

> Rapportage voor Welder,
CNV Publieke Zaak

Biedt inzicht uitzicht?

**Verslag van een onderzoek naar het gebruik van de
interventie 'Wijzer met Welder' door een groep leden van
CNV Publieke Zaak**



Biedt inzicht uitzicht?

Verslag van een onderzoek naar het gebruik van de interventie 'Wijzer met Welder' door een groep leden van CNV Publieke Zaak

<i>Rapport voor</i>	<i>Welder</i>
<i>Datum</i>	<i>22 mei 2014</i>
<i>Auteurs</i>	<i>Joost van Genabeek (TNO) Cindy Noben (Universiteit Maastricht) Bram Rooijackers (Universiteit Maastricht) Maartje Bakhuis Roozeboom (TNO) Jenny Huijs (TNO) Karen Oude Hengel (TNO) Anneke Huson (Anneke Huson Ontwikkeling & Onderzoek) Agnes Meershoek (Universiteit Maastricht) Angelique de Rijk (Universiteit Maastricht)</i>
<i>Projectnaam</i>	<i>Evaluatie pilot Wijzer met Welder bij CNV Publieke Zaak</i>
<i>Projectnummer</i>	<i>060.02150</i>
<i>Rapportnummer</i>	<i>R10770 TNO 2014</i>
<i>Contact TNO</i>	<i>Joost van Genabeek</i>
<i>Telefoon</i>	<i>088 866 52 77</i>
<i>E-mail</i>	<i>joost.vangenabeek@tno.nl</i>

Gezond Leven

Polarisavenue 151
2132 JJ Hoofddorp
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

www.tno.nl

T +31 88 866 61 00

F +31 88 866 87 95

infodesk@tno.nl

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit document in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van onderliggend document aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Handelsregisternummer 27376655

© 2014 TNO

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	i	
1	Inleiding.....	1
1.1	Doel van de pilot.....	1
1.2	De interventie.....	1
1.3	Aanleiding en probleemstelling.....	2
1.3.1	Beantwoording eerste onderzoeksvraag.....	2
1.3.2	Beantwoording tweede onderzoeksvraag.....	2
1.4	Leeswijzer.....	3
2	Aanpak van het onderzoek.....	4
2.1	De effectstudie.....	4
2.1.1	De meetinstrumenten.....	5
2.1.2	Poweranalyse.....	6
2.1.3	Analyse.....	7
2.2	De procesevaluatie.....	8
2.3	De economische evaluatie.....	9
2.3.1	De meetinstrumenten.....	9
2.3.2	De analyses.....	9
2.4	De kwalitatieve evaluatie.....	10
2.4.1	Werving.....	10
2.4.2	Interviews.....	11
2.4.3	Analyse.....	11
2.4.4	Focusgroep.....	11
3	Resultaten van de effectstudie.....	13
3.1	Deelnemers aan de pilot.....	13
3.2	Invloed van de interventie op zelfsturing.....	14
3.3	Invloed van de interventie en zelfsturing op self-efficacy.....	14
3.4	Invloed van de interventie op kennis en grip op werksituatie.....	16
3.5	Vergelijking uitkomsten bij leden CNV Publieke Zaak en vangnetters van UWV.....	16
4	Resultaten van de procesevaluatie.....	18
4.1	Gebruik van de interventie.....	18
4.2	Tevredenheid over de interventie.....	18
4.2.1	Website.....	19
4.2.2	Persoonlijk advies.....	19
4.2.3	Online forum.....	19
4.2.4	WAI-test en feedbackgesprek.....	20
4.3	Invloed op zelfsturing van de afzonderlijke elementen van de Wijzer.....	20
4.4	Profielen van deelnemers die progressie boeken op uitkomsten.....	21
4.4.1	Zelfsturing.....	22
4.4.2	Kennis ten aanzien van gezondheid en werk.....	22
4.4.3	Grip op de werksituatie.....	22
4.4.4	Vergelijking profielen leden CNV Publieke Zaak en vangnetters UWV.....	23
5	Resultaten van de economische evaluatie.....	25

6	Resultaten van de kwalitatieve evaluatie	29
6.1	Vijf centrale thema's	29
6.2	Thema 1 Gezondheid	29
6.2.1	Beleving van gezondheidsklachten	30
6.2.2	Omgaan met gezondheidsklachten	31
6.2.3	Gezondheid en werk in de toekomst	33
6.3	Thema 2 De mensen om je heen	34
6.3.1	Privé-omgeving: partner, familie en vrienden	34
6.3.2	Werkomgeving: collega's	35
6.3.3	Werkomgeving: leidinggevenden	37
6.3.4	Arboprofessionals	40
6.4	Thema 3 Omgaan met externe omstandigheden	42
6.4.1	Werkaanpassingen	42
6.4.2	Arbeidsmarkt	44
6.4.3	Reorganisatie	45
6.4.4	Financiële dilemma's	45
6.5	Thema 4 Grip krijgen op jezelf	46
6.5.1	Oorsprong van de klachten	46
6.5.2	Zoeken naar informatie	47
6.5.3	Zelfinzicht	49
6.6	Wijzer met Welder	51
6.6.1	Verwachtingen van 'Wijzer met Welder'	51
6.6.2	Ervaringen	52
6.6.3	WAI-test en gesprek	55
6.6.4	Forum	57
6.6.5	Suggesties uit de focusgroep	58
7	Conclusie, discussie en aanbevelingen	60
7.1	Belangrijkste bevindingen	60
7.2	Sterktes en zwaktes onderzoeksopzet	64
7.2.1	Sterktes	64
7.2.2	Zwaktes	65
7.3	Discussie van de bevindingen	66
7.4	Aanbevelingen	67
	Referenties	69
	Bijlage 1 Achtergrondkenmerken – vergelijking groepen	71
	Bijlage 2 Determinanten en uitkomstmaten op de voormeting- vergelijking groepen	72
	Bijlage 3 Determinanten en uitkomstmaten op de nameting- vergelijking groepen	73
	Bijlage 4 Interventiekosten	74

Samenvatting

In de periode juni 2013 – maart 2014 heeft Welder bij CNV Publieke Zaak een pilot uitgevoerd, waarin een aselecte groep vakbondsleden het instrument 'Wijzer met Welder' kreeg aangeboden. De Wijzer met Welder is een bron van informatie over gezondheid, ziekte en werk(behoud). Het doel van de pilot was om te onderzoeken of de "Wijzer met Welder" effectief bijdraagt aan het vergroten van zelfregie en empowerment en of het gebruik een positieve invloed heeft op de dienstverlening van CNV Publieke Zaak.

De pilot is onderzocht door TNO in samenwerking met de Universiteit van Maastricht en Anneke Huson. Het proces is gemonitord en geëvalueerd en de effecten van de inzet van het instrument 'Wijzer met Welder' zijn onderzocht. Daarnaast werd de interventie 'Wijzer met Welder' economisch geëvalueerd. Vanuit het perspectief van de investeerder (werkgever) werd een kosten-batenanalyse uitgevoerd. Vanuit het maatschappelijk perspectief werden een kosten effectiviteit analyse, een kosten utiliteit analyse en een kosten consequentie analyse uitgevoerd. In dit rapport worden de opzet en de resultaten beschreven van het evaluatieonderzoek.

De volgende onderzoeksvragen t.b.v. de effect- en procesevaluatie staan centraal:

1. *Draagt 'Wijzer met Welder' effectief bij aan het vergroten van de zelfregie en empowerment van de werknemer (lid van CNV Publieke Zaak)?*
2. *Heeft gebruik van 'Wijzer met Welder' voor CNV Publieke Zaak een positieve invloed op haar dienstverlening aan de leden?*

Het antwoord op de eerste onderzoeksvraag is ontkennend. We hebben met het onderzoek geen effecten kunnen aantonen van de interventie 'Wijzer met Welder' op de mate van zelfregie en empowerment van de groep leden van CNV Publieke Zaak die aan het onderzoek deelnamen. Bij de beoordeling van dit onderzoeksresultaat moet meegewogen worden dat de onderzoeksgroep klein was. Hierdoor was ook de kans klein dat met de studie een werkelijk effect in de populatie kon worden aangetoond. Bovendien speelt mee dat de deelnemers aan de pilot op T0 al relatief hoog scoorden in zelfsturing waardoor de mogelijkheden beperkt waren om door middel van de Wijzer vooruitgang te boeken in zelfsturing.

Bij de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag zijn we nader ingegaan op:

- a. het gebruik van en de tevredenheid met de Wijzer en de kenmerken van de gebruikers (procesevaluatie);
- b. de kosten en baten van de Wijzer vanuit het perspectief van de maatschappij en van de investeerder/de werkgever (economische evaluatie);
- c. de behoeften van gebruikers aan ondersteuning bij hun zelfregie; de mate waarin de Wijzer aan die behoeften kan voldoen en de manier waarop de implementatie van zo'n webtool het beste vorm krijgen (kwalitatieve evaluatie).

Ad. a. het gebruik van en de tevredenheid met de Wijzer en de kenmerken van de gebruikers

Gebruik: Een meerderheid van de deelnemers aan de interventiegroep hebben meer dan twee onderdelen gebruikt. De meest gebruikte onderdelen zijn achtereenvolgens het feedbackgesprek over de werkvermogen test (WAI), de online kennissite en het persoonlijk advies. Het online forum is nauwelijks gebruikt.

Tevredenheid: Deelnemers waren tevreden over het feedbackgesprek over de WAI (80%), de kennissite (74%) en het persoonlijk advies (65%). Relatief veel deelnemers vonden deze onderdelen ook nuttig.

Progressie gebruikers: Het gebruik van de afzonderlijke onderdelen van de Wijzer door de interventiegroep gaf geen verbetering te zien van zelfsturing.

Leden van de interventiegroep die progressie hebben geboekt op algemene zelfsturing ontvingen relatief vaak een WIA/WGA of WAO-uitkering. Respondenten die progressie hebben geboekt op zelfsturing ten aanzien van leren en/of loopbaan hadden zich vaker niet ziek gemeld. In de vergelijking van de profielen van de vakbondsleden van CNV Publieke Zaak met de vangnetters van UWV valt op dat degenen die laag scoorden in zelfsturing ten aanzien van leren, wel wat baat bleken te hebben van het gebruik van de Wijzer.

Ad b. de kosten en baten van de Wijzer vanuit het perspectief van de maatschappij en van de investeerder/de werkgever

De Wijzer is noch kosteneffectief vanuit een maatschappelijk perspectief, noch vanuit het investeerders perspectief wanneer wordt vergeleken met standaard zorg. Vanuit het maatschappelijk perspectief stijgt de kans op kosteneffectiviteit t.a.v. werkvermogen bij de groep werkenden met zowel fysieke als mentale werkeisen ten opzichte van standaard zorg.

Ad c. Behoeften van gebruikers aan ondersteuning bij hun zelfregie en de mate waarin de Wijzer aan die behoeften kan voldoen

Behoeften van gebruikers aan ondersteuning bij hun zelfregie:

Met betrekking tot gezondheid en gezondheidsklachten hebben gebruikers op de volgende punten ondersteuning nodig:

- › handvatten om beter om te gaan met gezondheidsklachten;
- › ondersteuning bij vragen in het kader van duurzame inzetbaarheid en levensloop.

Met betrekking tot de interacties met andere mensen, zoals partners, familie, collega's, leidinggevenden en (zorg)professionals, kwamen de volgende punten naar voren:

- › de privésfeer wordt als zeer steunend ervaren door mensen met gezondheidsklachten;
- › voor collega's en leidinggevenden is het belangrijk dat zij recht doen aan de problemen die mensen met gezondheidsklachten op het werk ervaren;
- › wat betreft arbo- en zorgprofessionals laten de interviews zien dat hun advies en begeleiding wordt gewaardeerd, maar dat mensen het soms moeilijk vinden om deze adviezen in de praktijk te brengen.

Met betrekking tot het omgaan met externe omstandigheden en zelfregie zou ondersteuning geboden moeten worden op de volgende punten:

- › concreet advies over hoe om te gaan met werkomstandigheden die niet toegerust zijn voor mensen met gezondheidsklachten;
- › algemeen advies over hoe om te gaan met een moeilijke arbeidsmarkt, reorganisaties en financiële dilemma's in de context van gezondheidsklachten.

Met betrekking tot grip krijgen op jezelf en zelfregie zou op de volgende punten ondersteuning zinvol zijn:

- › ondersteuning bij het zoeken naar manieren om gezondheidsklachten beter te begrijpen en te hanteren;
- › kennis over rechten en plichten.

In welke mate kan de Wijzer aan de behoeften van gebruikers voldoen?

De deelnemers gaven aan dat ze het prettig vonden om bevestiging te krijgen 'dat ze op de goede weg zaten'. Daarnaast werd de informatie over hun rechten en plichten als prettig ervaren omdat deze als onafhankelijk werd gezien.

In dit kwalitatieve onderzoek kwam duidelijk naar voren dat 'Wijzer met Welder' als vrijblijvend werd ervaren en weinig aanleiding had gegeven om dingen anders aan te pakken. De Wijzer sloot niet genoeg aan op de specifieke situatie en de werkzaamheden van respondenten om met hun klachten om te gaan en de dilemma's waarmee zij worstelen. Men vond de Wijzer bovendien niet goed aansluiten op de verwachtingen die waren gewekt. Het contact met de deskundige werd als steunend, maar kortdurend en oppervlakkig ervaren. Aan het forum was weinig behoefte. Zetten we de ervaringen zoals deze naar voren komen uit het kwalitatieve onderzoek af tegen de oorspronkelijke doelen van de Wijzer, dan blijkt dat deze doelen van de Wijzer nauwelijks verwezenlijkt werden.

De interacties met de privé-omgeving, werkomgeving en professionals (zoals een coach) speelden een grote rol in het leven van de geïnterviewden. Dit laat zien dat het omgaan met gezondheidsklachten niet alleen een individuele kwestie is.

Uit het onderzoek komen zes aanbevelingen naar voren:

1. De doelgroep(en) beter omschrijven en nagaan hoe deze bereikt kan worden (targeting).
2. In de interventie meer mogelijkheden tot tailoring – aansluiting bij het individu – bijvoorbeeld door een verfijnde beslisboomstructuur. Zo wordt de kans vergroot dat een gebruiker van de website ook antwoord krijgt op zijn of haar specifieke vragen.
3. Het onderliggende veranderingsmodel beter definiëren. Via welke ingrediënten in de interventie moet wat bereikt worden? Uitgaande van theorie over empowerment, zou preciezer omschreven moeten worden welke voorwaarden de interventie moet bieden om de gebruiker de gelegenheid te geven zijn of haar kracht aan te spreken en te ontwikkelen.
4. De interventie intensiveren en hierbij meer gebruik maken van kennis opgedaan bij psychologische internetinterventies.
5. Ook voor werkgevers een website ontwikkelen.
6. Effectiever gebruik maken van de bedrijfsarts als vertaler van gezondheidsproblemen naar werkvermogen en welke eisen dit aan de werkplek stelt. Ook zou de werknemer meer ondersteund kunnen worden in hoe de bedrijfsarts de dialoog met de werkgever kan bevorderen.

1 Inleiding

1.1 Doel van de pilot

In de periode juni 2013 – maart 2014 heeft CNV Publieke Zaak de pilot ‘Wijzer bij CNV Publieke Zaak’ uitgevoerd waarin een aselecte groep leden het instrument ‘Wijzer met Welder’ kreeg aangeboden. Het doel van de pilot is om te onderzoeken of de “Wijzer met welder” effectief bijdraagt aan het vergroten van zelfregie en empowerment en of het gebruik een positieve invloed heeft op de dienstverlening van CNV Publieke Zaak.

De pilot is onderzocht door TNO in samenwerking met de Universiteit van Maastricht en Anneke Huson. Het proces is gemonitord en geëvalueerd en de effecten van de inzet van het instrument ‘Wijzer met Welder’ zijn onderzocht. Daarnaast werd de interventie ‘Wijzer met Welder’, bestaande uit een combinatie van onderdelen, economisch geëvalueerd. Vanuit het perspectief van de investeerder (werkgever) werd een kosten-batenanalyse uitgevoerd. Vanuit het maatschappelijk perspectief werden een kosten effectiviteit analyse, een kosten utiliteit analyse en een kosten consequentie analyse uitgevoerd. In dit rapport worden de opzet en de resultaten beschreven van het evaluatieonderzoek.

1.2 De interventie

‘Wijzer met Welder’ is een interventie van kenniscentrum Welder. De Wijzer is een bron van informatie over gezondheid, ziekte en werk(behoud).¹ Met een abonnement kunnen mensen met vragen over werk, gezondheid en duurzame participatie terecht op de Wijzer. Het doel van de Wijzer is om mensen te ondersteunen bij het uitstippelen van hun eigen acties en het voeren van ‘goede gesprekken’ met de werkgever, leidinggevende, bedrijfsarts of medewerker van een uitkeringsinstantie over hun inzetbaarheid of re-integratie. De informatie in de Wijzer is geordend vanuit de logica van de individuele werknemer. Individuen kunnen zich via de informatie, adviezen, tools en checklists concreet voorbereiden op de gesprekken over hun inzetbaarheid of re-integratie met bovengenoemde functionarissen.

De vier kernelementen van de interventie ‘Wijzer met Welder’ zijn:

- › kennissite (www.wijzermetwelder.nl) met actuele informatie en kennis over werk(behoud) in relatie tot gezondheid;
- › werkvermogen zelftest (WAI) met naderhand een telefonisch feedbackgesprek;
- › persoonlijke en inhoudelijk deskundige advisering van een Weldercoach via telefoon en e-mail;
- › online interactief forum over gezondheid, ziekte & werk voor het delen van ervaringen, vragen en antwoorden met ervaringsdeskundigen.

Het gebruik van de interventie gebeurt anoniem en op vrijwillige basis (gebruikers kunnen zelf bepalen of en in welke mate ze het instrument gebruiken).

¹ Zie hiervoor Interventiebeschrijving Wijzer met Welder, Erkeningscommissie Interventies, deelcommissie 4, 29 januari 2013; website Wijze met Welder: www.wijzermetwelder.nl.

1.3 Aanleiding en probleemstelling

De volgende onderzoeksvragen staan centraal:

1. draagt 'Wijzer met Welder' effectief bij aan het vergroten van de zelfregie en empowerment van de werknemer (leden van CNV Publieke Zaak)?
2. heeft gebruik van 'Wijzer met Welder' voor CNV Publieke Zaak een positieve invloed op haar dienstverlening aan vakbondsleden?

1.3.1 Beantwoording eerste onderzoeksvraag

De eerste onderzoeksvraag wordt beantwoord met behulp van de effectstudie. In de effectstudie wordt naast deze centrale vraag ook antwoord gegeven op de volgende subvragen (zie hiervoor ook paragraaf 2.1:

- › in hoeverre voorspelt zelfsturing self-efficacy?
- › in hoeverre voorspelt self-efficacy de verwachtingen ten aanzien van werken in de toekomst?

1.3.2 Beantwoording tweede onderzoeksvraag

De tweede onderzoeksvraag wordt beantwoord met een *procesevaluatie*, een *economische evaluatie* en een *kwalitatieve analyse*.

In de *procesevaluatie* wordt antwoord gegeven op de volgende twee subvragen:

- › in hoeverre hebben leden van CNV Publieke Zaak gebruikt gemaakt van het instrument 'Wijzer met Welder'?
- › wat zijn de ervaringen van de gebruikers met het instrument 'Wijzer met Welder'?

In de *economische evaluatie* staan volgende vragen centraal:

- › is de interventie vanuit een maatschappelijk perspectief verkieslijk t.o.v. de standaard zorg m.b.t kosten en werkvermogen?
- › is de interventie vanuit een maatschappelijk perspectief verkieslijk t.o.v. de standaard zorg m.b.t kosten en levenskwaliteit?
- › is de interventie vanuit het perspectief van de investeerder/de werkgever verkieslijk t.o.v. de standaard zorg m.b.t kosten en productiviteitsopbrengsten?

Voor de *kwalitatieve evaluatie* was de tweede onderzoeksvraag oorspronkelijk vertaald naar de twee onderzoeksvragen van de procesevaluatie. Omdat het kwalitatieve onderzoek aanvankelijk geen antwoord op deze vragen opleverde (de respondenten hadden niet of nauwelijks gebruik gemaakt van Wijzer met Welder), is besloten een nieuw kwalitatief onderzoek op te zetten, waarin de onderzoeksvragen verbreed werden. De volgende onderzoeksvragen zijn richtinggevend geweest voor het vernieuwde kwalitatieve onderzoek:

- › wat hebben gebruikers precies nodig aan ondersteuning bij hun zelfregie?
- › in welke mate kan de Wijzer aan die behoeften voldoen?
- › op welke manier kan de implementatie van zo'n 'webtool' het beste vorm krijgen?

