelf leerdoelen te stellen. Een leerdoel is gericht op jezelf ontwikkelen, je vaardigheden vergroten. Bij een zoektocht naar werk kan een leerdoel zijn: *"ik wil leren om mijn zenuwen onder controle te krijgen bij een sollicitatiegesprek"*. Of *"ik wil leren vacatures te vinden die passen bij mijn kwaliteiten"*. Het voordeel van leerdoelen is dat je eigenlijk niets fout kan doen. Als er iets 'fout' gaat bij het werken aan een leerdoel, heb je iets belangrijks bereikt! Van een fout kun je namelijk heel veel leren. Je weet nooit van tevoren welke stappen je moet zetten en welke je echt wat opleveren. Het kan best zijn dat je 10 dingen probeert, maar dat er uiteindelijk maar 2 je direct dichterbij je doel brengen. Maar die andere tussenstappen zijn niet voor niets. Het werken aan leerdoelen vraagt wel veel inzet en inspanning van je. Een goed leerdoel is: concreet, haalbaar (niet te moeilijk), niet te makkelijk (anders kun je niets leren), opgedeeld in kleine stappen

Veel mensen stellen zichzelf prestatiedoelen. Een voorbeeld van een prestatiedoel is: ik wil deze week 4 passende vacatures vinden. Prestatiedoelen zijn motiverend als je met iets makkelijk bezig bent of als je iets heel goed kan (bijvoorbeeld topsporters). Je kunt dan anderen laten zien hoe goed je bent. Als je met iets moeilijk bezig bent (zoals het zoeken naar werk), kan dit heel ontmoedigend zijn. Je kunt er namelijk vanuit gaan dat er dingen misgaan bij het zoeken naar werk. Als er iets 'fout' gaat (je vind bijvoorbeeld geen vacatures), dan houd je daar een negatief gevoel aan over. En met zo'n negatief gevoel is het extra lastig om door te zetten. Houd jezelf dan maar eens gemotiveerd. Als mensen prestatiedoelen stellen gaan ze vaak ook lastige taken vermijden, waardoor ze dus minder leren!

Wat kan het opleveren?

Mensen die leerdoelen stellen hebben meer kans om een baan te vinden dan mensen die prestatiedoelen stellen. Een onderzoek in Rotterdam liet zien dat 33% mensen die een leerdoelen training volgden binnen 2 maanden een baan vonden. Terwijl mensen die geen training volgden of juist leerden om prestatiedoelen te stellen veel minder kans maakten op een baan (8 en 10%). In tijden van economische crisis hadden mensen na een leerdoel training ongeveer 2 keer zoveel kans om een baan te vinden.

In deze filmpjes worden leer en prestatie doelen en het onderzoek daarnaar nog een keer toegelicht:

https://www.Youtube.com/watch?v=XmM1ga_sllw

<https://www.Youtube.com/watch?v=C44-Tmsvx2E>

Eindnoten: Literatuurlijst

- ¹ Ybema, J.F., & Evers, M. (2005). *Profiel Arbeid en Gezondheid*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.
- ² *Zijn gemeenten klaar om mensen met psychische problemen aan het werk te helpen?* (2014). Landelijke tussenrapportage Open voor Werk van het Landelijk Platform GGZ (LPGGZ).
- ³ The Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2012). *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*.
- ⁴ Audhoe, S.S., Hoving, J.L., Sluiter, J.K., & Frings-Dresen, M.H.W. (2010). Vocational interventions for unemployed: effects on work participation and mental distress. A systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20, 1-13.
- ⁵ Van Stolk, C., Hofman, J., Hafner, M. & Janta, B. (2014). *Psychological Wellbeing and Work: Improving Service Provision and Outcomes*. RAND Europe.
- ⁶ Bond, G.R., Drake, R.E., Becker, D.R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1:280-290.
- ⁷ Lagerveld, SE., Blonk, R.W. B., Breninkmeijer, V., Wijngaards-de, M. L., Schaufeli, W.B. (2012) 'Work-Focused Treatment of Common Mental Disorders and Return to Work: A Comparative Outcome Study', *Journal of occupational health psychology* 17 (2), pp. 220-234.
- ⁸ *Zijn gemeenten klaar om mensen met psychische problemen aan het werk te helpen?* (2014). Landelijke tussenrapportage Open voor Werk van het Landelijk Platform GGz (LPGGz).
- ⁹ Van Eekert, P. (2014). *Werkwijzer Re-integratie van klanten met psychische aandoeningen voor klantmanagers en leidinggevenden*. Utrecht: Divosa
- ¹⁰ Van 't Land, H., Grolleman, J., Mutsaers, K., & Smits, C. (2008). *Tendrapportage GGZ 2008. Deel 2 Toegang en Zorg gebruik. Basisanalyse*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- ¹¹ Priebe et al. (2012). Good practice in mental health care for socially marginalized groups in Europe: a qualitative study of expert views in 14 countries. *BMC Public Health*, 12:248.
- ¹² The Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2012). *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*.
- ¹³ Cornelius, B., Van Der Klink, J.J.L., Brouwer, S., Groothoff, J.W. (2014) Under-recognition and under-treatment of DSM-IV classified mood and anxiety disorders among disability claimants. *Disability and Rehabilitation*, 36 (14), pp. 1161-1168.
- ¹⁴ Van Eekert, P. (2014). *Werkwijzer Re-integratie van klanten met psychische aandoeningen voor klantmanagers en leidinggevenden*. Utrecht: Divosa.
- ¹⁵ Musiat, P., Tarrier, N. (2014). Collateral outcomes in e-mental health: a systematic review of the evidence for added benefits of computerized cognitive behavior therapy interventions for mental health. *Psychological Medicine*, 44, 3137-3150.
- ¹⁶ Ruwaard, J. (2013). *The efficacy and effectiveness of online CBT*. Amsterdam: Department of Clinical Psychology, University of Amsterdam. ISBN: 978-94-6191-588-7.
- ¹⁷ Musiat, P., Tarrier, N. (2014). Collateral outcomes in e-mental health: a systematic review of the evidence for added benefits of computerized cognitive behavior therapy interventions for mental health. *Psychological Medicine*, 44, 3137-3150.
- ¹⁸ *E-mental health bij mensen met aanhoudende psychische problemen: nog veel te winnen* (2014). Psychisch gezien, landelijk panel van mensen met psychische aandoeningen.
- ¹⁹ Nikken, P. (2007). *Online hulp verdient nog veel aandacht Een verkenning naar het hulpaanbod voor jeugdigen in Nederland*. NJI.
- ²⁰ Schalken, F. e.a. (2013). *Handboek online hulpverlening: met internet zorg en welzijn verbeteren*. Management editie Stichting E-hulp.nl. Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2013.
- ²¹ Lange, A., Van de Ven, J.P, Schrieken, B., & Smit, M. (2003b). Interapy-Burnout; Preventie en behandeling van burnout via internet. *Directieve Therapie*, 23, 121-145.
- ²² Grime, P.R. (2004). Computerized cognitive behavioural therapy at work: a randomized controlled trial in employees with recent stress-related absenteeism. *Occupational Medicine*, 54:353-359.
- ²³ Ruwaard, J., Lange, A., Bouwman, M., Broeksteeg, J., Schrieken B. (2007). E-mailed standardized cognitive behavioural treatment of work-related stress: a randomized controlled trial. *Cognitive Behavioral Therapy*;36: 179-192.
- ²⁴ Vlasveld, M.C. (2012). *Sickness absence and return to work in workers with major depressive disorder: The Netherlands Depression Initiative in the occupational healthcare setting*. Doctoral Dissertation, Vrije Universiteit.
- ²⁵ Volker, D., Vlasveld, M.C., Anema, J.R., Beekman, A.T.F., Hakkaart-van Roijen, L., Brouwers, E.P.M., Van Lomwel, A.G.C., Van der Feltz-Cornelis, C.M. (2013). *Blended E-health module on return to work embedded in collaborative*