Door de verbreding van de onderzoeksvragen is de doelstelling van het kwalitatieve onderzoek veranderd. De volgende specifieke doelen zijn gesteld:

- › Inzicht in de wijze waarop 'Wijzer met Welder' in de praktijk wordt aangeboden en gebruikt wordt: inzicht in hoe processen die spelen bij de partij die 'Wijzer met Welder' inzet een rol spelen in het aanbod en gebruik, inzicht in de manier waarop (specifieke) gebruikers ermee in aanraking komen en inzicht in de manier waarop 'Wijzer met Welder' in de praktijk gebruikt wordt.

- › Inzicht in de bijdrage van 'Wijzer met Welder' aan het proces van ziek worden en de aansluiting bij het eigen (levens)verhaal, ervaringen en wensen van gebruikers.
- › Inzicht in welk type gebruikers meer baat heeft bij 'Wijzer met Welder', in aanvulling op of ter correctie van de profielbeschrijvingen uit de effectstudie. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gekeken naar hun mate van zelfregie en hoe zij omgaan met life-events. De ondersteuning (via bijvoorbeeld de Wijzer) zou dan daarop moeten aansluiten.
- › Inzicht in de vraag hoe gebruikers informatie vergaren die van toepassing is op hun situatie en welke rol 'Wijzer met Welder' daarbij speelt.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de aanpak van het onderzoek toegelicht. In hoofdstuk 3 komen de resultaten van de effectstudie aan de orde, te beginnen met een beschrijving van de deelnemers aan het onderzoek. In hoofdstuk 4 beschrijven we de resultaten van de procesevaluatie, en in hoofdstuk 5 de resultaten van de economische evaluatie. In hoofdstuk 6 gaan we in op de resultaten van de kwalitatieve evaluatie. Tot slot trekken we in hoofdstuk 7 conclusies en doen we aanbevelingen.

2 Aanpak van het onderzoek

In dit hoofdstuk beschrijven we achtereenvolgens de aanpak van:

- › de effectstudie, inclusief een beschrijving van de meetinstrumenten;
- › de procesevaluatie;
- › de economische evaluatie;
- › de kwalitatieve evaluatie.

2.1 De effectstudie

In de effectstudie wordt onderzocht in hoeverre het gebruik van het instrument de 'empowerment' van de leden van CNV Publieke Zaak heeft beïnvloed als ook diens kennis en grip op de werksituatie. Dit is gedaan door een quasi-experimentele studie op te zetten waarbij twee groepen met elkaar worden vergeleken: de groep CNV PZ-leden die toegang kregen tot het instrument Wijzer met Welder (de interventiegroep) en een groep van CNV PZ-leden die geen toegang hadden tot het instrument Wijzer met Welder (controle groep). De controlegroep had wel toegang tot reguliere ondersteuning van CNV Publieke Zaak.

CNV Publieke Zaak heeft diverse acties ondernomen om leden te werven voor deelname aan de pilot. Allereerst hebben medewerkers van de Individuele Belangbehartiging (IBB, onderdeel van Call Centre CNV) deelnemers aan de pilot geworven onder de leden die hen belden met vragen over arbeid, gezondheid en ziekte. De inschatting van CNV Publieke Zaak was dat jaarlijks 8.000 à 12.000 leden hierover met IBB bellen. De meeste leden gingen niet op het aanbod in. Uiteindelijk zijn in juni 2013 twee leden op via IBB geworven, waarvan de ene in de interventiegroep werd ingedeeld en de andere in de controle groep. De zeer lage respons van deze eerste wervingsactie kan verklaard worden uit het feit dat heel weinig leden met een vraag over gezondheid of werk belden naar IBB. Het was dus niet zo dat veel leden weigerden aan het onderzoek mee te doen. Naar aanleiding van de lage respons heeft Welder voorgesteld om leden rechtstreeks te benaderen met een email. CNV Publieke Zaak wees deze vorm van werving echter af. De reden daarvoor was dat het rechtstreeks mailen van leden over een onderwerp dat niet behoorde tot de kernactiviteiten van de vakbond, niet was toegestaan op grond van de privacywetgeving.

Vervolgens heeft CNV Publieke Zaak met Welder afspraken gemaakt om leden te werven via de diverse media van de vakbond. In de E-zines Zorg en Welzijn, Markt en Overheid, op de homepage ('mijnvakbond'), via twitter en op de facebook-pagina van CNV Publieke Zaak zijn diverse oproepen geplaatst om deel te nemen aan de pilot. In deze oproepen werd vermeld dat voor mensen die vragen hadden over gezondheid in relatie tot werk en meer grip op de situatie wilden krijgen, het instrument Wijzer met Welder een vertrouwensbron kon zijn die helpt om zelf plannen te maken om gezond aan het werk te blijven. CNV Publieke Zaak kondigde aan 250 Wijzers weg te geven aan leden en om daar kans op te maken, moest men meedoen aan het onderzoek.

Leden die geïnteresseerd waren konden via een link meer informatie krijgen over het onderzoek. Op deze pagina konden ze zich ook aanmelden voor het onderzoek en meteen de eerste online vragenlijst invullen. Na het invullen van de eerste vragenlijst werden de leden via een online dobbelsteen aselekt toegewezen aan de interventie- of controlegroep. Na de toewijzing ontvingen de CNV PZ-leden die waren ingedeeld in de controlegroep een email vanuit TNO met daarin de mededeling dat ze waren ingedeeld in de controlegroep. Als dank voor het meedoen kregen CNV PZ-leden uit de controlegroep na het invullen van de

tweede online vragenlijst een cadeaubon van 10 euro. De leden die in de interventiegroep waren ingedeeld kregen een email vanuit Welder dat ze tot deze groep behoorden en ontvingen in de email ook meteen de inlogcodes voor het instrument Wijzer met Welder. Deze leden konden drie maanden gratis gebruik maken van het instrument.

2.1.1 De meetinstrumenten

Bij beide groepen is op twee momenten dezelfde vragenlijst afgenomen. Eén voorafgaand aan de start van het onderzoek (de voormeting, T0) en drie maanden na de start van het onderzoek (de nameting, T1). De dataverzameling heeft online plaatsgevonden van juni 2013 t/m maart 2014 met behulp van het programma Survalyzer.

Op beide meetmomenten zijn dezelfde uitkomstmaten gemeten. Daarnaast zijn bij de voormeting ook mogelijke confounders gemeten. Dit zijn geslacht, leeftijd, werkvermogen (WAI)², gezondheid (SF-12)³, en het gebruik van hulpmiddelen.

De uitkomstmaten zijn zodanig gekozen dat deze het beste aansluiten op het doel en de verwachte resultaten van de Wijzer, zoals is beschreven in de interventiebeschrijving welke is beoordeeld door de Erkenningscommissie Interventies.⁴ De onderzoekers hebben de best mogelijke keuze proberen te maken uit de effectmaten waarvan zij indertijd op de hoogte waren.

De uitkomstmaten van de effectstudie zijn empowerment en kennis en grip op de werksituatie. Empowerment wordt in deze studie gedefinieerd als de werknemer (of werkzoekende) helpen zijn capaciteiten om verantwoordelijk te zijn voor zijn eigen leven te ontdekken en te ontwikkelen. Oorspronkelijk was bedacht om voor het meten van empowerment gebruik te maken van de zogenoemde 'Vrijbaan Vragenlijst'⁵. Deze vragenlijst is specifiek door Samoocha en anderen ontwikkeld om empowerment te meten bij mensen met een verminderd werkvermogen. Uiteindelijk is besloten om de Vrijbaan vragenlijst niet te gebruiken om het onderzoek beter te kunnen aansluiten bij een vergelijkbare effectstudie over het gebruik van de Wijzer door uitkeringsgerechtigden bij UWV die in aanmerking komen voor de Vangnetregeling bij ziekte (de zogeheten vangnetters)⁶. Bij de voorbereiding van dat onderzoek was geconstateerd dat de Vrijbaan Vragenlijst vooral geschikt is voor het doen van een test-hertest en minder voor het meten van verandering tussen drie maanden.

Om de uitkomsten van de effectstudie bij CNV Publieke Zaak te kunnen vergelijken met de resultaten van de effectstudie over het gebruik van de Wijzer door vangnetters van UWV is besloten om de uitkomstmaten van de laatste studie ook te gebruiken voor onderhavig onderzoek. Dit betekent dat empowerment geoperationaliseerd is met de concepten zelfstu-

² Ilmarinen J. Ageing workers in the European union – status and promotion of work ability, employability and employment. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health, Ministry of Labour; 1999.

³ Jenkinson C, Layte R. Development and testing of the UK SF-12 (short form health survey) J Health Serv Res Policy. 1997;2:14–18.[PubMed] & 26.Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item.

⁴ De Erkenningscommissie Interventies heeft de Wijzer in 2013 erkend als 'theoretisch goed onderbouwd'.

⁵ Samoocha D, De Koning J, Zaeyen T, De Vet HC, Bruinvels DJ, Nijhuis F, Van Der Beek AJ. Empowerment of people with a long-term work disability: development of the 'VrijBaan' questionnaire. Disabil Rehabil. 2011;33(9):734-42. doi: 10.3109/09638288.2010.509457. Epub 2010 Aug 31.

⁶ Genabeek, J. van et al. Wijzer voor vangnetters. Verslag van een onderzoek naar de inzet van de interventie 'Wijzer met Welder' bij vangnetters UWV. Rapport voor Welder, UWV, 27 januari 2014. Rapportnummer TNO 2014 R10155

ring en self-efficacy. Van beide concepten is bekend dat deze sensitief zijn voor het meten van verandering op de korte termijn. De combinatie van zelfsturing en self-efficacy levert inzichten op over het begrip empowerment zoals hierboven is gedefinieerd.

Zelfsturing houdt in dat de werknemer een actieve rol heeft bij het organiseren van de combinatie participatie én het omgaan met gezondheidsproblemen. Drie aspecten van zelfsturing zijn gemeten, te weten: algemene zelfsturing, zelfsturing met betrekking tot leren en zelfsturing met betrekking tot de loopbaan. Algemene zelfsturing wordt gemeten met 12 items die door TNO zelf zijn ontwikkeld. Zelfsturing met betrekking tot leren en zelfsturing met betrekking tot de loopbaan worden gemeten met vragenlijsten van Raemdonck (2006)⁷ die elk 14 items tellen. Raemdonck heeft zelfsturing ingedeeld in de volgende stappen: het stellen van een doel, het bepalen van een strategie, het uitvoeren van de strategie en het monitoren en evalueren. De items van Raemdonck zijn waar nodig aangepast aan de situatie van de pilot.

Self-efficacy staat voor vertrouwen in het eigen kunnen. In de vragenlijst worden twee sub-concepten van self-efficacy gemeten: self-efficacy met betrekking tot werken (door TNO zelf ontwikkeld) en self-efficacy met betrekking tot de loopbaan (NEA)⁸. De uitkomstmaten hadden in andere (ook recente) studies allemaal een goede interne consistentie (Cronbach's alpha's variërend van .82 tot .93).

Naast empowerment is ook kennis en grip op de werksituatie een uitkomstmaat. Kennis over gezondheid en de werksituatie is gemeten met 7 items die allen gescoord werden met een rapportcijfer tussen de 1 en 10. Deze items zijn door TNO en de Universiteit Maastricht zelf ontwikkeld. De mate van grip op de werksituatie is gemeten met 6 items. Deze vragen werden beantwoord op een vijfpuntsschaal. Ook deze items zijn ontworpen door TNO en de Universiteit Maastricht zelf.

2.1.2 Poweranalyse

De poweranalyse is gebaseerd op de secundaire uitkomst empowerment. Empowerment werd in het oorspronkelijke onderzoeksplan gemeten met de Vrijbaan vragenlijst⁹ bestaande uit zes subschalen. Gebaseerd op eerder genoemde referentie van de vragenlijst is de verwachte standaard deviatie voor elke subschaal 0.70. Power berekeningen indiceren dat, om een 10% verschil in empowerment te detecteren, 86 subjects nodig zijn in de controle- en interventiegroep (uitgaande van een power = 0.90 and $\alpha = 0.05$)¹⁰. Hierbij rekening houdend dat een drop-out na baseline meting van 25% aannemelijk is, zijn de baseline gegevens van minimaal 108 werknemers in iedere studiegroep nodig. Uitgaande van twee gelijke groepen, moeten uiteindelijk in totaal 216 leden worden geïnccludeerd op baseline. De vereiste power is bij lange na niet gehaald. Dit betekent dat de kans klein is dat met de studie een werkelijk effect in de populatie kan worden aangetoond.

⁷ Raemdonck, I. (2006). Self-directedness in learning and career processes. A study in lower-qualified employees in Flanders. Doctoral Dissertation. Ghent, Belgium: Ghent University – Department of Educational Sciences.

⁸ Koppes, L.L.J., Vroome, E.M.M. de, Mol, M.E.M., Janssen, B.J.M., Zwieter, M.H.J. van, Bossche, S.N.J. vd. (2012) Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2011. Hoofddorp: TNO.

⁹ Zaeyen T: Vrijbaan: Afsluitende rapportage werkpakket 3 [Dutch]. 2006.

¹⁰ Samoocha D, De Koning J, Zaeyen T, De Vet HC, Bruinvels DJ, Nijhuis F, Van Der Beek AJ. Empowerment of people with a long-term work disability: development of the 'VrijBaan' questionnaire. *Disabil Rehabil.* 2011;33(9):734-42. doi: 10.3109/09638288.2010.509457. Epub 2010 Aug 31.

Om met meer zekerheid uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van de Wijzer, heeft TNO de uitkomsten van deze effectstudie afgezet tegen de uitkomsten van de eerder genoemde effectevaluatie van de pilot empowerment vangnetters UWV¹¹. Deze studie, waarvoor dezelfde uitkomstmaten zijn gebruikt als voor onderhavig onderzoek, is gebaseerd op aantallen deelnemers aan de interventie- en controlegroepen die voldoen aan de bovengenoemde vereiste power. UWV heeft TNO toestemming gegeven om de uitkomsten van het effectevaluatie van de pilot empowerment vangnetters UWV te vergelijken met die van onderhavige effectstudie.

Zoals hierboven is opgemerkt, is gedurende de opzet van de studie getwijfeld in hoeverre de Vrijbaan Vragenlijst op de korte termijn (binnen drie maanden) een verandering kan meten binnen een deelnemers aan het onderzoek. Om deze reden is al tijdens de voorbereiding van de pilot empowerment vangnetters UWV met Welder besloten om zelfregie te meten aan de hand van de vragenlijst van Raemdonck.

2.1.3 Analyse

De nulmeting heeft alleen plaatsgevonden bij de deelnemers die zijn ingedeeld in de controle of interventiegroep. Gegevens over leden die zijn benaderd maar uiteindelijk niet deelnamen zijn niet verzameld in het huidige onderzoek. We kunnen daarom geen uitspraken doen over de representativiteit van de uiteindelijke deelnemers.

Verschillen op de nulmeting tussen de interventie en controle groep werden vergeleken door de ongepaarde Student t-test voor continue variabelen en de Pearson's Chi-square test voor dichotome variabelen.

Gezien het feit dat eerdere onderzoeken een goede interne consistentie van de uitkomstmaten lieten zien (Cronbachs alpha), is besloten om geen factoranalyse uit te voeren voor deze uitkomstmaten binnen de populatie in de huidige studie.

Alle analyses voor de effectmeting zijn uitgevoerd volgens het intention-to-treat principe. Dit betekent dat alle respondenten die aan een groep zijn toegewezen, betrokken worden in de analyse, ongeacht of zij de toegewezen interventie gevolgd en/of voltooid hebben.

De directe effecten op de uitkomstmaten zijn met behulp van lineaire regressies analyses (voor de continue variabelen) onderzocht. Met behulp van frequentietabellen is de spreiding van de variabelen gecontroleerd. In alle analyses wordt gecorrigeerd voor de baseline-waarde van de desbetreffende effectvariabele.

De regressieanalyses zijn gecorrigeerd voor enkele baseline variabelen, namelijk gezondheid op T0 en werkvermogen op T0. Andere variabelen zijn gecheckt op confounding en werden geïncludeerd wanneer een verandering van 10% plaatsvond in de regressie coëfficiënt.

In het rapport worden alleen significante resultaten ($p \leq 0.05$) besproken.

¹¹ Genabeek, J. van et al. Wijzer voor vangnetters. Verslag van een onderzoek naar de inzet van de interventie 'Wijzer met Welder' bij vangnetters UWV. Rapport voor Welder, UWV, 27 januari 2014. Rapportnummer TNO 2014 R10155

2.2 De procesevaluatie

De beantwoording van de tweede onderzoeksvraag “Heeft gebruik van ‘Wijzer met Welder’ voor CNV Publieke Zaak een positieve invloed op haar dienstverlening aan leden?” is gebaseerd op kwantitatieve gegevens. In de online vragenlijsten die ten behoeve van de effectstudie zijn voorgelegd aan de interventiegroep, zijn vragen gesteld over (1) het gebruik van de Wijzer en (2) de tevredenheid over de verschillende onderdelen van de Wijzer. De beantwoording van deze vragen zijn samengevat in tabellen waarbij wordt aangegeven welke percentage van de respondenten de verschillende antwoordcategorieën aankruisten.

Daarnaast is onderzocht wat de invloed is van de afzonderlijke elementen van de interventie op de zelfsturing bij de interventiegroep¹². Deze analyse biedt een antwoord op de vraag of er elementen van de wijzer zijn die afzonderlijk de zelfsturing van werknemers positief beïnvloeden.

Ten slotte is bekeken voor wat voor gebruikers de Wijzer positieve gevolgen heeft¹³. Hiervoor zijn profielen gemaakt van de deelnemers aan de interventiegroep die gedurende de looptijd van het onderzoek progressie hebben geboekt op de uitkomstmaten. Onderzocht is wat hen kenmerkt. We hebben daarbij de volgende uitkomstmaten beschouwd:

- › algemene zelfsturing;
- › zelfsturing ten aanzien van leren;
- › zelfsturing ten aanzien van loopbaan;
- › kennis ten aanzien van gezondheid en werk;
- › grip op de werksituatie.

De analyse van de profielen is als volgt uitgevoerd. Allereerst is per uitkomstmaat een variabele aangemaakt die de progressie op de uitkomstmaat weergeeft tussen T0 en T1. Vervolgens wilden we graag de respondenten uit de interventiegroep indelen in 3 groepen: geen progressie, enigszins progressie (meer dan 0, maar gelijk of minder dan 0.5 indien 5-puntsschaal/gelijk of minder dan 1.0 indien 10-puntsschaal) en veel progressie (meer dan 0.5 indien 5-puntsschaal/meer dan 1.0 bij 10-puntsschaal). Helaas was de groep die progressie boekt op de uitkomstmaten te klein om deze in twee groepen verder op te delen (zie hiervoor tabel 4.7).

Gezien deze lage aantallen zijn de analyses beperkt tot de univariate analyses. We hebben ervoor gekozen om een dichotome variabele aan te maken die een onderscheid maakt tussen respondenten die wel (groter dan 0) of geen progressie (0 of minder) hebben geboekt op de uitkomstmaat. Per uitkomstmaat ontstaan op deze manier twee groepen, één groep die geen en één groep die wel progressie heeft geboekt op de uitkomstmaten. Deze twee groepen zijn univariaat met elkaar vergeleken ten aanzien van hun scores op (vrijwel) alle variabelen die in de vragenlijsten zijn opgenomen. Op deze manier ontstaat een beeld van de kenmerken van de groep respondenten uit de interventiegroep die progressie heeft geboekt op de uitkomstmaten. Deze informatie geeft antwoord op de vraag: “Voor welke kenmerken van de groep werknemers heeft de interventie positieve gevolgen gehad?”.

¹² Deze analyse biedt geen antwoord op de vraag of de Wijzer al of niet effectief was voor de betreffende gebruikersgroepen, omdat de gegevens van de cliënten niet konden worden afgezet tegen een controlegroep.

¹³ Zie opmerking bij voetnoot 12.

TNO heeft ook bij UWV onderzocht of de Wijzer met Welder een positief effect heeft op de zelfregie en empowerment van in dit geval de uitkeringsgerechtigden die in aanmerking komen voor de Vangnetregeling bij ziekte (de zogeheten vangnetters). Hierdoor was het mogelijk om de profielen van de leden van CNV publieke Zaak te vergelijken met de profielen van vangnetters van UWV. Bij beide groepen ging het om de respondenten die progressie boekten op zelfsturing ten aanzien van leren en loopbaan.

2.3 De economische evaluatie

De algemene aanpak van een economische evaluatie bestaat eruit om (tenminste) twee interventies of situaties met elkaar te vergelijken voor wat betreft de kosten en de effecten. Het verschil in kosten wordt afgezet tegen het verschil in effectiviteit en laat zien hoeveel de meerwaarde van de ene interventie extra kost ten opzichte van de andere interventie. De vraag is dan: vinden we de meerwaarde de extra kosten eigenlijk wel waard? Het perspectief voor de economische evaluatie bepaalt vanuit welk oogpunt (investeerders, maatschappij) de kosten en baten onderzocht worden. Een interventie kan vanuit een bepaald perspectief aantrekkelijk zijn, terwijl de interventie vanuit een ander perspectief helemaal niet aantrekkelijk kan lijken. Een incrementele kosteneffectiviteitsratio (IKER) wordt berekend, waarbij de noemer de incrementele effecten zoals gezondheidswinst, verbeterd werkvermogen, etc. weerspiegelt, en de teller de extra kosten van het bereiken van het effect. Drie volledige economische evaluaties worden onderscheiden, namelijk; Kosten Baten Analyse (KBA), Kosten Effectiviteit Analyse (KEA) en Kosten Utiliteit Analyse (KUA).

2.3.1 De meetinstrumenten

Op beide meetmomenten zijn dezelfde uitkomsten en kostenparameters meegenomen. De uitkomstmaten gemeten voor de kosten-effectiviteitsanalyses, wetende werkvermogen (WAI), werd op dezelfde methode gemeten en gebruikt zoals gepresenteerd in de effect-evaluatie. De uitkomst voor de kosten utiliteitanalyse betrof kwaliteit van leven. Deze werd gemeten aan de hand van de Nederlandstalige versie van de EuroQol; de EQ5D5L, een gevalideerd meetinstrument om het gemeten verschil in effectiviteit in eenheden gezondheidswinst uit te drukken. De meetinstrumenten gebruikt voor het bepalen van de kosten voor de economische evaluatie zijn de Nederlandse vertaling van de PRODISQ (Productivity and Disease Questionnaire), waarmee zowel verzuim als 'presenteisme' (aanwezig zijn op het werk maar met verminderde effectiviteit en efficiëntie) gemeten wordt. Vragen ten aanzien van zorggebruik en patiënt- en familiekosten zijn gebaseerd op bestaande vragenlijsten zoals de TIC-P (vragenlijst over zorggebruik en productiviteitsverliezen bij psychische patiënten) en de NEA (Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden). Kosten werden geïndexeerd aan het referentiejaar 2013. Gedetailleerde informatie ten aanzien van de dataverzameling en de berekening van de kosten kan opgevraagd worden bij C. Noben.

2.3.2 De analyses

In de KBA werden de effecten in geldeenheden gewaardeerd zodat ze vergelijkbaar zijn met de kosten. De baten werden gepresenteerd als productiviteitswinst. Vanuit het perspectief van de investeerder (werkgever) werd een kosten-batenanalyse uitgevoerd. Gezondheidszorgkosten, kosten ten aanzien van de interventie en patiënt en familie kosten (mantelzorg, reiskosten, etc.) werden meegenomen.

In de KEA werd het effect gemeten door een verbetering op de 'work ability index' te detecteren, een instrument waarmee werkvermogen wordt bepaald. De kosten werden gebaseerd

op de productiviteitskosten, gezondheidszorgkosten, kosten t.a.v. de interventie en patiënt en familie kosten.

Voor de KUA werd het gemeten verschil in effectiviteit in eenheid gezondheidswinst, de QALY, uitgedrukt. De kosten zijn vergelijkbaar met de kosten voor de KEA. Door middel van vragenlijsten voorafgaand aan de interventie en drie maanden na de interventie werd de benodigde data verzameld.

Tot slot werd nog een kosten consequentie analyse (CCA) uitgevoerd waarbij som scores voor zelfsturing en self-efficacy (zie paragraaf 2.1.1.) werden berekend. Gemiddelde schaal-scores op baseline en drie maanden follow-up worden gepresenteerd voor zowel de interventie- en de controlegroep.

Voor de KEA en de KUA werd een incrementele benadering gebruikt om de interventie te vergelijken met standaard zorg. De incrementele kosten per 'verbeterde' respondent op de 'Work Ability Index' en per gewonnen QALY werden berekend. De incrementele kosten - effectiviteit en kosten-utiliteit ratio (IKER) werden grafisch uitgezet in kosteneffectiviteitskwadranten.

Subgroep analyses werden op een verkennende basis uitgevoerd voor de KEA. De eerste twee subgroep analyses werden uitgevoerd door het verdelen van de respondenten in twee leeftijdsgroepen van jonger en ouder dan de gemiddelde leeftijd (50 jaar). De derde en vierde subgroep analyses betreffen sekseverschillen. De vijfde subgroep analyse werd uitgevoerd onder deelnemers die meer dan 20 uur / week (niet parttime) werken. Daarnaast werd een subgroep geanalyseerd waarbij taakeisen zowel fysieke als psychologische vaardigheden omvatten. Tevens werd een subgroep analyse uitgevoerd bij respondenten die hun zelf-gerapporteerde gezondheid onder de gemiddelde baseline score (<67) beoordeelden. Tot slot werd een subgroep analyse uitgevoerd bij respondenten die de interventie in zijn meest complete vorm hebben gebruikt. Hiermee wordt bedoeld op respondenten die alle onderdelen van de interventie hebben gebruikt (website Wijzer met Welder, WAI-test, Feedback gesprek coach, Persoonlijk advies & Forum) en waarbij de interventiekosten >€26 waren (gemiddelde kostprijs 3 maanden interventiegebruik).

2.4 De kwalitatieve evaluatie

Er zijn individuele interviews afgenomen bij tien deelnemers aan de pilot en er is een focus-groepinterview uitgevoerd om de voorlopige resultaten uit de interviews te valideren en waar nodig aan te vullen.

2.4.1 Werving

De groep mensen die gedurende drie maanden de 'Wijzer met Welder' konden gebruiken, de interventiegroep, bestond uit 28 personen. Zowel bij de eerste als bij de tweede vragenlijst voor het kwantitatieve deel van het onderzoek is aan de deelnemers gevraagd of zij mee wilden werken aan een interview. Bij de start van de werving hadden 19 personen hun medewerking toegezegd.

Een medewerker van Blik op werk heeft twee belrondes gedaan om afspraken te maken voor de interviews. De deelnemers werd verteld over het doel van de interviews: het verkrijgen van een goed beeld van de mensen die aan het onderzoek deelnamen, informatie over het gebruik van de Wijzer en over de behoefte aan ondersteuning bij vragen rond werk en gezondheid/ziekte.

Er konden vijf afspraken worden gemaakt en drie mensen gaven alsnog aan niet mee te willen werken. De rest van de kandidaten kon niet worden bereikt. Zij kregen per e-mail een bericht over het onderzoek en zijn vervolgens telefonisch benaderd in de avonduren. Van één persoon waren de contactgegevens incorrect, zes mensen gaven alsnog aan niet mee te willen werken. In totaal konden er tien afspraken gemaakt worden.

Gezien het geringe aantal deelnemers was het niet mogelijk om een selectie van de respondenten te maken.

2.4.2 Interviews

De interviews zijn gehouden bij de respondenten thuis en werden afgenomen door één of twee onderzoekers. De interviews waren semigestructureerd van opzet: er werden open vragen gesteld aan de hand van een uitgebreide itemlijst (zie bijlage 1). Van de gesprekken zijn, met toestemming van de respondenten, geluidsopnames gemaakt.

In de interviews werd ingegaan de volgende hoofdthema's: algemene achtergrond van de geïnterviewde, carrièreverloop, aard van het werk, aard van eventuele gezondheidsklachten, knelpunten, ervaringen en vragen in relatie tot werk en gezondheid, informatie – en ondersteuningsbehoefte, wijze van informatievergaring en het gebruik van en de mening over de Wijzer met Welder. Naast deze specifieke onderwerpen gaven wij de deelnemers ook gelegenheid om zelf onderwerpen aan te dragen.

De gesprekken duurden tussen de 48 en 93 minuten, met een gemiddelde van 63 minuten. De geluidsopnames van de interviews zijn getranscribeerd.

2.4.3 Analyse

Ieder transcript is door twee of meer onderzoekers gelezen en bestudeerd in het licht van de gestelde onderzoeksvragen.

De interviews zijn thematisch geanalyseerd (Braun & Clarke, 2006). De analyse verliep volgens zes stappen. 1) Eerst zijn de tien transcripten gelezen door de onderzoekers. Ieder transcript is door twee of meer onderzoekers gelezen. 2) Daarna zijn de transcripten gecodeerd door de onderzoekers. Deze codes vertegenwoordigden relevante passages uit de transcripten die betekenisvol zijn voor het onderzoek, zoals 'gezondheid', 'werk', 'ziekte' en 'Wijzer met Welder'. 3) Deze codes werden gebundeld tot de vijf overkoepelende thema's die relevant zijn voor het onderzoek, namelijk 'Gezondheid', 'De mensen om je heen', 'Omgaan met externe omstandigheden', 'Grip krijgen op jezelf' en 'Wijzer met Welder'. 4) De gekozen thema's werden daarna gecontroleerd in het licht van de interviews en gecodeerde transcripten. 5) De thema's werden gedefinieerd met beschrijvingen van de onderzoekers en citaten van de respondenten. 6) Tot slot vormden de vijf thema's de verhaallijn van het onderzoeksrapport.

Het resultaat van deze analyse is een door de relevante thema's geïnformeerd antwoord op de onderzoeksvragen.

2.4.4 Focusgroep

Nadat de conceptanalyse voltooid was, is een focusgroepinterview gehouden onder acht kaderleden en één beleidsmedewerker van CNV Publieke Zaak. Het doel van de focusgroep was om de voorlopige resultaten uit de individuele interviews voor te leggen aan een groep mensen met specifieke ervaring op het gebied van de problemen van mensen met gezondheidsklachten en te kijken of de voorlopige conclusies weerslag vonden.

Het focusgroepinterview werd gefaciliteerd door CNV Publieke Zaak: zij hebben de deelnemers geselecteerd en uitgenodigd en stelden een ruimte ter beschikking waarin het interview kon plaatsvinden. In hun uitnodiging lag de nadruk op zelfregie in het algemeen, niet op zelfregie in relatie met gezondheid en werk. De deelnemers bleken geen specifieke ervaring

of kennis te hebben over gezondheid(sklachten) en werk en waren niet bekend met de 'Wijzer met Welder'. Het was daardoor niet mogelijk om specifieke conclusies uit het onderzoek met hen te bespreken. Er is in algemene termen gesproken over het belang van zelfregie voor werknemers en het nut van interventies om zelfregie te bevorderen. Waar relevant zijn bevindingen uit het focusgroepinterview meegenomen in de analyse.

3 Resultaten van de effectstudie

3.1 Deelnemers aan de pilot

De verschillende wervingsactiviteiten door CNV Publieke Zaak (voor een beschrijving daarvan, zie paragraaf 2.1) hebben in totaal 70 deelnemers aan de pilot opgeleverd. De ene helft van de respondenten is aselekt ingedeeld bij de interventiegroep en de andere helft bij de controle groep. Alle deelnemers hebben de eerste vragenlijst (T0) ingevuld. De tweede vragenlijst (T1) is ingevuld door 29 deelnemers aan de interventiegroep en door 34 deelnemers aan de controlegroep. Het is niet duidelijk in hoeverre de groep van 70 leden representatief is voor het ledenbestand van CNV Publieke Zaak. Achtergrondgegevens van de leden zijn slechts in beperkte mate bekend bij CNV Publieke Zaak.

Tabel 3.1 Overzicht aantal leden van CNV Publieke Zaak dat deelneemt aan de effectstudie

	Interventiegroep	Controlegroep	Totaal
Deelname voormeting (T0)	35	35	70
Zowel deelname voormeting als nameting (T1)	29	34	63

Uit tabel 3.1 valt af te lezen dat de respons op de nameting van de controlegroep groter is dan die van de interventiegroep. De verklaring hiervoor kan zijn dat de deelnemers uit de controlegroep cadeaubonnen ontvingen na het invullen van de vragenlijsten en de deelnemers uit de interventiegroep niet. Ook bij het vergelijkbare onderzoek onder vangnetters van UWV was de respons van de controlegroep groter dan die van de interventiegroep. Ook in dat onderzoek ontvingen de deelnemers aan de controlegroep een cadeaubon en de deelnemers aan de interventiegroep niet.

In de tabel in Bijlage 1 zijn de interventie- en de controlegroep met elkaar vergeleken op een aantal achtergrondkenmerken. Een deel van deze achtergrondkenmerken is tevens meegenomen als controlevariabelen in de analyses op de effecten van de interventie.

Ten aanzien van de achtergrondkenmerken zijn geen significante verschillen gevonden tussen beide groepen. De gemiddelde leeftijd is 52 jaar en het grootste deel is samenwonend met partner (50%). Verder is de overgrote meerderheid (97%) autochtoon en 8% van de leden heeft geen startkwalificatie.

In de tabel in Bijlage 2 zijn de interventie- en controlegroep met elkaar vergeleken op de achtergrondvariabelen en uitkomstmaten op de voormeting. We zien dat beide groepen op geen van de variabelen van elkaar verschillen.

In de tabel in Bijlage 3 zijn de twee groepen met elkaar vergeleken op de achtergrondvariabelen en uitkomstmaten op de nameting. Ook op deze variabelen zijn geen verschillen tussen beide groepen.

3.2 Invloed van de interventie op zelfsturing

Uit de analyse waarin we het effect van de interventie op zelfsturing onderzoeken, blijkt geen effect van de interventie. Dit geldt voor zowel voor algemene zelfsturing, als voor zelfsturing ten aanzien van leren en loopbaan.

Werkvermogen is wel van invloed op zelfsturing; deelnemers met een groter werkvermogen ervaren meer algemene zelfsturing. Voor zelfsturing ten aanzien van leren en loopbaan wordt dit effect niet gevonden.

Tabel 3.2 Invloed van interventie op zelfsturing (N=63)

	T1 zelfsturing algemeen		T1 zelfsturing leren		T1 zelfsturing loopbaan	
	B	95% BI	B	95% BI	β	95% BI
Interventie effect (ref=controle)	-0.02	-0.17-0.14	0.01	-0.16-0.18	0.02	-0.20-0.25
Zelfsturing T0 [#]	0.73**	0.47-0.77	0.74**	0.44-0.76	0.73**	0.57-0.95
Geslacht (ref=man)	0.02	-0.16-0.19	-0.03	-0.22-0.17	-0.16	-0.45-0.06
Leeftijd	0.01	-0.01-0.01	-0.03	-0.01-0.01	-0.15	-0.03-0.00
Gezondheid T0	0.13	-0.04-0.17	0.02	-0.11-0.13	-0.05	-0.19-0.12
Werkvermogen T0	-0.21*	-0.12-0.00	-0.06	-0.09-0.04	-0.02	-0.10-0.08
Adjusted R-kwadraat	0.52		0.49		0.50	

* sig ≤ 0.05 ** sig ≤ 0.01

[#]Gecorrigeerd voor specifieke vorm van zelfsturing op baseline meting

BI: betrouwbaarheidsinterval

3.3 Invloed van de interventie en zelfsturing op self-efficacy

Uit de analyse waarin we het effect van de interventie op self-efficacy onderzoeken, blijkt dat er geen effect van de interventie optreedt ten aanzien van werk of loopbaan self-efficacy.

Daarnaast blijkt uit de analyses dat de drie vormen van zelfsturing (algemeen, leren en loopbaan) gemeten op T0 geen effect hebben op de verschillende vormen van self-efficacy (loopbaan dan wel werken) gemeten op T1 (zie tabellen 3.3 t/m 3.5).

Verder zien we dat de leeftijd van de deelnemer op T0 significant samenhangt met self-efficacy van loopbaan op T1 (tabel 3.5). Jongeren rapporteren een hogere mate van self-efficacy ten aanzien van loopbaan op T1 dan ouderen. Dit resultaat vinden we alleen wanneer wordt gecorrigeerd voor zelfsturing ten aanzien van loopbaan, maar niet wanneer wordt gecorrigeerd voor algemene zelfsturing, of zelfsturing ten aanzien van leren.

Tabel 3.3 Invloed van interventie en algemene zelfsturing T0 op self-efficacy T1 (N=63)

	T1 self-efficacy loopbaan		T1 self-efficacy werk	
	B	95% BI	B	95% BI
Interventie effect	-0.15	-0.63-0.15	-0.16	-0.50-0.08
Zelfsturing algemeen T0	0.11	-0.24-0.59	0.12	-0.13-0.46
Self-efficacy T0 [#]	0.25	-0.02-0.49	0.48**	0.22-0.75
Geslacht (ref=man)	-0.05	-0.52-0.36	0.06	-0.26-0.42
Leeftijd	-0.25	-0.05-0.00	0.02	-0.02-0.02
Gezondheid T0	0.21	-0.07-0.48	0.17	-0.08-0.37
Werkvermogen T0	-0.04	-0.17-0.12	0.02	-0.10-0.12
Adjusted R-kwadraat	0.17		0.36	

* sig ≤0.05 ** sig ≤0.01

[#]Gecorrigeerd voor specifieke vorm van self-efficacy op baseline meting

BI: betrouwbaarheidsinterval

Tabel 3.4 Invloed van interventie en zelfsturing t.a.v. leren T0 op self-efficacy T1 (N=63)

	T1 self-efficacy loopbaan		T1 self-efficacy werk	
	β	95% BI	β	95% BI
interventie effect (ref=controle)	-0.16	-0.64-0.14	-0.16	-0.50-0.08
Zelfsturing leren T0	0.09	-0.23-0.50	0.12	-0.13-0.46
Self-efficacy T0 [#]	0.26	0.00-0.50	0.48**	0.22-0.75
Geslacht (ref=man)	-0.07	-0.56-0.34	0.06	-0.26-0.42
Leeftijd	-0.26	-0.05-0.00	0.02	-0.02-0.02
Gezondheid T0	0.19	-0.10-0.46	0.17	-0.08-0.37
Werkvermogen T0	-0.04	-0.17-0.12	0.02	-0.10-0.12
Adjusted R-kwadraat	0.17		0.36	

* sig ≤0.05 ** sig ≤0.01

[#]Gecorrigeerd voor specifieke vorm van self-efficacy op baseline meting

BI: betrouwbaarheidsinterval

Tabel 3.5 Invloed van interventie en zelfsturing t.a.v. de loopbaan T0 op self-efficacy T1 (N=63)

	T1 self-efficacy loopbaan		T1 self-efficacy werk	
	B	95% BI	B	95% BI
Interventie effect (ref=controle)	-0.17	-0.64-0.12	-0.17	-0.52-0.05
Zelfsturing loopbaan T0	-0.16	-0.56-0.11	0.17	-0.04-0.45
Self-efficacy T0 [#]	0.33*	0.07-0.56	0.52**	0.27-0.78
Geslacht (ref=man)	-0.03	-0.49-0.39	0.05	-0.27-0.41
Leeftijd	-0.26*	-0.05-0.00	0.03	-0.02-0.02
Gezondheid T0	0.22	-0.06-0.48	0.15	-0.10-0.36
Werkvermogen T0	-0.04	-0.17-0.12	0.02	-0.10-0.12
Adjusted R-kwadraat	0.19		0.38	

* sig ≤0.05 ** sig ≤0.01

[#]Gecorrigeerd voor specifieke vorm van self-efficacy op baseline meting

BI: betrouwbaarheidsinterval

3.4 Invloed van de interventie op kennis en grip op werksituatie

Uit de analyse waarin we het effect van de interventie op kennis en grip op de werksituatie onderzoeken, blijkt geen effect van de interventie. Gezondheid is wel van invloed op de mate van grip die deelnemers ervaren op hun werksituatie. Gezonde werknemers ervaren meer grip op T1 dan minder gezonde werknemers.

Tabel 3.6 Invloed van interventie op kennis en grip op werksituatie (N=62)

	T1 Kennis		T1 Grip	
	B	95% BI	B	95% BI
Groep (ref=controle)	-0.05	-0.60-0.34	0.01	-0.34-0.38
Kennis T0	0.78**	0.56-0.87		
Grip T0			0.47**	0.24-0.74
Geslacht (ref=man)	0.11	-0.21-0.87	0.20	-0.09-0.76
Leeftijd	0.05	-0.02-0.04	0.04	-0.02-0.03
Gezondheid T0	0.14	-0.10-0.58	0.31*	0.04-0.62
Werkvermogen T0	-0.12	-0.30-0.06	-0.10	-0.20-0.08
N	63		61	
Adjusted R-kwadraat	0.61		0.31	

* sig ≤0.05 ** sig ≤0.01

[#]Gecorrigeerd voor specifieke vorm van self-efficacy op baseline meting

BI: betrouwbaarheidsinterval

3.5 Vergelijking uitkomsten bij leden CNV Publieke Zaak en vangnetters van UWV

Om met meer zekerheid uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van de Wijzer, heeft TNO de uitkomsten van deze effectstudie afgezet tegen de uitkomsten van de eerder

genoemde effectevaluatie van de pilot empowerment vangnetters UWV¹⁴. Deze studie, waarvoor dezelfde uitkomstmaten over zelfsturing en self-efficacy zijn gebruikt als voor onderhavig onderzoek, is gebaseerd op aantallen deelnemers aan de interventie- en controlegroepen die voldoen aan de in paragraaf 2.1.2. berekende power.

De uitkomsten van beide onderzoeken komen overeen waar het aankomt op de effectiviteit van de interventie op zelfsturing en self-efficacy. In beide onderzoeken hebben we geen effect van de interventie op zelfsturing kunnen aantonen. Dit geldt voor alle drie de vormen van zelfsturing, te weten re-integratie, leren en loopbaan. Ook hebben we in beide onderzoeken geen effect kunnen aantonen van de interventie op self-efficacy ten aanzien van werk en loopbaan.