-
- occupational health care for common mental disorders: design of a cluster randomized controlled trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* (9) 529–537.
- ²⁶ Vlasveld, M.C. (2012). *Sickness absence and return to work in workers with major depressive disorder: The Netherlands Depression Initiative in the occupational healthcare setting*. Doctoral Dissertation, Vrije Universiteit.
- ²⁷ Zwerenz, R., Gerzymisch, K., Edinger, J., Holme, M., Knickenberg, R.J., Spörl-Dönch, S., Kiwus, U., Beutel, M.E. (2013) Evaluation of an internet-based aftercare program to improve vocational reintegration after inpatient medical rehabilitation: Study protocol for a cluster-randomized controlled trial. *Trials*, 14 (1), art. no. 26.
- ²⁸ Liu, S., Huang, J. L., & Wang, M. (2014). Effectiveness of Job Search Interventions: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035923>
- ²⁹ Schellekens, J.M.H. (2003). *Beweging als warming-up voor re-integratie. De invloed van een re-conditioneringsprogramma op de lichamelijke conditie, het welbevinden en de kansen op werkherleving*. Uitgave van de Rijksuniversiteit Groningen, sectie Experimentele en Arbeidspsychologie, en UWV-Nederland te Amsterdam.
- ³⁰ Vinokur, A.D., Schul, Y., Vuori, J., and Price, R.H. (2000). Two years after a job loss: longterm Impact of the JOBS Program on Reemployment and Mental Health". *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (1), 32– 47.
- ³¹ Vinokur, A. D., & Schul, Y. (1997). Mastery and inoculation against setbacks as active ingredients in the JOBS intervention for the unemployed. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 867-877.
- ³² Vinokur, A. D., Price, R. H., & Schul, Y. (1995). Impact of the JOBS intervention on unemployed workers varying in risk for depression. *American Journal of Community Psychology*, 23(1), 39-74.
- ³³ Brenninkmeijer, V. & Blonk, R.W.B. (2011). The Effectiveness of the JOBS Program among the Long-Term Unemployed: A Randomized Experiment. *Health Promotion International*, 27, 220-229.
- ³⁴ Centre for Health Promotion Studies. The National University of Ireland, Galway. (2005). *Preliminary Findings for the "Winning New Jobs" Programme in Ireland*.
- ³⁵ Himle, J., Steinberg, E., Laviolette, W., Golenberg, Z., Vlnka, S., Levine, D., O'Donnell, L. & Bybee, D. (2013). *Work related cognitive behavioral therapy for unemployed persons with social anxiety*. Society for Social Work and Research, San Diego, CA.
- ³⁶ Buisman, M. & Houtkoop, W.(2014). *Laaggeletterdheid in kaart*. 's-Hertogenbosch: Gezamenlijke uitgave van ECBO en Stichting Lezen & Schrijven.
- ³⁷ Manfred, E., Beutel, Zwerenz, R., Bleichner, F., Vorndran, A., Gustson, D., & Knickenberg, R.J. (2005). Vocational training integrated into inpatient psychosomatic rehabilitation - Short and long-term results from a controlled study. *Disability and rehabilitation*: 27, 15: 891-900.
- ³⁸ Van Hooff, E.A.J. & Noordzij, G. (2009). The effects of goal orientation on job search and reemployment: A field experiment among unemployed job seekers. *Journal of Applied Psychology*, 94(6), 1581-1590
- ³⁹ Van Busschbach, J.T., Michon, H., Van Vugt, M. & Stant, A.D. (2011). *Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland. Eindverslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie. Deel 2: Bevindingen na 30 maanden follow-up*. Rob Giel Onderzoekcentrum, Groningen, & Trimbos-instituut, Utrecht.
- ⁴⁰ Bond, G.R., Drake, R.E., Becker, D.R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31:280–290.
- ⁴¹ *Multidisciplinaire richtlijn Werk en ernstige psychische aandoeningen*. (2013). Trimbos-instituut. De Tijdstroom, Utrecht.
- ⁴² Hellström, L., Bech, P., Nordentoft, M., Lindschou, J., Falgaard, L. (2013). The effect of IPS-modified, an early intervention for people with mood and anxiety disorders: study protocol for a randomised clinical superiority trial. *Trials*, 14:442.
- ⁴³ Eden D. & Aviram A.(1993).Self-efficacy training to speed reemployment: helping people to help themselves. *Journal of Applied Psychology*,78:353-360.
- ⁴⁴ Bolhaar, J., Ketel,N., Van der Klauw, B. (2014). *Onderzoek naar effectiviteit inzet re-integratieinstrumenten DWI, eind rapport*. Vrije Universiteit, Amsterdam.
- ⁴⁵ Lammerts, L., Vermeulen, S.J., Schaafsma, F.G., Mechelen W. van, & Anema, J.R. (2014). Return to work of workers without a permanent employment contract, sick-listed due to a common mental disorder: design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 14, 594.
- ⁴⁶ Jagmohansingh, S. (2008). *Evaluatie ExIT Feijenoord*. Rotterdam: Sociaal-wetenschappelijke Afdeling Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- ⁴⁷ Nieuwenhuijsen, K., Bültmann, U., Neumeyer-Gromen ,A., Verhoeven, A.C., Verbeek, J.H.A.M., van der Feltz-Cornelis, C.M. (2008). Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- ⁴⁸ Arends, I., Bruinvels, D.J., Rebergen, D.S., Nieuwenhuijsen, K., Madan, I., Neumeyer-Gromen, A., Bültmann, U., Verbeek, J.H. (2012). 'Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12.
- ⁴⁹ Blonk, R.W.B., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S.E., Houtman, I.L.D. (2006). 'Return to work: a comparison of two cogni