Met andere woorden, deelnemers in de twee interventiegroepen laten geen significantie verschillen zien op zelfsturing en self-efficacy ten opzichte van de twee controle groepen.

¹⁴ Genabeek, J. van et al. Wijzer voor vangnetters. Verslag van een onderzoek naar de inzet van de interventie 'Wijzer met Welder' bij vangnetters UWV. Rapport voor Welder, UWV, 27 januari 2014. Rapportnummer TNO 2014 R10155

4 Resultaten van de procesevaluatie

In dit hoofdstuk is de tweede onderzoeksvraag aan de orde: Heeft gebruik van 'Wijzer met Welder' voor CNV Publieke Zaak een positieve invloed op haar dienstverlening aan leden? Deze vraag wordt beantwoord door achtereenvolgens in te gaan op:

1. het gebruik van de Wijzer;
2. de tevredenheid over de verschillende onderdelen van de Wijzer;
3. de invloed van de afzonderlijke elementen van de Wijzer op zelfsturing;
4. de groep gebruikers waarvoor de Wijzer positieve gevolgen heeft.

4.1 Gebruik van de interventie

TNO heeft het gebruik van de verschillende onderdelen van de interventie geanalyseerd op basis van de ingevulde vragenlijsten van de nameting (effectstudie).

In tabel 4.1 wordt een overzicht gegeven van de mate waarin de interventiegroep gebruik heeft gemaakt van de verschillende onderdelen van de interventie op basis van de vragenlijsten van de nameting. We zien dat de verschillende onderdelen niet door alle deelnemers uit de interventiegroep zijn gebruikt. De online kennissite en het persoonlijk advies zijn het meest gebruikt (respectievelijk, 50% en 54% van de interventiegroep). Het online forum is het minst gebruikt (4%). In tabel 4.2 zien we dat alle deelnemers uit de interventiegroep ten minste één van de onderdelen heeft gebruikt en dat 65% van de leden drie of meer onderdelen heeft gebruikt.

Tabel 4.1 Gebruik van de onderdelen van de interventie door de interventiegroep (N=29)

Gebruik gemaakt van:	Aantal	%
Online kennissite	15	50
Persoonlijk advies	16	54
Online forum	1	4
Feedbackgesprek over de werkvermogen test (WAI)	25	89

Tabel 4.2 Aantal onderdelen van de interventie waarvan gebruik is gemaakt door de interventiegroep (N=29)

Aantal onderdelen van de interventie waarvan gebruik is gemaakt	Aantal	%
0	0	0
1	2	7
2	8	28
3	14	48
4	5	17

4.2 Tevredenheid over de interventie

In de volgende paragraaf gaan we in op de tevredenheid van deelnemers over het gebruik van de Wijzer. De klanttevredenheid per onderdeel van de Wijzer baseren wij op het vragenlijstonderzoek van TNO.

4.2.1 Website

Uit de antwoorden van 15 leden van CNV Publieke Zaak die de kennissite hebben gebruikt, blijkt dat zij over het algemeen tevreden zijn over de website. Zo zegt 74% tevreden te zijn over de kennissite en 87% vindt deze website nuttig (zie tabel 4.3).

Tabel 4.3 Tevredenheid over de kennissite

Stellingen over de kennissite (n=15)	++	+	0	-	--	nvt
Ik ben geheel tevreden met de online kennissite	7%	67%	20%	7%	0%	0%
Ik vind de online kennissite nuttig	0%	87%	7%	7%	0%	0%
De online kennissite heeft mij goed geholpen bij het zoeken van, of oriënteren op, werk	0%	40%	27%	7%	0%	47%
De online kennissite heeft mij goed geholpen bij de gesprekken met mijn bedrijfsarts, leidinggevende of UWV	0%	7%	40%	0%	0%	53%
De informatie van de kennissite is onduidelijk	7%	0%	7%	67%	20%	0%
De online kennissite heeft mij goed geholpen bij het voorbereiden van mijn bespreking van mijn re-integratieplan bij mijn bedrijfsarts of leidinggevende	0%	0%	33%	7%	0%	60%
De online kennissite is goed in staat mij te informeren over gezondheid, ziekte en werk	7%	73%	13%	7%	0%	0%
Door de online kennissite ben ik beter in staat mijn wensen met betrekking tot werken duidelijk te maken	7%	0%	73%	7%	7%	7%

++ = helemaal mee eens, + = mee eens, 0 = neutraal, - = oneens, -- = helemaal oneens

4.2.2 Persoonlijk advies

De Wijzer met Welder biedt ook de mogelijkheid om telefonisch of per e-mail een vraag te stellen. De 16 leden die in de vragenlijst aangaven wél gebruik te hebben gemaakt van het persoonlijk advies zijn daar over het algemeen tevreden over (75%) en 81% vindt het advies nuttig (zie tabel 4.4).

Tabel 4.4 Tevredenheid over het persoonlijk advies

Stellingen over het persoonlijk advies (n=16)	++	+	0	-	--	nvt
Ik ben geheel tevreden met het persoonlijk advies	6%	69%	19%	6%	0%	0%
Ik vind het persoonlijk advies nuttig	0%	81%	19%	0%	0%	0%
Het persoonlijk advies heeft mij goed geholpen bij het zoeken van, of oriënteren op, werk	0%	44%	25%	19%	0%	13%
Het persoonlijk advies heeft mij goed geholpen bij gesprekken met mijn bedrijfsarts, leidinggevende of UWV	0%	44%	25%	6%	0%	25%
De informatie van het persoonlijk advies is onduidelijk	0%	0%	6%	69%	25%	0%
Het persoonlijk advies heeft mij goed geholpen bij het voorbereiden van mijn bespreking van mijn re-integratieplan bij mijn bedrijfsarts of leidinggevende	6%	19%	38%	6%	0%	31%
Het persoonlijk advies is goed in staat mij te informeren over gezondheid ziekte en werk	6%	69%	25%	0%	0%	0%
Door het persoonlijk advies ben ik beter in staat mijn wensen met betrekking tot werken duidelijk te maken	6%	38%	50%	6%	0%	0%

++ = helemaal mee eens, + = mee eens, 0 = neutraal, - = oneens, -- = helemaal oneens

4.2.3 Online forum

Uit het vragenlijstonderzoek van TNO blijkt dat het forum maar weinig is gebruikt: door maar 1 lid. Daarom is het niet mogelijk de tevredenheid over het online forum weer te geven.

Vanwege dit lage aantal kunnen er geen nadere uitspraken worden gedaan over de tevredenheid van het online forum.

4.2.4 WAI-test en feedbackgesprek

Alle deelnemers aan de interventiegroep hebben de mogelijkheid gekregen om de WAI-test te doen en de uitkomsten van deze test te bespreken in een feedbackgesprek met een coach van Welder.

Uit het vragenlijstonderzoek van TNO blijkt dat van de 25 mensen die zeggen een feedbackgesprek te hebben gehad, 80% hier tevreden over is (zie tabel 4.5). Een iets grotere groep (85%) noemt het feedbackgesprek nuttig.

Tabel 4.5 Tevredenheid over het feedbackgesprek over de WAI

Stellingen over het feedbackgesprek over de WAI (n=25)	++	+	0	-	--	nvt
Ik ben geheel tevreden met het feedbackgesprek over de WAI	10%	70%	5%	5%	5%	5%
Ik vind het feedbackgesprek over de WAI nuttig	5%	80%	5%	5%	0%	5%
Het feedbackgesprek over de WAI heeft mij goed geholpen bij het zoeken van, of oriënteren op, werk	0%	25%	35%	0%	0%	40%
Het feedbackgesprek over de WAI heeft mij goed geholpen bij gesprekken met mijn bedrijfsarts, leidinggevende of UWV	0%	25%	10%	5%	5%	55%
De informatie van het feedbackgesprek over de WAI is onduidelijk	0%	0%	15%	65%	15%	5%
Het feedbackgesprek over de WAI heeft mij goed geholpen bij het voorbereiden van mijn bespreking van mijn re-integratieplan bij mijn bedrijfsarts of leidinggevenden	0%	15%	25%	5%	0%	55%
Het feedbackgesprek over de WAI is goed in staat mij te informeren over gezondheid ziekte en werk	0%	60	25%	5%	5%	5%
Door het feedbackgesprek over de WAI ben ik beter in staat mijn wensen met betrekking tot werken duidelijk te maken	0%	30%	45%	10%	5%	10%

++ = helemaal mee eens, + = mee eens, 0 = neutraal, - = oneens, -- = helemaal oneens

In de antwoorden op de vragenlijst over de website, het persoonlijk advies en het feedbackgesprek over de WAI zien we dat relatief vaak het antwoord 'niet van toepassing' is gekozen. Dit was met name het geval bij de stellingen over de rol van de genoemde onderdelen van de Wijzer bij het zoeken van, of oriënteren op, werk; gesprekken met bedrijfsarts, leidinggevende of UWV en het voorbereiden van de bespreking van het re-integratieplan bij bedrijfsarts of leidinggevende. Het relatief veel voorkomen van het antwoord 'niet van toepassing' kan verklaard worden doordat inclusiecriteria over ziekmelding ontbraken. In principe konden ook gezonde leden meedoen aan de pilot die niet van de diensten van de bedrijfsarts of UWV gebruik maakten.

4.3 Invloed op zelfsturing van de afzonderlijke elementen van de Wijzer

Naast de tevredenheid van leden van CNV Publieke Zaak hebben wij onderzocht wat de invloed is van de afzonderlijke elementen van de interventie op de zelfsturing bij de interven-

tiegroep. Zijn er elementen van de wijzer die afzonderlijk de zelfsturing van leden positief beïnvloeden?

De resultaten wijzen uit dat geen van de onderdelen van de interventie samen hangen met zelfsturing.

Tabel 4.6 Invloed van afzonderlijke elementen interventie op zelfsturing (N=28)

	T1 zelfsturing algemeen		T1 zelfsturing leren		T1 zelfsturing loopbaan	
	B	95% BI	B	95% BI	B	95% BI
Kennissite	-0,06	-0,25-0,15	0,21	-0,09-0,48	0,10	-0,29-0,52
Persoonlijk advies	-0,11	-0,29-0,10	0,07	-0,21-0,33	-0,15	-0,57-0,21
Online forum	0,09	-0,29-0,70	0,09	-0,48-0,94	0,07	-0,78-1,24
Feedbackgesprek	-0,02	-0,38-0,33	0,22	-0,18-0,82	0,08	-0,56-0,86
Zelfsturing T0 [#]	0,96**	0,62-1,02	0,68**	0,29-0,74	0,75**	0,39-1,10
Geslacht (ref=man)	-0,16	-0,38-0,06	-0,09	-0,42-0,22	0,03	-0,40-0,48
Leeftijd	0,11	-0,01-0,02	0,15	-0,01-0,03	0,01	-0,03-0,03
Werkvermogen T0	-0,01	-0,09-0,08	0,07	-0,10-0,15	-0,16	-0,26-0,10
N	28		28		28	
Adjusted R-kwadraat	0,77		0,58		0,52	

* sig ≤0.05 ** sig ≤0.01

#Gecorrigeerd voor specifieke vorm van zelfsturing op baseline meting BI: betrouwbaarheidsinterval

We hebben tot slot gekeken of het uitmaakte welke coach het feedbackgesprek voerde met het CNV PZ-lid. Dit bleek niet het geval. Ook het aantal keren dat het CNV PZ-lid had ingelogd, had geen effect op de mate van zelfsturing na drie maanden.

4.4 Profielen van deelnemers die progressie boeken op uitkomsten

Het doel van dit onderdeel van de procesevaluatie is om antwoord te geven op de vraag: “Voor wat voor gebruikers heeft de interventie positieve gevolgen?” In dit rapport zijn profielen gemaakt van de groepen deelnemers aan de interventie die gedurende de looptijd van het onderzoek progressie hebben geboekt op de uitkomstmaten. Onderzocht is wat hen kenmerkt.

In tabel 4.7 hebben we de respondenten uit de interventiegroep ingedeeld in 3 groepen: geen progressie, enigszins progressie (meer dan 0, maar gelijk of minder dan 0.5 indien 5-puntsschaal/gelijk of minder dan 1.0 indien 10-puntsschaal) en veel progressie (meer dan 0.5 indien 5-puntsschaal/meer indien 1.0 bij 10-puntsschaal). De groepen “enigszins progressie” en “veel progressie” bleken afzonderlijk te klein te zijn voor het uitvoeren van de analyses en zijn om die reden in de verdere analyses tot één groep samengevoegd.

Tabel 4.7: Aantal respondenten in de effectstudie pilot Wijzer met Welder bij CNV Publieke Zaak, ingedeeld in 3 groepen van progressie op de uitkomstmaten zelfsturing

	Zelfsturing algemeen	Zelfsturing leren	Zelfsturing loopbaan	Kennis tav gezondheid en werk	Grip op werksituatie
Geen progressie	18	17	16	13	15
Enigszins progressie*	10	9	9	8	9
Veel progressie**	1	3	4	8	3

*Progressie is groter dan 0, maar kleiner dan of gelijk aan dan .5

**Progressie is groter dan .5

Tabel 4.8 geeft een overzicht van de profielen per uitkomstmaat. Opvallend is dat relatief weinig respondenten uit de interventiegroep progressie hebben geboekt op de uitkomstmaten. Van de totale groep van 29 respondenten uit de interventiegroep hebben respectievelijk 11, 12 en 13 respondenten progressie geboekt op de schalen zelfsturing algemeen, en zelfsturing t.a.v. leren en loopbaan. Ten aanzien van de kennis over werk en gezondheid en de ervaren grip op de werksituatie hebben respectievelijk 16 en 13 respondenten tussen T0 en T1 progressie geboekt.

4.4.1 Zelfsturing

Respondenten die progressie hebben geboekt ten aanzien van zelfsturing, scoren vrijwel allemaal laag op zelfsturing op T0 (zie tabel 4.8). De respondenten die progressie boeken op *algemene zelfsturing* genieten vaker een WIA/WGA of WAO uitkering dan respondenten die geen progressie hebben geboekt. Tevens geven ze vaker aan dat ze tijdens hun laatste werkdag meer werk hebben verzet dan normaal. Respondenten die progressie hebben geboekt op zelfsturing ten aanzien van leren zijn op T0 vaker niet ziek gemeld. Ditzelfde geldt voor respondenten die progressie hebben geboekt op zelfsturing ten aanzien van leren. Deze laatste groep is tevens minder vaak samenwonend met partner.

4.4.2 Kennis ten aanzien van gezondheid en werk

Respondenten die tussen T0 en T1 meer kennis hebben verworven ten aanzien van gezondheid en werk zijn vaker alleen wonend en beschikken op T0 over relatief weinig kennis ten aanzien van gezondheid en werk (zie tabel 4.8).

4.4.3 Grip op de werksituatie

Respondenten die tussen T0 en T1 meer grip ervaren op de werksituatie kenmerken zich doordat ze op T0 minder contact hebben gehad met een arbodienst en relatief weinig grip op de werksituatie ervaren.

Tabel 4.8: Profielen met kenmerken op T0 van groepen respondenten uit de interventiegroep die progressie boeken op de uitkomstmaten

Progressie op zelfsturing algemeen (N=11)	Progressie op zelfsturing leren (N=12)	Progressie op zelfsturing loopbaan (N=13)	Progressie op kennis tav gezondheid en werk (N=16)	Progressie op grip op werksituatie (N=13)
Vaker WIA/ WGA/ WAO uitkering	Vaker niet ziek gemeld	Minder vaak Samenwonend met partner	Vaker alleen wonend	Lagere score grip op werksituatie
Vaker meer gedaan dan normaal	Lager Zelfsturing mbt leren	Vaker niet ziek gemeld	Minder kennis tav gezondheid en werk	Minder vaak contact met arbodienst
Lage score Zelfsturing (algemeen, leren, loopbaan)		Lager score op zelfsturing mbt loopbaan		

De paarse kolommen hebben betrekking op de uitkomstmaten zelfsturing (zie bijlage 5 tabel 2A). De groene kolommen hebben betrekking op de uitkomstmaten kennis tav gezondheid en werk en grip op de werksituatie (zie bijlage 5 tabel 2B)

4.4.4 *Vergelijking profielen leden CNV Publieke Zaak en vangnetters UWV*

Zoals eerder is aangegeven, is de interventie Wijzer met Welder ook onderzocht bij het UWV. Doel van deze studie was om te onderzoeken of Wijzer met Welder een positief effect heeft op de zelfregie en empowerment bij vangnetters van het UWV. Over het algemeen kwamen de resultaten bij de vangnetters van UWV overeen met die van de leden van CNV Publieke Zaak. Ook bij de Vangnetters van UWV bleek de groep die progressie boekt op de uitkomstmaten te klein om verder op te delen (zie tabel 4.9).

Tabel 4.9: Aantal respondenten in de effectstudie pilot empowerment vangnetters UWV , ingedeeld in 3 groepen van progressie op de uitkomstmaten zelfsturing

	Zelfsturing algemeen	Zelfsturing leren	Zelfsturing loopbaan
Geen progressie	71	64	69
Enigszins progressie*	31	32	29
Veel progressie** (groter dan .5)	4	10	8

*Progressie is groter dan 0, maar kleiner dan of gelijk aan dan .5

**Progressie is groter dan .5

Van de vangnetters die progressie hebben geboekt op zelfsturing ten aanzien van leren en loopbaan hebben we ook profielen opgesteld. Vervolgens hebben we de profielen van de vangnetters van UWV vergeleken met de profielen van de leden van CNV Publieke Zaak. In tabel 4.10 zijn de profielen van de vangnetters van UWV en de deelnemers van CNV Publieke Zaak weergegeven op de uitkomstmaten die in beide onderzoeken op dezelfde manier zijn gemeten, namelijk zelfsturing ten aanzien van leren en ten aanzien van loopbaan. Zoals de tabel laat zien wijken de profielen van de vangnetters van UWV zodanig af van de profielen van de leden van CNV Publieke Zaak, dat deze lastig te vergelijken zijn.

Er is één kenmerk waarop de profielen van de vangnetters van UWV en de deelnemers van CNV Publieke Zaak overeenkomen. In beide onderzoeken vinden we dat de groep die baat lijkt te hebben bij de interventie waar het gaat om zelfsturing ten aanzien van leren, op T0 een relatief lage score op deze uitkomstmaat rapporteert.

Tabel 4.10: Profielen met kenmerken op T0 van vangnetters UWV en leden CNV Publieke Zaak die progressie boekten op de uitkomstmaten zelfsturing ten aanzien van leren en ten aanzien van loopbaan

Vangnetters UWV		Leden CNV Publieke Zaak	
Progressie op zelfsturing tav leren (N=35)	Progressie op zelfsturing tav loopbaan (N=42)	Progressie op zelfsturing leren (N=12)	Progressie op zelfsturing loopbaan (N=13)
Minder tijd tussen laatste baan en respons	Hoger werkvermogen tav eisen	Vaker niet ziek gemeld	Minder vaak samenwonend met partner
Minder vaak ziek door lichamelijke klachten	Hoger algemeen werkvermogen	Lager zelfsturing mbt leren	Vaker niet ziek gemeld
Vaker psychische klachten	Vaker gebruik online forum		Lager score op zelfsturing mbt loopbaan
Lagere score zelfsturing leren	Vaker steun van vrienden		
Lagere score zelfsturing Loopbaan			

5 Resultaten van de economische evaluatie

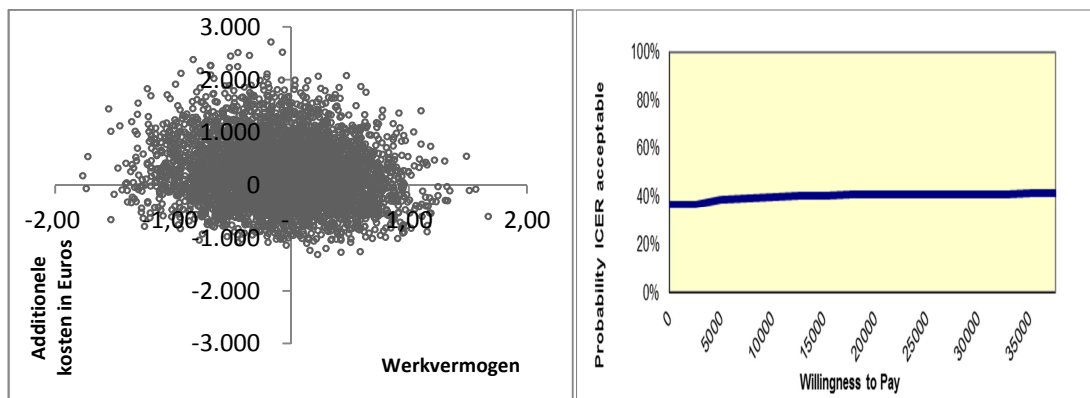
Bij aanvang waren de kosten in de totale populatie erg verdeeld. Echter, geen van de kostencategorieën waren significant verschillend tussen de groepen (Kolmogorov-Smirnov test voor significantie). De totale maatschappelijke kosten na drie maanden follow-up bedroegen 1.610 euro voor de interventiegroep en 1.220 euro voor de controlegroep. Tabel 5.1 geeft de belangrijkste kosten categorieën per meetmoment en de gemiddelde incrementele verschillen tussen de groepen bij aanvang en na drie maanden follow-up. Kosten in beide groepen daalden door de tijd heen. Over het algemeen heeft de interventiegroep hogere kosten dan de controlegroep, zowel op baseline als 3 maanden follow-up.

Tabel 5.1. Kosten per categorie per meetmoment voor de interventie groep (n=29) en de controle groep (n=34).

	Baseline			3 mnd. follow-up		
	Interventie Groep (n=29)	Controle Groep (n=34)	INT vs. CTR (T0)	Interventie Groep (n=29)	Controle Groep (n=34)	INT vs. CTR (T1)
Gezondheidszorg kosten	1019 (580;1569)	1136 (347;2423)	-116 (-1483;912)	685 (433;1042)	530 (307;797)	155 (-223;570)
(95% BI)*						
Zorggebruik	666 (373;1023)	941 (267;2098)	-276 (-1531;546)	404 (275;550)	383 (203;591)	22 (-222;254)
(95% BI)*						
Medicatie	355 (79;823)	196 (55;449)	159 (-261;688)	280 (85;631)	148 (68;260)	133 (-113;508)
(95% BI)*						
Reis- en Parkeer kosten (95% BI)*	46 (32;61)	30 (19;43)	17 (-3;35)	38 (26;53)	30 (18;43)	9 (-10;27)
Productiviteitskosten (95% BI)*	1077 (562;1712)	842 (472;1314)	235 (-462;970)	890 (457;1411)	661 (364;1040)	229 (-346;831)
Verzuim	849 (374;1395)	546 (189;970)	303 (-342;959)	723 (293;1250)	462 (150;853)	261 (-310;879)
(95% BI)*						
Presenteïsmen (95% BI)*	242 (141;355)	312 (220;411)	-71 (-213;74)	166 (141;192)	198 (168;226)	-32 (-71;8)
Maatschappelijke (totale) kosten	2172 (135;3090)	2016 (999;3366)	157 (-1434;1556)	1610 (1048;2259)	1220 (753;1772)	389 (-399;1175)
(95% BI)*						

* the upper and lower confidence limits are the 2,5th and 97,5th percentile based on 10000 bootstrap replications

Uit de kosteneffectiviteitsanalyse (Figuur 5.1) blijkt dat de schatting van de ICER erg verspreid over de kwadranten liggen ICER (24% Noordoost, 18% Zuidoost, 19% Zuidwest, 39% Noordwest). Uit de curve gepresenteerd in figuur 5.2 blijkt dat ongeacht de hoeveelheid men bereid is te betalen om een positief effect (verhoogd werkvermogen) te verkrijgen, de kans dat de interventie kosteneffectief is niet meer dan 45% bedraagt.



Figuur 5.1

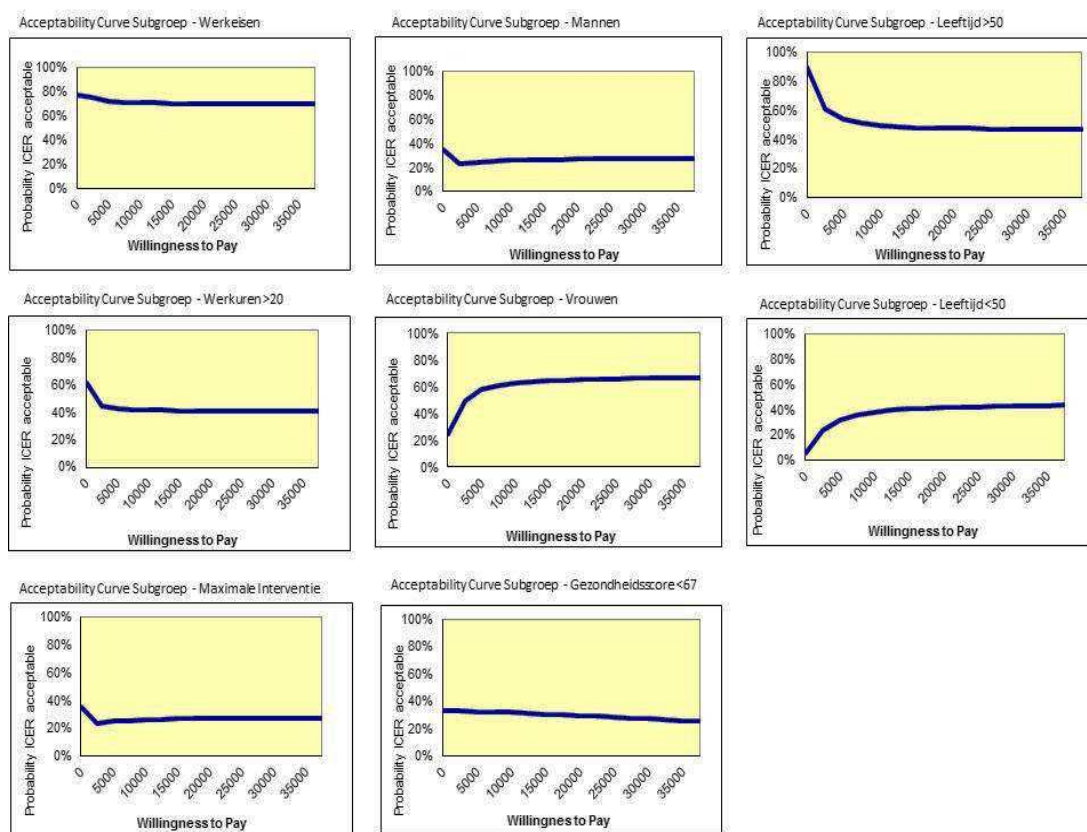
Links: 'Cost Effectiveness plane': presentatie van onzekerheid rond de gemiddelde incrementele kosten en de gemiddelde incrementele effecten (WAI) van de interventie groep vergeleken met de controle groep.

Rechts: 'Cost Effectiveness Acceptability Curve'.

Uit de kosten utiliteit analyse blijkt dat 90% van de ratio's in het inferieure (NW) kwadrant liggen; wat neerkomt op minder effectiviteit (kwaliteit van leven) en meer kosten voor de interventiegroep dan voor gebruikelijke zorg. 35% Van de ICERs situeert zich in het ZW kwadrant, wat duidt op minder kosten, maar ook minder effecten (kwaliteit van leven).

De kosten consequentie analyse laat een niet-significante daling in self-efficacy en stijging in zelfsturing zien. De interventie heeft met andere woorden geen significante invloed op veranderingen in zelfsturing of self-efficacy. Het incrementele gemiddelde verschil tussen de meetmomenten t.a.v. het aantal verzuimdagen daalt en de gezondheidsscore stijgt in het voordeel van de interventiegroep wanneer vergeleken met de controlegroep. De kosten die daarmee gepaard gaan (zie tabel 5.1) laten op drie maanden na de interventie een stijging zien bij de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep.

Uit de subgroep analyses (figuur 5.2) blijkt dat de resultaten niet afwijken van de resultaten van de algemene incrementele kosten effectiviteitsanalyse. Gebaseerd op de waarschijnlijkheid dat de interventie kosten effectief zouden worden wanneer men de bereidheid tot betalen (Willingness to Pay) ophoogt, blijkt enkel voor de subgroep vrouwen. Voor de subgroep respondenten waarbij het werk zowel fysieke als mentale eisen stelt (figuur 5.2 links boven), biedt de interventie in het voordeel van de interventie groep een waarschijnlijkheid kosten effectief te zijn. Ongeacht verhoogde bereidheid tot betalen blijft de waarschijnlijkheid dat de interventie kosteneffectief is voor deze subgroep om en nabij de 80%. Voor de subgroep vrouwen zien we de waarschijnlijkheid op kosteneffectiviteit stijgen naar 64% naarmate de 'bereidheid tot betalen (willingness to pay) toeneemt (15.000 euro).



Figuur 5.2 Acceptability curves subgroup analyses

De Wijzer met Welder is in vergelijking met de controlegroep niet effectiever gebleken in het vergroten van het werkvermogen. Vanuit het investeerdersperspectief kan niet geconcludeerd worden dat de Wijzer met Welder een kostenbesparende interventie is en wordt in deze context niet aangeraden. Vanuit het perspectief van de investeerder worden de kosten voor het gebruik van de Wijzer met Welder niet terugverdiend in de tijdspanne van drie maanden omdat de deelnemers aan de studie geen verbeterd werkvermogen hebben. In het onderzoek werd een vrij laag gebruik van de onderdelen geregistreerd. Tabel 5.2 geeft een overzicht van het daadwerkelijk gebruik van de onderdelen. Op basis van deze aantallen kan geconcludeerd worden dat de individuele behoeften ten aanzien van het gebruik van de onderdelen van de interventie nogal verschillen. Echter, de kanttekening die hier behoort is dat het werkelijke gebruik van de onderdelen binnen de onderzoekscontext (29 mensen uit de doelgroep van CNV Publieke Zaak) geplaatst dient te worden.

Tabel 5.2 Gebruik interventie onderdelen

Onderdeel	Gebruik	
	Ja (N)	Nee (N)
Online Kennissite	15	14
Persoonlijk Advies	16	13
Online Forum	1	28
Feedbackgesprek WAI	20	9

De kosten behorende bij de verschillende onderdelen¹⁵ van de Wijzer met Welder interventie staan beschreven in bijlage 4. De gemiddelde investering (interventiekosten) binnen deze interventiegroep (N=29) voor de onderzoeksperiode van drie maanden, het werkelijke gebruik per onderdeel in acht genomen, bedraagt 21,98 euro.

Deze 'minimale' investering blijkt in verhouding tot de productiviteitswinst niet in het voordeel van de interventiegroep, maar in het voordeel van de controlegroep te zijn. De gemiddelde productiviteitskosten na drie maanden tonen een verschil van 229 euro in het voordeel van de controlegroep. De productiviteitsverliezen blijven hoger in de interventiegroep dan in de controlegroep. Naar aanleiding van de resultaten en ervaringen van de Wijzer met Welder interventie in de vorm zoals hier onderzocht, kan de interventie vanuit het perspectief van de investeerder niet worden aanbevolen.

De interventiekosten voor het daadwerkelijke gebruik (N=336) in de periode van 2013 betrof gemiddeld 209,49 euro. Over een periode van drie maanden is dit 52,37 euro. Wanneer het werkelijke gebruik opgehoogd zou worden naar de jaarlijkse target (N=1000), dalen de interventiekosten naar 113,01 euro, hetgeen resulteert in een gemiddelde interventiekost van 28,25 euro over een periode van drie maanden bij een volledig gebruik van de onderdelen van de Wijzer met Welder interventie.

¹⁵ In feite zijn de interventiekosten van het onderdeel 'operationele kosten website' iets lager geweest (5 euro lager) doordat de licentiekosten niet dubbel geteld hoeven worden en zijn de totale kosten voor het 'online forum' 31,67 euro lager doordat de moderator maar een keer meegerekend hoeft te worden (en deze dubbeltelling maar voor één deelnemer gold). In bijlage 4 zijn deze wel correct weergegeven. Gezien deze zeer minimale aanpassingen is het niet plausibel dat de economische evaluatie tot een ander resultaat zal leiden (met andere woorden, gezien de spreiding rond 0 zal de interventie hierdoor niet kosteneffectief worden).

6 Resultaten van de kwalitatieve evaluatie

6.1 Vijf centrale thema's

Om te begrijpen hoe mensen de Wijzer met Welder hebben gebruikt en ervaren, is niet alleen gekeken naar hoe de Wijzer is ervaren, maar ook naar de context waarin mensen leven en waarin zij worstelen met gezondheidsklachten en zorgen over hun inzetbaarheid voor betaalde arbeid. Die context blijkt belangrijk: het gebruik van 'Wijzer met Welder' vindt niet in een vacuüm plaats. Zoals uit de interviews duidelijk wordt, voeren mensen veel verschillende handelingen uit om met hun gezondheidsklachten om te gaan. Daarbij zijn ze afhankelijk van of leunen op verschillende mensen en instanties in hun omgeving. Alleen door gedetailleerd in kaart te brengen hoe het is om te werken en te leven met een gezondheidsklacht is het mogelijk om te evalueren wat de toegevoegde waarde is van een interventie als Wijzer met Welder.

In ons onderzoek kwamen vijf centrale thema's naar voren. Het eerste thema 'Gezondheid' beschrijft welke gezondheidsklachten de deelnemers aan het onderzoek hadden. Daarnaast wordt er ingegaan op hoe zij hun gezondheid ervaren, hoe zij omgaan met hun gezondheidsklachten en wat voor weerslag dergelijke klachten hebben op hun leven. Deze informatie is relevant voor dit onderzoek omdat het blootlegt met welk soort gezondheidsklachten mensen de Wijzer benaderen en wat mensen moeten doen om gezond te blijven en zo laat zien welke rol een interventie zoals Wijzer met Welder daar in speelt of kan spelen.

In het tweede thema 'Mensen om je heen', komt naar voren dat het omgaan met gezondheidsklachten geen puur individuele zaak is. Andere mensen zoals familieleden, partners, collega's, leidinggevenden en artsen kunnen mensen helpen of hinderen bij het omgaan met hun gezondheidsklachten. Verhalen in dit gedeelte maken duidelijk dat succesvol omgaan met gezondheidsklachten deels afhankelijk is van hoe iemand met gezondheidsklachten zich kan verhouden tot de mensen om zich heen.

Het derde thema 'Omgaan met externe omstandigheden' bevat verhalen van de deelnemers waaruit blijkt hoezeer externe omstandigheden een weerslag hebben op hoe mensen met hun gezondheidsklachten om kunnen gaan. Dergelijke omstandigheden zijn bijvoorbeeld de situatie op de arbeidsmarkt of reorganisaties binnen een bedrijf.

Het vierde thema 'Grip krijgen op jezelf' gaat over het werk dat mensen moeten verzetten om hun gezondheidsklachten het hoofd te bieden. Het gaat dan vooral om het zoeken naar informatie en het leren begrijpen hoe het is en het vinden van manieren om te werken en leven met beperkingen. Deze verhalen illustreren hoe moeilijk het is om gezondheidsklachten te doorgronden en wat voor informatie en ondersteuning mensen nodig hebben om hun klachten beter te begrijpen.

Het vijfde thema is de 'Wijzer met Welder'. In dit thema worden de ervaringen van de geïnterviewde deelnemers met de Wijzer in kaart gebracht.

6.2 Thema 1 Gezondheid

Met de deelnemers is uitgebreid gesproken over gezondheid en ziekte. Een gedeelte van hen had op het moment van het interview één of meer aandoeningen. De aard van de aandoeningen was uiteenlopend: aangezichtspijn, artrose, astma, baarmoederoperatie, burn-out, contusieel syndroom (hersenkneuzing), depressie, fibromyalgie, gebroken rugwervel,

gewrichtsontsteking, hernia, kaakbreuk, kneuzing, lymfoedeem, maag/darmontsteking, MS, narcolepsie, oorsuizen, schildklier aandoening, spit, virusinfectie. De klachten die deze aandoeningen met zich meebrachten waren onder andere: benauwdheid, beperking in bewegingen, duizeligheid, hoofdpijn, in slaap vallen, krachtverlies, labiliteit, moeite met concentreren, pijn, problemen met coördinatie, scheelzien, stijfheid, stress, vermoeidheid. Een aantal respondenten had op het moment van het interview geen aandoeningen of klachten, maar maakte zich zorgen over hun gezondheidssituatie in de toekomst.

6.2.1 *Beleving van gezondheidsklachten*

De gezondheidsklachten die mensen ervoeren hadden een grote invloed op het functioneren van de deelnemers. Met name vermoeidheid en pijn, zo gaven respondenten aan, zorgden voor forse beperkingen in het dagelijks leven.

Vermoeidheid

Vermoeidheid wordt ervaren als een klacht die sterk van invloed is op hoe iemand zijn leven leidt. Zo vertelde een 52-jarige vrouw met narcolepsie, die werkzaam is als coördinerend begeleider beschermd wonen, dat het bijna onmogelijk was om goed te functioneren door die blijvende vermoeidheid:

“Nee, tussen de dutjes door voel je je redelijk gezond. Maar je bent nooit uitgerust. Je voelt je eigen bijna altijd wel moe. En het is op zo’n moment dat je zo’n slaap-dip hebt, het is ook mijn eigen ervaring maar ik heb het ook wel eens gelezen zo’n omschrijving ervan. Het voelt als of dat jij vier nachten niet geslapen hebt, in een warme kamer zit met een paar borrels achter de kiezen en dan moet proberen een film te gaan kijken. Dat gevoel. Dat je echt heel je hoofd bzzz doet. Een zwerm bijen in je hoofd. En je voelt je warm en ja, gewoon echt, iedereen maakt het wel eens mee dat je echt voelt van nou goh, nou kan ik me echt niet meer wakker houden. En dat heb je 5, 6, 7 keer per dag. Functioneer jij dan goed? Dat kan toch niet?” I5

Ook bij andere deelnemers speelde vermoeidheid een grote rol. Zo vertelde deze 47-jarige intern begeleider met MS hoe vermoeidheid haar in alles in haar dagelijks leven belemmert.

“Ik ben altijd moe, zonder uitzondering. Ik word nooit fris wakker, ik ben altijd moe. Ik heb van die periodes dat ik helemaal uitgeput ben. Het is geen slaap-moeheid, ik hoef op dat moment niet te slapen. Maar ik kan op dat moment bijna helemaal niks. Ik kan niet denken, niet lezen, niet rijden. Dat soort dingen gaan gewoon niet. Dat verschilt per dag. Daar kan je van tevoren niks over zeggen.” I10

Een bijkomend probleem is voor deze respondent dat het onvoorspelbaar is wanneer het haar overkomt.

Vermoeidheid is overigens niet altijd het rechtstreekse gevolg van de aandoening zelf maar wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door de moeite en energie die het kost om met de klachten om te gaan. Een verpleegkundige beschreef haar klachten in termen van “inleveren” en iets dat “veel energie” kost om mee om te gaan.

“Ik hoor altijd mijn hart kloppen in mijn oor. Sinds vorig jaar heb ik fibromyalgie en lymfoedeem. En de laatste tien jaar heb ik een chronische depressie, maar dat is goed te behandelen met medicatie. Daar heb ik niet zo’n last van. [...] De pijnklachten zijn nog wel te doen, maar je moet proberen om te gaan met pijn en bewegen. En het is heel erg vermoeiend om [het] suizen te horen. Je moet heel veel inleveren, dat kost veel energie.” I6

Pijn

Pijn werd door een aantal deelnemers omschreven als een zeer indringende en alles beheersende ervaring. Zo vertelde de 52-jarige begeleider met hersenletsel en narcolepsie over de intense pijn die zij dagelijks ervoer gedurende een periode van haar leven.

“Ik had gewoon bij 10/15 keer per dag aanvallen van [aangezichts]pijn. [...] Dat is echt pure hel. Dat is echt alsof de tandarts een zenuw raakt zeg maar, maar dan precies zo in dat hoekje onder je oor. Dat je tong ook pijn doet. Dat je gewoon echt.. een soort elektrische schok door je tong heen.” I5

6.2.2 Omgaan met gezondheidsklachten

Het omgaan met gezondheidsklachten werd door de deelnemers aan het onderzoek beschreven als een proces dat nooit echt ophoudt: tot op zekere hoogte zijn zij zich altijd bewust van hun klachten en zij moeten doorlopend werk verzetten om hun gezondheid op peil te houden. Dit proces kost veel energie en is vaak een worsteling.

Bewuste inspanning en keuzes maken

Over het algemeen spannen deelnemers zich in om zo gezond mogelijk te blijven.

“Je hebt geen keuze. Wil je je eigen zelfstandigheid behouden en wil je niet in een heel depressieve spiraal komen, dan is er maar één mogelijkheid en dat is gewoon door. En ik denk dat ik, ja dat mijn geloof mij daar ook wel een heel grote bron van steun en kracht is geweest. Ik heb dat ongeluk gehad en toen ik op straat lag dacht ik van ‘blijf liggen zoals je ligt. Ik wil geen cliënt worden in mijn eigen project’.” I2

Vaak moeten de deelnemers een balans vinden tussen activiteit en rust. Ze moeten kiezen aan welke activiteiten ze hun beperkte energie besteden en proberen om te gaan met het feit dat zij minder kunnen dan voorheen.