- five behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed', *Work & Stress* 20 (2), 129–44.
- ⁵⁰ Lagerveld, S.E., Blonk, R.W.B., Brenninkmeijer, V., Wijngaards-de, M. L., Schaufeli, W.B., 'Work-Focused Treatment of Common Mental Disorders and Return to Work: A Comparative Outcome Study' (2012). *Journal of occupational health psychology* 17 (2). 220-234.
- ⁵¹ Schene, A.H., Koeter, M.W.J., Kikkert, M.J., Swinkels, J.A., McCrone, P. (2007). Adjuvant occupational therapy for workrelated major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychological Medicine*, 37(3), 351–62.
- ⁵² Van der Klink, J.J.L., Blonk, R.W.B., Schene, A.H., van Dijk, F.J.H. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomized controlled design. *Occupational and Environmental Medicine*; 60 (6), 429–37.
- ⁵³ Noordik, F.W. (2013). *Understanding and enhancing return to work after sick leave for workers with common mental disorders*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam
- ⁵⁴ Van Stolk, C., Hofman, J., Hafner, M. & Janta, B. (2014). *Psychological Wellbeing and Work Improving Service Provision and Outcomes*. RAND Europe.
- ⁵⁵ Bouman, S., van Ede, S., de Jong, P., Nieuwenhuijsen, K., van der Veen, S. (2015). *Werken met psychische klachten – op zoek naar 'good practices': Een onderzoek in opdracht van de Stuurgroep bevordering arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen*. APE, Den Haag.
- ⁵⁶ Riper, H., Smit, F., Zanden, R. van der, Conijn, B., Kramer, J. & Mutsaers, K. (2007). *High Tech, High Touch, High Trust. Programmeringsstudie E-Mental Health*. Utrecht: Trimbos instituut.
- ⁵⁷ Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37: 319–28.
- ⁵⁸ Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M.G., McEvoy, P., Titov, N. (2010). Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* 5(10): e13196. doi:10.1371/journal.pone.0013196
- ⁵⁹ Ruwaard, J. (2013). *The efficacy and effectiveness of online CBT*. Amsterdam: Department of Clinical Psychology, University of Amsterdam. ISBN: 978-94-6191-588-7
- ⁶⁰ Dagoo, J., Asplund, R.P., Bsenko, H.A. Hjerling, S., Holmberg, A., Westh, S., Oberg, L., Ljotsson, B., Carlbring, P., Furmark, T. & Andersson, G. (2014). Cognitive behavior therapy versus interpersonal psychotherapy for social anxiety disorder delivered via smartphone and computer: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 28 (4):410-417; 10.1016/j.janxdis.2014.02.003
- ⁶¹ Warmerdam et al (2008). Internet-Based Treatment for Adults with Depressive Symptoms: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*;10(4):e44 doi:10.2196/jmir.1094.
- ⁶² Van der Zanden, R. (2014). *Master Your Mood: Online depression treatment for adolescents and young adults: effectiveness, mechanisms of change and language use as psychological marker*. Thesis. Vrije Universiteit. Amsterdam.
- ⁶³ Van der Zanden, R., Galindo-Garre, F.; Curie, K., Kramer, J., Cuijpers, P. (2014). Online cognitive-based intervention for depression: exploring possible circularity in mechanisms of change. *Psychological Medicine*, 44(6):1159-70. doi: 10.1017/S003329171300175X
- ⁶⁴ Ruwaard, J. (2013). *The efficacy and effectiveness of online CBT*. Amsterdam: Department of Clinical Psychology, University of Amsterdam. ISBN: 978-94-6191-588-7
- ⁶⁵ Warmerdam, L., Straten, A. van, Twisk, J. & Cuijpers, P. (2013). Predicting outcome of Internet-based treatment for depressive symptoms. *Psychotherapy Research*, 23(5), 559-567, DOI:1080/10503307.2013.807377.
- ⁶⁶ Ince, B.U., Cuijpers, P., Hof, E. van 't, Ballegooijen, W. van, Christensen, H., Riper, H. (2013). Internet-Based, Culturally Sensitive, Problem-Solving Therapy for Turkish Migrants With Depression: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(10), e227.
- ⁶⁷ Furmark, T., Carlbring, P., Hedman, E., Ekselius, L., Andersson, G. (2009). Guided and unguided self-help for social anxiety disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 195 (5), pp. 440-447.
- ⁶⁸ Van Stolk, C., Hofman, J., Hafner, M. & Janta, B. (2014). *Psychological Wellbeing and Work: Improving Service Provision and Outcomes*. RAND Europe.
- ⁶⁹ Hawkins, R.P., Kreuter, M., Resnicow, K., Fishbein, M., Dijkstra, A. (2008). Understanding tailoring in communicating about health. *Health Education Research*, 23(3):454-66. doi: 10.1093/her/cyn004.
- ⁷⁰ Crutzen, R., Kohl, L., de Vries, N.K. (2013). *Kennis synthese online preventie*. Universiteit van Maastricht.
- ⁷¹ Wijnhoven, M., Spaan, B. & Van Rijssen, J. (2013). *Lessen uit online hulpverlening*. UWV Kennisverslag 2013: 38-45.
- ⁷² Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlöv, J. & Cuijpers, P. (2009). What makes internet therapy work? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(S1), 55-60. 10.1080/16506070902916400
- ⁷³ Schalken, F. e.a. (2013). *Handboek online hulpverlening: met internet zorg en welzijn verbeteren*. Management editie Stichting E-hulp.nl. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

-
- ⁷⁴ Crutzen, R., Cyr, D. & de Vries, N.K. (2012). The Role of User Control in Adherence to and Knowledge Gained from a Website: Randomized Comparison Between a Tunneled Version and a Freedom-of-Choice Version. *Journal of Medical Internet Research*; 14(2):e45 doi:10.2196/jmir.1922
- ⁷⁵ Stanczyk, N., Bolman, C., Van Adrichem, M., Candell, M., De Vries, H. (2014). Comparison of Text and Video Computer Tailored Interventions for Smoking Cessation: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3):e69 doi:10.2196/jmir.3016
- ⁷⁶ Ruwaard, J. (2013). *The efficacy and effectiveness of online CBT*. Amsterdam: Department of Clinical Psychology, University of Amsterdam. ISBN: 978-94-6191-588-7.
- ⁷⁷ Ruggiero, C.N. (2012). "An Effectiveness Evaluation of Motivational Interviewing as an Addition to an Internet-Based Health Promotion Program for Vocational Rehabilitation Consumers". Dissertation. Paper 125. <http://scholarworks.umt.edu/etd/125>.
- ⁷⁸ Wesdorp, P., van Hooff, E., Duinkerken, G. & van Geuns, R. (2010). Het heft in eigen hand: Sturen op zelfsturing. Handreiking voor re-integratieprofessionals. Den Haag, uitgave van de Raad voor Werk en Inkomen (RWI).
- ⁷⁹ Schneider et al. (2013). Periodic Email Prompts to Re-Use an Internet-Delivered Computer-Tailored Lifestyle Program: Influence of Prompt Content and Timing. *Journal of Medical Internet Research*, 15(1):e23 doi:10.2196/jmir.2151.
- ⁸⁰ Ince, B.U., Cuijpers, P., Hof, E. van 't, Ballegooijen, W. van, Christensen, H., Riper, H. (2013). Internet-Based, Culturally Sensitive, Problem-Solving Therapy for Turkish Migrants With Depression: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(10), e227.
- ⁸¹ De Graaf, L.E. (2009). *On the digital road to recovery? Assessment, theory, and treatment of depression via the internet*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- ⁸² Andersson, G. & Cuijpers, P. (2009). Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38: 4, 196 -205.
- ⁸³ Straten, A. van, Seekles, W.M., Veer-Tazelaar, P.J. van 't, Beekman, A.T.F. & Cuijpers, P. (2010). Stepped care for depression in primary care: what should be offered and how. *Medical Journal of Australia*, 192(11), S36-S39
- ⁸⁴ Sucala, M., Schnur, J.B., Constantino, M.J., Miller, S.J., Brackman, E.H. & Montgomery, G.H. (2012). The Therapeutic Relationship in E-Therapy for Mental Health: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 2;14(4):e110. doi: 10.2196/jmir.2084.
- ⁸⁵ Van der Zanden, R. (2014). *Master Your Mood: Online depression treatment for adolescents and young adults: effectiveness, mechanisms of change and language use as psychological marker*. Thesis. Vrije Universiteit, Amsterdam.