“Als ik moet schoonmaken kan ik dat niet in een paar uurtjes doen. Ik kan maar een klein beetje doen, en dan weer uitrusten. Heel veel dingen worden niet gedaan, en mijn huis ziet er niet perfect uit. Maar daar heb ik mee leren leven.” I6

“Het is niet zo dat ik ergens niet naar toe kan. Of iets niet kan. Maar het is gewoon, je hebt er last van. En dat is, ja dat is zo. Wat ik wel vervelend vond, ik sport nog wel veel. Maar ik merk wel gewoon dat, dat een stuk minder gaat. Ik doe aan wielrennen, ik ben toch wel een stukkie in niveau gedaald hoor. Dat vind ik wel jammer[...] Ik had altijd al inspanningsastma. En dan met een puffertje vond ik dat redelijk behapbaar. Maar ik merk nu wel dat ik, ja, dat ik gewoon minder hard kan fietsen. Dat kan ik gewoon echt merken. Dat ik gewoon heel veel sneller benauwd ben en dat het echt pijnlijk is. En dat ik het dan forceer. En ik ga dan toch op hetzelfde niveau meefietsen. Dan red ik dat wel maar dan heb ik die week daarna gewoon heel erg spierpijn in mijn ribben en in mijn schouders en zo. Omdat ik het dan zo geforceerd heb. Ja en waar ben je dan beter mee, ietsjes minder.. of ... ? Het is niet leuk want ik had een prima conditie. Ik kon goed meegekomen. En dat is, ja, dat geeft wel een deuk.” I5

Je belastbaarheid doorgronden

Het kunnen doorgronden van de eigen belastbaarheid en het leren kennen van de eigen grenzen werd als een belangrijk vereiste gezien om goed met gezondheidsklachten om te gaan. Hoewel respondenten aangeven dat ze dat in de loop van de tijd beter leren, blijft dit een proces dat continue aandacht vraagt. Ook worden inzichten regelmatig door de werkelijkheid ingehaald.

Verpleegkundige I6 vertelde dat zij het erg moeilijk vond om te van tevoren te bepalen hoezeer zij haar lichaam kon belasten: dit varieert van dag tot dag. Als zij voelt dat haar belastbaarheid op een dag laag is, wil zij eigenlijk rust nemen terwijl dat niet altijd mogelijk is. Zij zocht en vond een andere werkomgeving waarin zij beter pauzes kon nemen. Dit nam de kern van haar probleem – de wisselende en variabele belastbaarheid – echter niet weg.

“Ja, want je bent constant aan het kijken wat je belastbaarheid is voor die dag. Dat kan je van tevoren niet zeggen. Het is moeilijk om dat met mate te doseren. Ik probeer rustig aan te doen, maar ik heb niet altijd de optie om dat te doen. Dat hangt af van mijn cliënten. Thuis heb ik meer regie over wat ik doe. Als ik daar moet rusten, kan ik rusten. Dat kan op mijn werk niet. Gelukkig hebben we wel goede pauzes. Dat is ook een reden dat ik ben gewisseld van werk, want dat ging niet bij mijn andere werkgever.” I6

Leven in een veranderd lichaam

Het doorgronden van de belastbaarheid van het lichaam werd ook door andere deelnemers als belangrijk omschreven. De 51-jarige ADL-begeleider vertelde dat je moet ‘leren leven met een ander lijf’. Daarbij helpt het als je je grenzen goed weet in te bouwen in je dagelijkse routines.

“En sindsdien leef je dus in een lijf dat niet altijd wil wat jij wil. Dingen die ik niet meer kan. De primaire dingen die ik moet kunnen, kan ik. En de rest, ja, dat is niet echt nodig. Ik kan nooit meer hardlopen. Nou, moet je kunnen hardlopen? Nee dus niet. En je moet dus leren leven in zo’n veranderd lijf. En ja, dat gaat mij eigenlijk heel goed af. Het is heel snel en het is zo geïmplementeerd dat je niet meer anders weet.” I2

Dingen loslaten

Het omgaan met gezondheidsklachten werd door de deelnemers ook in verband gebracht met het loslaten van vrije tijdsbestedingen en andere activiteiten buiten het werk. I2, vertelde dat haar rugklachten haar dwongen op te houden met het geven van gymnastiek- en turnlessen. Zij noemde dit een rouwproces.

“En tuurlijk, die gymnastiek en turnlessen, dat was wel een rouwproces dat ik dat moest opzeggen. Op mijn werk is alles voorspelbaar zwaar. Daar kan ik mijn lijf dus echt heel gericht op inzetten. En in de gymnastiekwereld is het onvoorspelbaar. Materialen zijn zwaar, daar kan je wel met verstand je lijf op inzetten. Maar als je een kind moet vangen, je vangt hem hier en je zet hem daar neer. Of je hebt ze in je nek, dat werkt gewoon niet.” I2

Belastende behandelingen

Ook de behandeling van de klachten en aandoeningen en de tijd die de deelnemers daaraan kwijt zijn kosten vaak veel energie. Dit vormt een belasting op zichzelf.

“Met die aandoeningen moet ik ook twee keer in de week naar therapie. En ik ga een keer in de week naar de chiropractor. En ik probeer een of twee keer per week te bewegen. Ik beweeg heel veel op mijn werk, dus dat is goed. Gelukkig hebben we nu ook een step op

mijn werk, omdat de gangen heel lang zijn. Dat is niet speciaal voor mij, want mijn collega's gebruiken de step ook veel. Ik heb eigenlijk een voltijd baan met de ziekte en het werk erbij. Dus eigenlijk is het te veel.” 16

Anders werken

Omgaan met gezondheidsklachten kon voor de deelnemers ook betekenen dat zij hun werk anders moeten uitvoeren. Soms kunnen relatief kleine aanpassingen op het werk er voor zorgen dat het werk ondanks de gezondheidsklachten goed is vol te houden. Zo vertelde een 61-jarige trainer met rug- en nekklachten dat zij haar werk anders verdeelde.

“Beperken niet zo zeer, want ik kan er alles mee doen. Maar ik verdeel het anders. Vroeger had ik alle groepen na elkaar en deed ik op woensdag alle administratie, maar dat doe ik niet meer. Donderdags werk ik alleen in Zaandijk, dan neem ik mijn laptop mee en ga ik daarna even wat doen op die laptop. Daarna rijd ik naar Purmerend, dan ga ik daar op mijn flex-werkplek werken en heb ik 's middags weer een groep. Ik zorg er voor dat ik niet langer dan twee uur zit, anders heb ik gewoon te veel last.” 17

6.2.3 Gezondheid en werk in de toekomst

Naast de aanpassingen en energie die het kost om met gezondheidsklachten om te gaan in het heden, speelden er ook zorgen over de toekomst. Ook de deelnemers die op het moment van het interview zonder klachten waren, vroegen zich af of ze hun werk in de toekomst nog wel zouden kunnen blijven doen.

Het werk volhouden

Sommige respondenten vragen zich af of ze de belasting van hun werk op langere termijn, zeker omdat ze zelf ouder worden, wel aankunnen. Soms gaat het daarbij om de fysieke belasting, soms om de mentale belasting. Een 53-jarige ambulanceverpleegkundige vertelde bijvoorbeeld uitdrukkelijk geen gezondheidsproblemen te hebben en benadrukte dat hij zichzelf erg gezond vond, maar hield rekening met de mogelijkheid dat hij klachten kan ontwikkelen als gevolg van zijn werk. Ook maakte hij zich zorgen om zijn collega's.

“Maar wat me opvalt de laatste tijd, is dat heel veel mensen van mijn leeftijd of iets ouder, er bijna allemaal last van krijgen. En dat vind ik een zorgwekkende ontwikkeling. Ik merk ook aan mijn eigen houding, en mijn reacties na zo'n dronken meid, dat ik een heel kort lontje heb. Dan denk ik dat ik verhard. Dat zijn signalen voor mij die voor mij niet goed zijn. [...] maar waar ik de laatste maanden meer mee bezig ben geweest, ondanks dat ik nog maar vier/vijf jaar hoef te werken als enige ambtenaar in de drie noordelijke provincies, is dat ik misschien die paar jaar nog iets anders moet gaan doen. Dus dat is wel apart. En ik weet zeker dat al die andere collega's dat niet redden. [...] Je moet nachtdiensten draaien, alles meedraaien. Sommige mensen hebben steeds meer moeite met de nachtdiensten. Die komen niet meer in het ritme bijvoorbeeld.” 18

Een andere deelnemer had op het moment van het onderzoek geen gezondheidsklachten, maar had wel last van stress en zag erg op tegen de jaren die zij nog moest werken tot aan haar pensioen.

“Nou, toen dacht ik... misschien... biedt het me wel enige ruimte hoe ik er anders mee om kan gaan. Met de stress die het werk oplevert. [...] hoe kan ik daar dan toch wat ontspanner bij die vergaderingen zitten? En hoe kan ik ook enig genoeg krijgen in mijn werk? Ja, hoe haal ik m'n pensioen... ? Ik moet tot 66 en een maand, dus dat is toch nog wel lang.” 19

Andere respondenten maken zich zorgen of hun klachten niet zullen verergeren, waardoor ze hun werk niet kunnen volhouden. Een respondent had bijvoorbeeld ernstige gezondheidsklachten, maar was wel zonder aanpassingen volledig aan het werk. Zij maakte zich zorgen of ze dat zou kunnen volhouden en had daarom zelf het initiatief genomen om hierover te gaan praten met haar bedrijfsarts:

“Omdat ik gewoon hoopte dat in overleg met mijn werkgever, dat er gewoon goede afspraken gemaakt konden worden zodat ik mijn werk gewoon echt goed kon blijven doen zonder dat ik 4/5 keer op een dag echt loop te hannesen van ‘jongens dit gaat zo niet’.” I5

6.3 Thema 2 De mensen om je heen

Uit de verhalen van de deelnemers aan het onderzoek kwam ook naar voren dat het omgaan met gezondheidsklachten in relatie tot werk en andere levensgebieden geen puur individuele zaak is en dat de mensen om hen heen hier een grote rol in kunnen spelen. De deelnemers spraken over hoe hun familie, vrienden, collega's, leidinggevendenden, behandelaren en arboprofessionals hen helpen of hinderen bij het omgaan met hun klachten. Deze verhalen worden hieronder uitgelegd aan de hand van de verschillende groepen mensen om hen heen: privé-omgeving, werkomgeving, zorg- en arboprofessionals.

6.3.1 *Privé-omgeving: partner, familie en vrienden*

De deelnemers aan het onderzoek vertelden dat hun familie en vooral hun partners hen veel steun en hulp gaven bij het omgaan met hun gezondheidsklachten. Respondenten gaven aan dat familie zowel mentale steun kan bieden als op het fysieke vlak veel dingen kunnen doen die het eenvoudiger maken met de klachten om te gaan.

Een steunende partner

De deelnemers aan het onderzoek vertelden over de mate waarin hun partners hen steunden in de omgang met hun klachten. Een partner kan steun geven door een gezondheidsklacht te signaleren voordat de persoon zelf zich daarvan bewust is. Zo vertelde I3, een 49-jarige secretaresse die een burn-out kreeg, dat haar partner haar hielp om te erkennen dat zij een gezondheidsprobleem had. Daarnaast vertelde zij dat haar partner haar ook steunde door mee te denken en haar wist op te peppen.

“Ik denk dat ik op een gegeven moment dacht dat ik het niet meer trok. Het was gewoon op. Toen zei mijn man ook dat ik naar de huisarts moest, en die zei dat het een vette burn-out was en dat ik thuis moest blijven. En toen kon ik er aan toe geven. [...] Want daarvoor liet ik me niet kennen. Ik wilde gewoon laten zien dat ik er niet aan onderdoor ga. Mijn man heeft ook meegedacht, dus die was ook boos en die heeft me ook op zitten peppen achteraf. Die maakte zich ook veel zorgen.” I3

Hulp in het huishouden

Met betrekking tot alledaagse, fysieke bezigheden zoals het huishouden, kunnen partners op een praktisch niveau hulp geven aan mensen met gezondheidsklachten. I6, een verpleegkundige gediagnostiseerd oorsuizen, lymfoedeem, fibromyalgie en depressie, benadrukte hoezeer haar partner haar werk uit handen neemt in het huishouden.

“Als ik thuis kom ben ik heel erg afhankelijk van mijn man.[...] Hij doet heel veel van het huishouden. Stofzuigen, de was naar boven brengen en de grote schoonmaak. Hij kookt ook vaak, omdat ik 's avonds geen energie heb.” I6

Een beroep moeten doen op vrienden en familie

De steun die mensen met gezondheidsklachten kunnen ontvangen uit de privésfeer heeft ook een element van 'moeten': zij voelen zich soms genoodzaakt om een beroep te doen op vrienden en familie omdat zij nergens anders hulp of steun kunnen krijgen. I1, een 48-jarige hovenier met rugklachten, vertelde dat het bijna een noodzaak is voor hem om beroep te doen op de mensen om hem heen omdat niemand anders hem en zijn vrouw hulp konden geven:

“Ja op het moment loopt het een beetje. We hebben 1 keer in de week 3 uurtjes huishoudelijke hulp. Dus dat geeft ook een stukje rust. Ja, wat is ideaal? Echt hulp krijg je tegenwoordig niet meer. Je moet het zelf gaan uitzoeken hoor. En er wordt heel veel gezegd van heb je geen burens, vrienden of familie. Ja noem maar op. Die moeten je allemaal helpen.” I1

6.3.2 Werkomgeving: collega's

Met betrekking tot omgang met hun collega's in relatie tot hun gezondheidsklachten vertelden de deelnemers sterk wisselende verhalen. Enerzijds vertelden de respondenten dat zij of hun klachten niet begrepen werden door collega's en dat zij door hen werden aangevallen of overvraagd. Anderzijds vertelden zij dat collega's ook een steunende rol kunnen hebben en hen hielpen in het omgaan met hun gezondheidsklachten. Tenslotte kunnen collega's die zelf ook gezondheidsproblemen hebben nog een andere rol hebben: ze houden als het ware een spiegel voor.

In de verhalen van de geïnterviewden komt naar voren dat zij verwachten dat hun collega's op een bepaalde manier recht doen aan het feit dat zij een gezondheidsklacht hebben en dat zij niet meer op dezelfde manier kunnen werken als voorheen. De mate waarin collega's aan deze verwachtingen voldoen loopt sterk uiteen.

Collega's die op elkaar letten

Collega's doen recht aan iemands gezondheidsklachten als zij actief voor de gezondheid van die persoon waken. I1, de hovenier met rugklachten, vertelde dat hij en zijn collega's goed op elkaar letten en waken voor elkaars gezondheid. Uit zijn verhaal spreekt een soort wederzijdse steun: collega's nemen taken van elkaar over, zijn zich bewust van elkaars gezondheidsproblemen en bewaken elkaars grenzen.

“En af en toe, ja tuurlijk die rug blijft gevoelig. Maar je leert hem belasten. En op een gegeven moment, en ook op tijd dat collega's houden je gewoon in de gaten. Van wissel van machine. Dat je niet constant hetzelfde doet. [...] Hoe je staat. En ja, ik ben dan wat langer. Een collega die is wat kleiner. Dus iets wat laag is doet een kleinere collega. Hij zegt van 'jij moet veel te diep bukken. En zet je veel te veel spanning op die onderrug'. Het gaat eigenlijk automatisch binnen het team waarin ik nou zit. Het andere team waarin ik werkte, ja die hadden het niet. Maar hier letten ze echt wel op elkaar.” I1

Overvragen

Deelnemers vertelden dat zij het soms moeilijk vonden om, met het oog op hun gezondheid, nee te zeggen tegen collega's als deze een beroep op hen doen. In dat geval wordt er namelijk voorbij gegaan aan het feit dat zij gezondheidsklachten hebben. I2, een 51-jarige begeleider met rugklachten, vertelde dat zij het soms moeilijk vindt om haar grenzen te bewaken en dat zij zich bezwaard voelt om nee te zeggen tegen collega's terwijl zij weet dat dit voor haar gezondheid beter is.

“Ik voel me heel snel bezwaard als ik nee moet zeggen. En er zijn wel mensen die daar proberen misbruik van te maken. Maar ook dat heb je snel in de gaten. [...] Dan zeg ik juist nee. Als ik het door heb hoor. Soms hoor je het achteraf pas. En dan, ja dan wil ik het nog wel eens ter sprake brengen van ‘wat je me toen en toen flikte dat vind ik dus echt niet leuk.’” I2

Klachten niet in de gaten hebben

Als iemand met gezondheidsklachten weer aan het werk gaat, is het mogelijk dat collega's dit zien als een teken dat deze persoon weer gezond is terwijl de klachten niet over zijn. I5, een 52-jarige begeleider beschermd wonen met astma, hersenletsel en narcolepsie, vertelde dat zij weinig begrip ontving voor haar klachten. Voor haar betekende dit in de praktijk dat zij onder haar collega's geen ruimte vond om te praten over haar klachten en dat het feit dat zij weer aan het werk was gegaan volgens hen betekende dat zij ook weer gezond was.

“Maar dan krijg je weer dat het gaat wringen. Ik ben toen best wel vlug weer aan het werk gegaan. Al weer heel snel weer terug naar school. En ik had toen toch best wel wat behoefte om..., het was best veel voor me, en ik had best wel behoefte om erover te praten. Maar mijn collega's hadden zoiets van ‘ja je bent er toch al zo'n tijd eruit geweest. En nou je bent nou toch al weer aan het werk?’ En op school merkte ik dat ook. Van ‘ja, je bent er toch weer?’ Het is toch, ik ben maar drie weken weg geweest. Dus dat is toch wel mee gevallen. En ik ben verder heel gezond dus ik genas ook heel snel van de blauwe plekken en de zwelling was snel weg. Dus die hadden echt niet in de gaten van hoe heftig die operatie was geweest en hoe heftig dat traject er ook voor was geweest. Die hadden gewoon echt iets van ‘ja luister eens, wat jij vertelt en wat jij allemaal doet, dat klopt niet met elkaar dus dat nemen we niet serieus’. En dat is niet fijn.” I5

Klachten zijn moeilijk te begrijpen

Soms zijn collega's zich wel bewust van het feit dat iemand gezondheidsklachten heeft, maar vinden zij het toch moeilijk om te begrijpen wat voor gevolgen dat heeft voor iemand op het werk. I10, een stafmedewerker in de kinderopvang met MS, verwoordde hoe moeilijk het voor haar en haar collega's was om de gezondheidsklachten van een ander goed te begrijpen. Nu terugkijkend daarop, zei zij het “heel wrang” te vinden dat zij en haar collega's een aantal jaren eerder met onbegrip reageerden op hun collega die MS bleek te hebben.

“Wat ik heel wrang vond, waar ik echt last van heb gehad en wat ik echt moeilijk vond was dat een medewerker die toen in mijn team zat, die had ook MS. Dat vonden we heel moeilijk, want we snapten er niks van. Zij snapte zelf ook niet wat ze had. Tot dat de diagnose MS kwam. Toen snapten we het nog niet. Dat was een ziekte, dat is lastig, maar daar wisten we niks van. Je leest wel wat, want je hebt wel iemand in je team die het heeft. Maar we snapten het niet. Toen vond ik het wel eens heel vervelend en lastig, ik wist niet wat ik daar mee moest. Achteraf voelde ik me echt schuldig daarover. We zijn toen best lastig geweest voor die medewerker met MS, omdat wij het niet snapten.” I10

Klachten niet geloven

De deelnemers vertelden ook over situaties op het werk waaruit bleek dat hun collega's niet geloofden dat zij gezondheidsklachten hadden. De eerder genoemde hovenier vergeleek zijn huidige werkomgeving met zijn vorige team, waar volgens hem de “sfeer al zo kapot” was dat hij daar niet meer kon werken. Deze collega's geloofden namelijk niet dat zijn rugklachten ernstig waren en vonden dat dat hij zich aanstelde.

“Ze waren het met mijn klachten niet eens. Ik had het niet met de rug, ik stelde mij aan. Ik kon wel gewoon lopen en ik kon wel gewoon dit. [...] En daarna werd gewoon mobilisatie

ingezet en daar moest ik gaan rondlopen met de rugklachten. Eén wijkje heb je snel gezien. Dus dan loop je ook eens in de stad. En dat werd helemaal verkeerd gezien. Dat mocht niet. [...] Van, 'nou, werken kunnen ze niet, maar ze kunnen wel in de stad lopen of op een terrasje zitten'. Terwijl dat allemaal op basis van therapie was. Ik ben op een gegeven moment ook wel weer terug gegaan naar de begraafplaats om te werken. Maar ja, daar was de sfeer al zo kapot dat ik daar niet meer kon zijn." 11

Aangevallen worden door collega's

Een vervelende sfeer op de werkvloer kan ook tot gezondheidsklachten leiden. Zo vertelde I3, een 49-jarige secretaresse, dat zij dusdanig aangevallen werd door twee collega's dat zij een burn-out kreeg. Daarnaast ervoer zij ook weinig steun van de andere mensen op haar werk. Zij vielen haar weliswaar niet aan maar boden ook geen steun.