- ⁸⁶ Cornelius, L.R., Groothoff, I.J.W., van der Klink, J.J.L. & Brouwer, S. (2013). The performance of the k10, k6 and GHQ-12 to screen for present state DSM-IV disorders among disability claimants. *BMC public health*, 13:128.
- ⁸⁷ Ballegooijen, W. van, Riper, H., Donker, T., Abello, K.M., Marks, I. & Cuijpers, P. (2012). Single-Item Screening for Agoraphobic Symptoms: Validation of a Web-Based Audiovisual Screening Instrument. *PLoS One*, 7:e38480(7). 10.1371/journal.pone.0038480
- ⁸⁸ Warmerdam, L; van Straten, A, Twisk, J., Riper, H., Cuijpers, P. (2008). Internet-Based Treatment for Adults with Depressive Symptoms: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10(4):e44doi:10.2196/jmir.1094
- ⁸⁹ Ince, B.U., Cuijpers, P., Hof, E. van 't, Ballegooijen, W. van, Christensen, H., Riper, H. (2013). Internet-Based, Culturally Sensitive, Problem-Solving Therapy for Turkish Migrants With Depression: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(10), e227.
- ⁹⁰ Meyer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C., Andersson, G. & Weiss, M. (2009). Effectiveness of a Novel Integrative Online Treatment for Depression (Deprexis): Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 11(2):e15. DOI: 10.2196/jmir.1151
- ⁹¹ Van Gestel-Timmermans, J. A. W. M., Brouwers, E. P. M., van Assen, M. A. L. M. & van Nieuwenhuizen, C. (2012). Effects of a Peer-Run Course on Recovery From Serious Mental Illness: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Services*; 63(1), 54-60. doi: 10.1176/appi.ps.201000450.
- ⁹² Samen voor re-integratie. Een praktisch instrument voor gemeente en zorgverzekeraar om samen te werken aan re-integratie en sociale activering. (2014). Brochure van bureau BS&F en Rebel Group, in opdracht van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).
- ⁹³ Van Hooff, E.A.J., Wanberg, C.R., & Van Hove, G. (2013). Moving beyond job search quantity: Towards a conceptualization and self-regulatory framework of job search quality. *Organizational Psychology Review*, 3, 3-40.
- ⁹⁴ Kanfer, R., Wanberg, C. R., & Kantrowitz, T. M. (2001). Job search and employment: A personality-motivational analysis and meta-analytic review. *Journal of Applied Psychology*, 86, 837-855.
- ⁹⁵ Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- ⁹⁶ Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 359-373.
- ⁹⁷ Fogg, B.J. (2006). *A Behavior Model for Persuasive Design*, Stanford University, Persuasive Technology Lab. Zie ook