"En als ik binnen liep kreeg ik geen adem meer, zodra ik collega's zag. Toen was het voor mij echt ziek melden en rustig aan doen. Ik was ook heel boos dat ze mij op mijn karakter aanvielen. Er was geen begrip voor me, dus ik was echt in de slachtofferrol. Ik werkte vanaf mijn 18e altijd goed, nooit problemen, dus ik snapte er niks van en was boos. Ik bleef maar malen. [...] Hulpverleners die op de afdeling werkten zeiden later wel dat ze merkten dat ik steeds stiller werd. Maar niemand heeft wat gezegd." 13

Zorgen door collega's

Van een andere orde zijn situaties waarin gezondheidsklachten veel voorkomen op de werkvloer. De gezondheidsproblemen van collega's kunnen mensen er ook toe bewegen om na te denken over hun gezondheid, terwijl zij zelf geen gezondheidsproblemen hebben. I8, een 48-jarige ambulanceverpleegkundige zonder gezondheidsklachten, vertelde dat juist de klachten van zijn collega's hem bezorgd maakten over zijn eigen gezondheid. Hij verwacht dat zijn andere collega's het "niet redden" en wil zelf voorkomen dat zijn werk als ambulanceverpleegkundige voor hem ook te zwaar wordt.

"Maar er zijn wel mensen die een stuk introverter zijn, dat zie ik ook. Die mensen hebben naar mijn idee meer kans op dat soort PTSS ziektes. Maar wat me opvalt de laatste tijd, is dat heel veel mensen van mijn leeftijd of iets ouder, er bijna allemaal last van krijgen." 18

6.3.3 Werkomgeving: leidinggevenden

Net als de verhalen over de omgang met hun collega's, vertelden de deelnemers wisselende verhalen over de houding van hun leidinggevenden en hoe ze daarmee omgingen. Net als bij collega's, uitten de deelnemers de verwachting dat leidinggevenden recht doen aan hun gezondheidsklachten en hen helpen of handvatten bieden om aan het werk te blijven. De mate waarin leidinggevenden aan deze verwachtingen voldoen, loopt in de praktijk sterk uiteen.

Begrip voor gezondheidsproblemen

Leidinggevenden kunnen recht doen aan de gezondheidsklachten van werknemers door begrip te tonen voor die klachten en het werk daarop aan te passen. Zo vertelde een verpleegkundige dat haar leidinggevende begreep dat haar belastbaarheid niet groot was als gevolg van haar klachten omdat deze leidinggevende zelf reuma had.

"De leidinggevende heeft mij aangenomen toen ik solliciteerde, ook toen ik had aangegeven dat mijn belastbaarheid niet zo groot was. Zij was het daar mee eens, zij had reuma. Dus zij weet hoe het is om chronische pijn te hebben. Maar na een maand werd zij overgeplaatst vanwege de reorganisatie. Toen werd ik ook overgeplaatst, omdat ik daar niet meer nodig

was. Ik werd vorige week overgeplaatst naar een nieuwe instelling met nieuwe leidinggevende. Ik probeerde het ook aan haar uit te leggen over mijn gezondheid. En ik heb een contract tot april, maar zij wil graag iemand die ook 's avonds en 's nachts diensten kan draaien, en ik kan alleen dagdiensten draaien. En ik weet dus niet of mijn contract wordt verlengd vanwege mijn beperkingen. En dat levert meer stress.” I6

Een verandering van leidinggevende kan voor mensen met een gezondheidsklacht problematisch zijn, zeker als dat betekent dat eerder gemaakte afspraken over aanpassingen daardoor op losse schroeven komen te staan. I6, een verpleegkundige met verschillende gezondheidsklachten, vertelde dat haar nieuwe leidinggevende graag iemand wil die avonden nachtdiensten kan draaien. Omdat I6 dat niet kan vanwege haar gezondheidsklachten, is zij bang dat zij haar baan kwijt zal raken. Hoewel zij dus in eerste instantie door overleg met een leidinggevende afspraken kon maken om het werk voor haar behapbaar te houden, was dit slechts een korte termijn oplossing die duurde totdat zij een nieuwe leidinggevende kreeg.

Flexibiliteit

Werkgevers kunnen zich flexibel opstellen en meedenken met een werknemer die gezondheidsklachten heeft. I7, een trainer met rug- en nekklachten benadrukte dat zijn werkgever zich flexibel opstelde, maar dat hij daarbij wel zelf het initiatief moest nemen. Daarnaast kon zij het begrijpen als werkgevers weinig flexibiliteit tonen om verzuim te vermijden.

“Als je zelf maar zorgt dat je met een oplossing komt, dan kan er wel wat geregeld worden. Maar soms kan er ook wel heel rigide gedaan worden als mensen zich ziek melden. [...] Dat gaat om een bepaalde methode waar ze mee werken, en de slogan is ‘ziek zijn overkomt je, verzuim is jouw keuze’. En dat is natuurlijk ook wel zo. Een werkgever met een hoog ziekteverzuim moet natuurlijk iets.” I7

Klachten niet goed begrijpen

Uit de verhalen van de deelnemers blijkt dat het voor leidinggevendenden soms moeilijk kan zijn om zich een voorstelling te maken van de problemen die werknemers met gezondheidsklachten hebben. I5 die onder andere kampt met narcolepsie, vertelde dat haar manager niet goed begreep wat haar klachten precies inhouden. Ondanks dat zij vertelde dat deze persoon “niet kwaad” is, vond zij het wel moeilijk om te gaan met deze situatie: zij vertelde hoe lastig het voor haar is om dit bij haar leidinggevende aan te kaarten.

“Nee dat was alweer een nieuwe manager. Die is niet kwaad hoor, maar die kan een beetje bot zijn. En die had iets van ‘o, narcolepsie, daar heb ik wel eens van gehoord’. En dan ben ik weer te tuttig om te vragen van ‘wat weet je er dan precies van?’. Want ik merk nu gewoon dat ze de naam kent en dat het een slaapstoornis is maar meer niet. Ze maakt er nu nog wel eens een opmerking over dat ik denk, nee dat is het niet. Dan denk ik ja... dat is dan ook weer erg lastig om bij je leidinggevende gewoon te zeggen van ‘nee dat klopt niet hoor wat je nu zegt’. Dat moet je bij deze leidinggevende niet teveel doen want dan kan je wel eens er niet zo populair mee zijn. Ik kan best wel kritiek op haar hebben hoor. Maar dan meer over iets waar ik het niet mee eens ben of zo als over zoiets. Want dat valt niet goed.” I5

Leidinggevende heeft weinig kennis van de aard van het werk

Dat een leidinggevende soms weinig inhoudelijke kennis heeft over het werk dat iemand met gezondheidsklachten doet, maakt het voor iemand met klachten ook lastiger om gesteund te worden. I2, die werkt als ADL begeleider voor mensen met een handicap, vertelde dat haar huidig leidinggevende nauwelijks kennis had over het werk dat zij deed en daardoor niet kon

meedenken over werkaanpassingen. Zij vindt dit in de praktijk “best wel eens lastig” omdat zij daardoor bij deze leidinggevende niet kan aankloppen voor advies over het werk.

“Ja de leidinggevende die ik nu heb die, ja plat gezegd, die weet niet eens hoe een was-handje eruit ziet. Ja die komt dus niet uit het zorgveld. Dus die heeft eigenlijk nog nooit een cliënt geholpen. En dat maakt het best wel eens lastig. Kijk: je kan verstand hebben van leiding geven maar niet inhoudelijk van het werk, theoretische kennis. Mijn vorige leidinggevende, in de tijd dat ik het ongeluk kreeg, die was van origine fysiotherapeut. En ja, [...] je hebt natuurlijk die voortgangsgesprekken he met poortwachters en alles. Maar die kon daar eigenlijk niet nog meer aangeven als dat de fysiotherapeut al deed. Gewoon, ze kon het alleen maar beamen zo van ja dat is inderdaad prima.” I2

Afwezige leidinggevende

Een afwezige of weinig betrokken leidinggevende kan het voor mensen ook moeilijker maken om met hun gezondheidsklachten om te gaan. I3, een secretaresse die als gevolg van een conflict met haar collega's een burn-out kreeg, vertelde dat haar leidinggevende een poging had gedaan om dat conflict op te lossen. Deze leidinggevende was echter zelf weinig op de afdeling en had volgens I3 maar een beperkt beeld van het conflict dat zij had met haar collega's. Uiteindelijk suggereerde zij dat daardoor eenzijdig haar capaciteiten in twijfel getrokken werden terwijl zij in haar ogen niet als enige de problemen op de werkvloer veroorzaakte.

“En de leidinggevende, die bijna nooit op de afdeling was, wilde gesprekken met mij en twee collega's. Om te kijken hoe we het konden oplossen. En toen bleek dat er zoveel verschillen waren. Toen heb ik me langdurig ziek gemeld. [...]De leidinggevende heeft heel veel twijfels geuit naar mij, of ik het wel aankon en of het wel goed was voor mij.” I3

Bagatelliseren van gezondheidsklachten

Deelnemers vertelden dat zij het moeilijk vonden om te gaan met situaties waarin een leidinggevende hun gezondheidsklachten niet serieus neemt. Het onderstaande citaat laat zien hoe een leidinggevende de klachten van een deelnemer wegwuift door te stellen dat zij goed functioneert. Deze deelnemer zei het “niet prettig” te vinden dat zij telkens voor zichzelf moet opkomen en moet benadrukken dat haar klachten niet voorbij zijn.

“Maar ja, juist de baas zelf, die bagatelliseert het zo. Die zegt rustig van ‘ja je had ook een probleem, maar dat speelt nou niet meer’. Ze vraagt het niet, ze constateert het. Maar wat zij ziet is dat ik gewoon mijn werk doe. Dat ik goed functioneer in haar ogen. En ze vindt en dat zegt ze van ‘mevrouw je bent wel assertiever geworden’. Dat is misschien wel positief maar ik ben er in mijn eigen ogen niet zo op vooruit gegaan. Ik vind het helemaal niet prettig, de manier waarop ik af en toe voor mezelf op moet komen. Dat vind ik echt niet fijn.” I5

Aangevallen worden

Direct aangevallen worden door een leidinggevende werd door de deelnemers als zeer vervelend ervaren. I4, een verpleegkundige met een coördinerende rol, vertelde dat zij door haar leidinggevende aangevallen werd. Deze leidinggevende vertelde haar dat zij geen aanpassingsvermogen had en dat zij zich flexibeler moest opstellen en deed dit in een vergadering waar ook andere collega's bij aanwezig waren.

“Nou toen had ik zoiets van nou... en toen vielen er een paar opmerkingen waarvan ik dacht van ‘oei, ik voel me nou persoonlijk aangevallen’, dus toen heb ik op een gegeven moment... de manager moest weg want die moest weer wat anders doen dus... maar die hele vergade-

ring die verliep in een hele grimmige sfeer. Later, na dat gesprek, ik ben meteen 's avonds achter de computer gekropen, heb ik tegen die manager gezegd... ik zeg 'ik vond de toon van de vergadering vond ik niet prettig en ik heb me persoonlijk aangevallen gevoeld, ik wil daar op terugkomen'." I4

Zorgprofessionals

De geïnterviewden vertelden ook over hun ervaringen met zorgprofessionals. Dit kunnen artsen, behandelaars, therapeuten zijn die vanuit hun rol als zorgprofessional mensen met gezondheidsklachten bijstaan.

Meedenken

Een zorgprofessional kan mensen met gezondheidsklachten bijstaan door met hen mee te denken over hoe zij het beste met hun klachten om kunnen gaan. I6, werkzaam als verpleegkundige, vertelde dat haar huisarts helpt en meedenkt over hoe zij kan functioneren met haar beperkingen. Daarnaast helpt deze huisarts door medicatie voor te schrijven.

"Mijn huisarts is heel goed met meedenken en helpen met hoe ik kan functioneren met beperkingen. Hij heeft mij naar een revalidatiearts gestuurd, maar daar is een wachtlijst van zes maanden. Ik probeer te leven met mijn beperking. Ik weet dat ik anders moet leven dan vroeger, en ik moet mijn beperking niet als een beperking zien.[...] Hij probeert mee te denken over medicatie. Hij is niet alleen een luisterend oor, dus dat is fijn." I6

Beperkt advies

Tegenover de verhalen van behandelaars die meedenken over hoe met gezondheidsklachten om te gaan, staan verhalen van mensen die moeilijk uit de voeten konden met het advies van artsen of andere zorgprofessionals. Zo vertelde I4, een coördinerend verpleegkundige met artrose en rugklachten, dat haar huisarts haar geen goed advies kon geven met betrekking tot werkbelasting gerelateerde klachten.

"Nou ja, ik ben wel eens bij de huisarts geweest en dat ik bepaalde klachten had en die waren echt werkbelasting gerelateerd, maar dat je bij je eigen denkt 'dan word je weer naar huis gestuurd met een pilletje of weet ik veel wat' en dan denk ik van 'nou, ehm...', en dan zit ik er niet op te wachten dat de huisarts zegt van 'nou, weet je, doe rustig aan en blijf thuis'... of eigenlijk wel... weet je... ik heb wel eens gehad... pas als je echt fysiek niet meer kan, dan is er reden voor de huisarts om te zeggen 'en nou doe je rustig aan' en dan kan ik ook m'n werk bellen van 'joh, het gaat gewoon niet', maar bijvoorbeeld... ik heb last van hartkloppingen gehad in het verleden en een hoge bloeddruk, en dat je dan van de huisarts hoort 'doe rustig aan', maar ja, maar goed, niet dat hij dan impliceert van 'joh, blijf eens een paar dagen thuis van je werk' of zo, want dat zegt ie dan niet en ik weet niet... ik weet niet of ze dat niet mogen of dat dat niet kan of..." I4

6.3.4 Arboprofessionals

Naast de huisarts en andere behandelaars is er een belangrijke rol weggelegd voor arboprofessionals, zoals bedrijfsartsen, bedrijfsverpleegkundigen, coaches en trainers. De deelnemers verwachten van hen ondersteuning en advies bij de preventie van gezondheidsklachten en bij de aanpak van ziekteverzuim.

Advies over werken met klachten

Arboprofessionals kunnen mensen met gezondheidsklachten advies geven over hoe zij het beste hun werk kunnen aanpassen om met de klachten om te gaan. Zo vertelde een bege-

leider met rugklachten dat zij door een docent geholpen werd om een juiste houding aan te nemen tijdens het werk, waardoor zij beter met haar rugklachten om kon gaan.

“Dat hebben we met transfercursussen, ja dan vind ik het ook altijd prettig dat een docent je laat beleven wat het is om in een juiste houding te werken. En wat het is om in een verkeerde houding te werken. Dat je gewoon niet alleen het verschil ziet. Dat je het ook gewoon voelt. Want zien is lang niet altijd genoeg. En nou ja, dat soort dingen, dat helpt dan om te leren omgaan met een beperking.” I2

Eén van de geïnterviewden was erg teleurgesteld in de bedrijfsarts. Zij was ondanks haar ernstige gezondheidsklachten volledig aan het werk, zonder aanpassingen, maar maakte zich zorgen over de toekomst. Daarom vroeg zij de bedrijfsarts advies over hoe zij ook in de toekomst haar werk vol kan blijven houden. Hij gaf echter aan geen probleem te zien. De deelnemster voelde zich niet serieus genomen.

“Omdat ik gewoon hoopte dat in overleg met mijn werkgever, dat er gewoon goede afspraken gemaakt konden worden zodat ik mijn werk gewoon echt goed kon blijven doen zonder dat ik 4/5 keer op een dag echt loop te hannesen van ‘jongens dit gaat zo niet’. [...] Ik heb aangegeven dat het waarschijnlijk wel wijs zou zijn om een gesprek met de arboarts te hebben om dat gewoon goed af te bakenen van wat is voor mij een veilige en goede manier van werken. Hoe kan ik, ondanks deze aandoening, zo productief mogelijk zijn. Ik heb dat gesprek heel goed voorbereid. Ik heb zelfs een papier opgesteld met een paar punten. Ik kom bij de arboarts en zeg ‘goh, wilt u dit en dit even lezen want u heeft het sneller gelezen dan dat ik het allemaal uit moet leggen’. Ik had ook een lange reis gehad dus ik zei ‘ik ga even naar het toilet’. En hij had het zo even doorgelezen en ik had het echt heel duidelijk aangegeven van op die punten van ‘ik loop daar en daar tegen op. Dat zijn knelpunten. Kunt u mij helpen te kijken hoe ik het op kan lossen zodat ik zo goed mogelijk mijn functie uit kan oefenen?’ En hij zegt, hij kijkt er zo naar en hij kijkt me zo aan en hij zegt ‘narcolepsie, nou daar kan ik je niet voor thuis laten blijven’. Dus ik zeg, ‘maar daar ging het mij toch niet om’. Ik zeg ‘ik wil zo goed mogelijk aan het werk’. Dus hij zegt, ‘hoeveel uur werk je nou?’ Dus ik ‘zo veel [uur]’. ‘Verzuim je wel eens?’ Dus ik ‘nee’. ‘Nou, geen probleem toch?’” I5

Beperkte mogelijkheden van arboprofessionals

Hoewel uit de verhalen van de deelnemers bleek dat arboprofessionals in staat zijn om vragen over werken met een gezondheidsklacht te beantwoorden, zijn deze arboprofessionals niet altijd in staat om daadwerkelijk iets in hun situatie te veranderen. Zo vertelde een secretaresse dat haar bedrijfsarts adviseerde om in een veilige omgeving te werken, nadat zij als gevolg van een verstoorde relatie met haar collega's een burn-out had gekregen. Hoewel de bedrijfsarts stelde dat zij een veilige omgeving nodig had, kon zij die niet leveren.

“Ja, die [bedrijfsarts] heb ik af en toe gezien. Ik moest in een veilige omgeving terugkeren volgens haar, op het moment dat mijn twee collega's er niet waren. Maar die kwamen toen alsnog binnen stampen zonder dat ik het wist. Dus het was me wel geadviseerd, een veilige omgeving, maar die kreeg ik niet. Ik had dus niet zo veel aan die arboarts. Zij heeft me wel gestuurd naar het top-care project. Dan ga je met een multidisciplinair team, met onder andere een psycholoog en fysioloog, naar een Tibetaans klooster in België. Dus dat heeft ze me wel aangeraden. Maar verder had ik er niet veel aan, maar dat reken ik ook aan mezelf toe. Want ik wilde niet werken. Ik ben toen wel op haar aanraden in een tijdelijk project gaan werken, alternatief werk. Daar kon ik een beetje mijzelf zijn.” I3

Concurrerende belangen

Bedrijfsartsen werden door de deelnemers niet als volledig onpartijdig gezien. De geïnterviewden maakten zich zorgen of bedrijfsartsen niet te veel op de hand van de werkgever zijn. Zo vertelde I9, een beleidsmedewerker zonder klachten, dat zij eventuele gezondheidsproblemen niet direct bij de Arbodienst of haar werkgever zou melden. Zij vreesde dat er dan anders naar haar gekeken zou worden.

“Ja... als het goed is ook, maar ook de belangen denk ik van de werkgever, ja. Ik kan me nog vroeger uit een multidisciplinair overleg ook met de arbodienst ook wel herinneren dat er dan toch wel feiten over tafel gaan waarvan je denkt ‘dat had ik liever niet geweten’.[...] En ik kan me ook wel voorstellen, kijk, als ik een gebroken been heb dat is nogal redelijk concreet en dat is zichtbaar enzovoort, maar als ik eigenlijk klachten heb omdat ik niet zo prettig in m’n vel zit dan wil ik niet, of tenminste, dan zou ik het zelf minder snel aankaarten. Althans, niet direct bij m’n werkgever en niet direct bij de arbodienst[...] Eigenlijk ben ik dan bang dat er toch anders naar me gekeken wordt. Zo van ‘haar moet je niet zo zwaar belasten want dat kan ze niet aan’ of ‘ze zit daar of daar mee, doen we nu niet’, ja...” I9

6.4 Thema 3 Omgaan met externe omstandigheden

De deelnemers aan het onderzoek vertelden dat zij het vaak ook een uitdaging vonden om te gaan met allerlei externe omstandigheden in combinatie met hun gezondheidsklachten. Wat betreft werken, vertelden de deelnemers over hun werkomstandigheden en wat voor werkaanpassingen zij nodig hadden om hun werk te doen. Andere omstandigheden die een rol speelden in hun omgang met hun gezondheidsklachten waren de arbeidsmarkt, reorganisaties en financiële dilemma's.

6.4.1 *Werkaanpassingen*

Met betrekking tot werk vertelden de deelnemers vooral hoe zij hun werkomstandigheden aanpasten om beter om te gaan met hun gezondheidsklachten.

Werkwisseling

Wisseling van werk werd door de deelnemers gezien als een manier om beter om te gaan met hun gezondheidsklachten. I1, die voorheen werkte als grafdelver en nu als hovenier, vertelde dat de wisseling van werk hem vooral heeft geholpen in de omgang met zijn rugklachten. Het grootste voordeel van die wisseling was volgens hem dat hij in deze nieuwe werkomstandigheden zich beter kon aanpassen en minder tijdsdruk ervoer:

“Ja, door therapie is het eigenlijk weer een beetje goed gekomen. En wisseling van werk. Dus toen ben ik de begraafplaats af gegaan en gewoon in de woonwijken zelf. En daar kun je iets meer aanpassen en de tijdsdruk [is minder].” I1

Opletten met het werk en de werkomstandigheden

Diezelfde hovenier vertelde ook dat het volgens hem belangrijk is om te letten op de veranderende arbeidsomstandigheden. Hij werkt namelijk altijd buiten en moet daardoor omgaan met seizoenswisselingen. In die zin moet hij dus niet alleen rekening houden met zijn eigen rugklachten, maar ook met hoe die in variërende werkomstandigheden de kop op kunnen steken.