www.bjfoqa.com, www.behaviormodel.org.

- ⁹⁸ Van Hooff, E.A.J., Wanberg, C.R., & Van Hoye, G. (2013). Moving beyond job search quantity: Towards a conceptualization and self-regulatory framework of job search quality. *Organizational Psychology Review*, 3, 3-40.
- ⁹⁹ Kanfer, R., Wanberg, C. R., & Kantrowitz, T. M. (2001). Job search and employment: A personality-motivational analysis and meta-analytic review. *Journal of Applied Psychology*, 86, 837-855.
- ¹⁰⁰ Spijker, J., Bockting C.L.H., Meeuwissen J.A.C., van Vliet I.M., Emmelkamp P.M.G., Hermens M.L.M., Balkom A.L.J.M. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- ¹⁰¹ Van Balkom A.L.J.M., Van Vliet, I.M., Emmelkamp, P.M.G., Bockting, C.L.H., Spijker, J., Hermens, M.L.M. & Meeuwissen, J.A.C. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- ¹⁰² Verschuren, C.M., Terluin B., Loo, M.A.J.M., Vendrig, A.A., Bastiaanssen, M.H.H., Vriezen, J.A., et al. (2011). *Multidisciplinaire Richtlijn Overspanning en Burn-out* (zie ook <http://nvab.artsennet.nl/richtlijnen.htm>).
- ¹⁰³ Bastiaanssen M.H.H., Loo, M.A.J.M., Terluin B., Vendrig A.A., Verschuren, C.M., Vriezen, J.A. (2011). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en burn-out. *Huisarts Wet*, 54(12);10-S11-6.
- ¹⁰⁴ *Multidisciplinaire richtlijn Werk en ernstige psychische aandoeningen*. (2013). Trimbos-instituut. De Tijdstroom, Utrecht.
- ¹⁰⁵ Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M.P., Cane, J., Wood, C.E. (2013). The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *Annals of Behavioural Medicine*, 46:81-95. DOI 10.1007/s12160-013-9486-6
- ¹⁰⁶ Abraham, C. & Michie, S. (2008). A Taxonomy of Behavior Change Techniques Used in Interventions. *Health Psychology*, 27(3), 379-387. DOI: 10.1037/0278-6133.27.3.379.