“Vooral in het begin van het seizoen, in de maanden maart/april. En dan moet je echt heel goed gaan waken dat je geen slijmbeursontsteking krijgt. Nou dan begin je weer met schof-

felen, dat is een repeterende beweging. Dus dat ding dat moet je af en toe gewoon weggooien en een stukje gaan wandelen. Anders gaat het gewoon mis.” I1

Korter reizen naar het werk

De reistijd naar de werkplek werd ook gezien als factor die de omgang met gezondheidsklachten kan beïnvloeden. De 48-jarige hovenier vertelde dat ook een kleine verandering in zijn werkomstandigheden het voor hem makkelijker maakt om te gaan met zijn klachten en de mantelzorg die hij geeft aan zijn vrouw.

“Dat heb ik gewoon aangegeven in verband met de reuma klachten van mijn vrouw. Is het mogelijk dat ik om de hoek kan gaan werken? Het is nou een kilometer fietsen om op mijn werk te komen. En toen was het 8,5. Qua tijdsdruk scheelt het gigantisch.” I1

Korter werken

Korter werken werd genoemd als werkaanpassing die mensen hielp om te gaan met hun gezondheidsklachten. I10, een stafmedewerker in de kinderopvang met MS, vertelde dat korter werken haar vooral hielp om te gaan met haar gezondheidsklachten. Door minder lange dagen te maken, vertelde zij dat zij haar werk beter vol kan houden.

“Maar ook zijn de externe contacten naar een lager niveau teruggebracht. Alleen nog maar in de directe omgeving. Ik was een piramide coach, dan moest ik naar anderen om cursussen en scholing te geven. Dan moet ik hier 's ochtends om kwart over zes weg, en dan ben ik om half acht terug. Dat houd ik niet vol. Een keer kan dat best wel, maar dan ben ik drie dagen gevloerd. Dat heb ik er niet meer voor over. Daar zit het verschil in nu.” I10

Letten op werkbelasting

De deelnemers vertelden ook dat het belangrijk voor hen is om zich bewust te zijn van de zwaarte van het werk dat zij doen en zich daarop in te stellen. I2, een ADL-begeleider met rugklachten, vertelde dat zij – afhankelijk van de werkomstandigheden en werkbelasting – ter ondersteuning een korset draagt. Zij kan door middel van een hulpmiddel dus beter omgaan met zware werkomstandigheden.

“En als ik dus een dag op een beurs moet werken of zo, waarvan ik op voorhand weet: veel statische belasting, nou dan neem ik mijn korset mee. Gewoon ter ondersteuning. En ja dat zijn dingen, daar let je op voorhand op. Ja, anders dan weet je gewoon: de problemen komen wel.” I2

Kleine aanpassingen

Diezelfde ADL-begeleider vertelde dat kleine werkaanpassingen al een groot effect kunnen hebben.

“En die statische belasting probeer je zo min mogelijk aan te spreken. Als je iets op zithoogte kan doen. Bijvoorbeeld iemand helpen schoenen aan trekken. Pak er maar een krukje bij in plaats van dat je op je hurken gaat zitten. Dat is al, het zijn minimale aanpassingen maar het werkt gewoon. En dat is met heel veel dingen zo. Ze hebben allemaal een hoog/laag bed. Dus breng dat bed ook gewoon op een voor jou werkbare hoogte. En kies je werkhoogte heel bewust. En ja spreek die bovenbenen meer aan in plaats van je armen en je rug. Je tiltechnieken zijn gewoon van levensbelang.” I2

6.4.2 Arbeidsmarkt

De deelnemers aan het onderzoek uitten ook veel zorgen over de situatie op de arbeidsmarkt. Dit is een externe omstandigheid die hun levens en het omgaan met hun klachten moeilijker maakt.

Problemen voor ouderen

De situatie op de arbeidsmarkt maakt het in sommige gevallen lastig om werkaanpassingen te zoeken in het wisselen van baan. Volgens I9, een 60-jarige beleidsmedewerker, is de situatie op de arbeidsmarkt voor haar om verschillende redenen problematisch. Centraal staat voor haar dat zij graag ander werk zou willen waarbij zij minder zou hoeven reizen. Ondanks dat zij zelf geen gezondheidsklachten heeft, denkt zij dat zij daardoor het werk beter zou kunnen volhouden. Zij is er echter van overtuigd dat werkgevers niet geïnteresseerd zijn in een sollicitant van haar leeftijd. De algemene situatie op de arbeidsmarkt vond zij ook moeilijk, omdat er in haar beleving vooral mensen ontslagen worden. Tot slot voegde zij toe het veranderen van werk voor haar ook zou betekenen dat zij daarmee zekerheden opgeeft die zij op haar leeftijd waarschijnlijk niet meer terug zal krijgen.

“De kans dat ik nog iets anders vind is natuurlijk heel klein, in deze tijd. Nou kijk, als ze hier bij Delta wat zouden hebben, daar ontslaan ze ook alleen maar mensen, maar ik bedoel, dat zou prachtig zijn, dat zou me gigantisch schelen in reistijd, ik kijk wel eens eventjes op websites maar dat is er natuurlijk niet, en dan... wie neemt er nou iemand van bijna 61 aan?... plus... dat ik natuurlijk ook niet meer al m'n zekerheden opgeef, ik begin niet meer met een contract voor 6 maanden, terwijl toen met [die organisatie], dat was wel een tijdelijke baan, dat heb ik toen wel gedaan.” I9

Extra opleiding

De onzekere situatie op de arbeidsmarkt werd soms gezien als reden om extra opleidingen te volgen, om zo waardevoller te zijn voor werkgevers. I5 beschreef de huidige arbeidsmarkt als een plaats waar “ontslagrondes” vallen en waarin het hebben van een extra diploma ontslag kan voorkomen.

“Ik ben niet op zoek, ik ben nog niet ontslagen en ik ben nog niet arbeidsongeschikt. En ik ben ook nog niet echt op zoek naar ander werk want ik wil eigenlijk vooral het werk blijven doen wat ik doe. Dan kan je zeggen van ‘waarom doe je dan een hbo opleiding?’ Nou de functie die ik doe is eigenlijk een hbo functie. Alleen we zijn er dan zo ingerold. Maar ik denk dat als ze straks echt gaan kijken van wie wel en wie niet blijft, dan ben je met een hbo opleiding waarschijnlijk alleen maar beter gekwalificeerd. En als, ja met de ontslagrondes die nu vallen, elk papiertje is er 1 he. En ook zelf van ik wilde dat graag.” I5

Veranderende aard van de arbeidsmarkt

De veranderingen op de arbeidsmarkt, en in het bijzonder het feit dat de pensioensleeftijd omhoog is gegaan, hielden de respondenten ook bezig. I8, een 53-jarige ambulanceverpleegkundige zonder gezondheidsklachten, sprak over hoe de arbeidsmarkt verandert. Hoewel hij zelf een regeling heeft waardoor hij niet tot zijn 67ste door hoeft te werken, verwacht hij dat zijn collega's die wel langer door moeten werken het hier moeilijk mee gaan krijgen.

“Ik kom nu achter de verandering van de wereld, we moeten allemaal langer door blijven werken. [...] Maar mijn collega's van mijn leeftijd moeten tot 67 werken. Als je de vraag stelt aan mijn collega's of ze dat vol kunnen houden, zegt iedereen dat dat onmogelijk is. Ik denk zelf ook dat dat zo is. Maar het moet wel, we moeten door blijven werken. En dan ben je in

een keer 53, of achter in de veertig. En dan moet je opeens een switch maken. Waar heel veel mensen nog niet over na hebben gedacht.” I8

6.4.3 Reorganisatie

Naast zorgen over de arbeidsmarkt hadden de deelnemers aan het onderzoek ook zorgen over reorganisaties bij hun werkgever. Zij waren onzeker over het behoud van hun baan of hun toekomst bij het bedrijf.

Onzekerheid door bezuinigingen

Bezuinigingen werden veel genoemd als bron van onzekerheid. I1, die werkt als hovenier voor de gemeente waarin hij woont, vertelde over onrust op het werk als gevolg van bezuinigingen. Hij verwachtte dat zijn werkgever hem en zijn collega's "kwijt willen" en hield dus er dus rekening mee dat hij zijn baan zou kunnen verliezen.

“Nou je hebt nu een beetje onrust want je hebt de bezuinigingen weer, dat ze ons kwijt willen. Welke partij dan ook. Maar goed dat is een politieke keus. Dat weet je van te voren. Vier maart zijn de verkiezingen, dus dan kan alles zo weer terug gedraaid worden.” I1

I10, die werkt in de kinderopvang, vertelde dat de vergaande bezuinigen in die sector er voor zorgden dat een groot deel van haar collega's is vertrokken. Niet alleen maakte zij zich zorgen over haar eigen baan, het deed ook afbreuk aan haar beleving van het werk. Zij zei het "vreselijk" te vinden dat de er zoveel collega's vertrokken en de kinderopvang zo afgebouwd werd.

“Maar ik heb dus de groei en de ontwikkeling van de kinderopvang meegemaakt, en nu dan ook de afbouw helaas. Heel erg. Ik vind het vreselijk. [...] Er zijn inmiddels nu iets van de helft van de collega's vertrokken. [...] We hadden 83 mensen, inclusief de schoonmaak. Er zijn nu iets van 24 mensen vertrokken. Dat is niet zo mooi. [...] De financiële ruimte is veel beperkter. Als je iets intern kan doen is dat wel voordeliger, maar uren is ook geld. Dat is kostbaar.” I10

Werkdruk wordt hoger door reorganisatie en bezuinigingen

Reorganisaties kunnen ook tot gevolg hebben dat mensen meer werkdruk ervaren, zo vertelde I4, een verpleegkundige met een coördinerende rol. Zij vertelde dat het "alleen maar krapper om te werken" wordt, omdat haar werkgevers willen dat hetzelfde werk gedaan wordt met minder mensen.

“Maar ja, de kraan wordt dichtgedraaid en er wordt ontzettend veel op de centen gelet, dus het wordt alleen maar krapper om te werken en ze willen dat onze boventaligheid wordt afgenomen en dat houdt in dat je nu, in de nacht werken we vanuit een afdeling dus je hebt 30 bewoners onder je waar je dus de nacht voor draait en daarnaast ben je ook nog coördinerend voor de 150 bewoners, dus bij calamiteiten ben je inzetbaar.” I4

6.4.4 Financiële dilemma's

De deelnemers aan het onderzoek wezen ook financiële dilemma's aan als omstandigheid die het omgaan met hun gezondheidsklachten kan beïnvloeden.

Geld en de toekomst

Bij het al dan niet volhouden van werken met een gezondheidsklacht spelen ook financiële overwegingen een rol. I4, die werkt als verpleegkundige en rugklachten heeft, denkt dat zij haar werk niet tot de pensioenleeftijd vol kan houden en overweegt minder te gaan werken.

Het probleem daarmee is dat zij de financiële gevolgen van haar gezondheidsklacht dan zelf zou moeten moeten dragen, terwijl de oorzaak van die klachten te vinden is in de werkomstandigheden.

“En de werkdruk die van ons verwacht wordt... hoe kan ik dat volhouden tot m'n 67ste? Ik heb zoiets van 'dat gaat niet lukken' en dan kan ik kiezen van 'ja goed, dan ga ik part-timen', maar dan lever ik een deel van m'n inkomen en dan schuif ik het probleem naar mij toe, terwijl het eigenlijk het probleem is van de werkomstandigheden.” I4

Financiële zekerheid als belemmering

Financiële zekerheid wordt ook gezien als een beperking van de vrije keuze. Ambulanceverpleegkundige I8 vertelde juist veel financiële zekerheid te hebben waardoor hij relatief vroeg kan stoppen met werken. Hij ervaart op het moment geen klachten met zijn gezondheid, maar vroeg zich wel af of hij zijn werk nog kan volhouden tot zijn pensioen. Hij vertelde dat hij al ander werk gezocht zou hebben als hij die regeling niet had. De zekerheid die deze regeling biedt, heeft hem enerzijds gemotiveerd om te blijven werken als ambulanceverpleegkundige, terwijl datzelfde werk hem juist doet vrezen voor zijn gezondheid.

“Ik denk doordat ik in een bijzondere positie zit als ambtenaar. Ik ben de enige verpleegkundige in de hele regio die deze regeling heeft. Dat ik met 57 er al uit kan. En mijn werkgever stort mijn levensloop vol. Dus dat is een hele bijzondere situatie. Maar wat ik ook nog kan doen, is met 55 jaar 60% werken. Dan krijg ik 95% salaris. Die keuze heb ik ook. Dat is bijzonder luxe. Als ik die regeling niet had gehad, was ik al opgestapt. Met andere woorden: ik heb dus wel bewust een keuze gemaakt voor dat luxe pakket. Dat heeft me ook gemanoeuvreerd in een gouden kooi achtig iets. Dat is een rationele afweging geweest, maar daar krijg ik nu wat last van. Anders had ik eerder een switch gemaakt. Die gouden kooi heeft me eigenlijk belemmerd om de wijde wereld in te gaan.” I8

6.5 Thema 4 Grip krijgen op jezelf

Uit de verhalen van de deelnemers werd duidelijk dat het voor hen een opgave kan zijn om grip te krijgen op hun gezondheidsklachten. Gezondheidsklachten zijn vaak ongrijpbaar of moeilijk te doorgronden.

6.5.1 Oorsprong van de klachten

De respondenten geven aan dat inzicht in de oorzaak van de klachten mede bepalend is voor de vraag of en hoe je richting kunt geven het omgaan met de klachten.

Duidelijke relatie tussen oorzaak, gevolg en oplossing

Sommige deelnemers zagen een causaal verband tussen hun werk en het ontstaan van hun gezondheidsklachten. De oplossing voor deze klachten werd dan ook in het werk gevonden. Zo vertelde een van de respondenten dat zijn werk als grafdelver ervoor zorgde dat hij rugklachten kreeg. Hij kon relatief eenvoudig grip krijgen op zijn klachten door therapie enerzijds en wisseling van werk anderzijds.

“Ja, ik ben grafdelver geweest. Daar is het toen helemaal mis gegaan met de rug. Ik zat in het graf en kon er niet meer uitkomen. De revalidatie heeft een half jaar geduurd. Het vermoeden was een hernia [na] allerlei onderzoeken. En ja, door therapie is het eigenlijk weer een beetje goed gekomen. En wisseling van werk” I1

Als het werk de oorzaak is van de gezondheidsklachten, is stoppen met werken een manier om grip te krijgen op die klachten. Zo vertelde I3, die een burn-out kreeg als gevolg van een conflict met haar collega's, dat zij een jaar lang niet heeft gewerkt. Haar klachten noemde zij "zo goed als over".

"Ik ben uitgevallen met een burn-out volgend uit [...] een conflict met collega's. De burn-out heb ik zo goed als overwonnen. Maar ik heb al een jaar vrijstelling van werk, en mijn ontslag ligt nu bij het UWV, ik krijg volgende week een hoorzitting. Dus de gezondheidsklachten zijn zo goed als over." I3

Complex samenspel tussen gezondheidsklachten en werk

Naast gezondheidsklachten die ontstonden door werk, vertelden deelnemers over klachten als gevolg van een ongeval of een ziekte. Omdat er geen sprake is van een directe oorzaak-gevolg relatie tussen de klachten en het werk, is het minder duidelijk wat op het werk de beste aanpak is om de klachten aan te pakken of te verminderen.

"In 2010 kreeg ik toen een verkeersongeluk, met een flinke kneuzing in mijn rug en een gebroken rugwervel. Het viel allemaal mee, maar het is toch niet over. Ik heb er last van. En ik weet dat het niet meer aan het beeldscherm of de stoel ligt, maar aan mijn rug. Ik heb periodes dat ik weinig last heb, maar de laatste tijd heb ik veel last. Ik heb toevallig weer foto's laten maken bij de huisarts." I7

Deze respondent legde wel een verband tussen werken en haar klachten, maar dit was geen oorzakelijk verband. Tijdens het werken speelden haar rugklachten op maar ze kon niet goed duiden welk aspect van haar werkomgeving zij zou kunnen aanpassen om beter met die klachten om te gaan. Hoewel de oorzaak duidelijk was, bood haar dat geen handvat om grip te krijgen op haar gezondheid.

Gezondheidsklachten zonder duidelijke oorzaak

Lang niet altijd is voor de deelnemers duidelijk waar de oorsprong van hun klachten ligt. Zo vertelde I4 niet te weten waar haar gezondheidsklachten vandaan komen. Zij zegt uitdrukkelijk niet te weten "waar het aan ligt" en kan daardoor niet zo gemakkelijk een handvat vinden om met deze klachten om te gaan.

"Sinds afgelopen najaar loop ik met m'n rug en met m'n been. En ik heb nu last van, hoe noem je dat, artrose, artrose aan de rechterknie en ja, dat gaat me parten spelen. [...] Ik heb vorig najaar ook precies hetzelfde gehad, ik weet niet waar het aan ligt. [...] Toen ben ik met m'n schildklier gaan lopen klooiën." I4

6.5.2 Zoeken naar informatie

Om grip te krijgen op hun gezondheidsklachten, vertelden de deelnemers dat zij actief op zoek gingen naar informatie over hoe het beste met deze klachten om te gaan. Men zocht enerzijds naar informatie over hun specifieke aandoeningen en de gezondheidsklachten die daarmee gepaard gingen en anderzijds naar informatie over hun rechten en plichten als werknemers.

Zoeken op internet

De deelnemers aan het onderzoek gebruikten vooral internet in hun zoektocht naar informatie over hun klachten. I10, een medewerker in de kinderopvang met MS, vertelde over de veelheid aan informatie die op internet beschikbaar is over hoe om te gaan met de verschil-

lende uitdagingen en problemen die met een bepaalde ziekte gepaard gaan. Daarbij tekende zij wel aan dat het belangrijk is om te rade te gaan bij “goede bronnen”.

“Ja, dan ga ik googlen. Wat is mijn vraag? Wat wil ik weten? Via het UWV kom je dan weer bij een link of de website van de MS vereniging, je kan ook folders aanvragen. Dat is ook interessant. De bladen van de MS vereniging zijn vaak ook thema-gericht: MS en werk, MS en vermoeidheid, MS en reizen. Dan kan je allerlei folders aanvragen. Daar leer je ook van. Maar dan wel bij de goede bronnen hoor, want daar moet je wel op letten.” I10

Informatie inwinnen bij deskundigen

Het besef dat informatie niet altijd betrouwbaar is, werd gedeeld door andere deelnemers. Zo stelde I2, een 51-jarige ADL begeleider, dat voorzichtigheid geboden is met betrekking tot internet en televisie. Het is niet alleen de overvloed, maar ook de informatieversplintering die problematisch kan zijn omdat mensen daardoor een verkeerd beeld kunnen vormen en zich “de meest idiote dingen” in hun hoofd kunnen halen. Zij benadrukte dat het belangrijk is dat mensen met een gezondheidsklacht zich richten tot deskundigen voor informatie of advies. Deze deskundigen zouden bijvoorbeeld huisartsen of fysiotherapeuten kunnen zijn.

“Maar daar wil ik mijn zoekopdrachten nog wel is gaan beperken. Dat is hetzelfde, er is een interview op tv geweest of een rapportage over ik noem maar wat, een tumor. De dag daarna zit de spreekkamer vol bij de dokter. Iedereen denkt dat. En teveel informatie, die informatie wordt dan teveel versplinterd. En het lijkt op dit en het lijkt op dat. En je haalt je de meest idiote dingen in je hoofd. En dan heb ik zoiets van joh, ga nou maar eerst bij echt een deskundige, bij een huisarts of bij een fysiotherapeut of wat dan ook. Ga daar maar eens je licht opsteken. En haal je niet teveel in je hoofd.” I2

Informatie inwinnen bij patiëntenorganisaties

Een bron van informatie over een aandoening en de aanverwante gezondheidsklachten is een patiëntenorganisatie. Zo vertelde I10, een 46-jarige medewerker kinderopvang met MS, dat zij zocht naar informatie over hoe de ziekte haar “dagelijks leven” voor haar zou betekenen. Om informatie te vinden over hoe MS haar leven zou veranderen, vertelde deze vrouw lid te zijn geworden van de MS vereniging. Zij stelde dit ook gedaan te hebben om in contact te komen met anderen die dezelfde ziekte hadden om te ontdekken hoe mensen met vergelijkbare klachten hiermee omgaan.

“Wat kan ik daar mee, wat betekent die ziekte in het dagelijks leven voor je? Ik ben lid van de MS vereniging, en naar bijeenkomsten gegaan. Om ook met andere mensen contact te leggen hoe bepaalt dat je leven, en hoe ga je dan verder.” I10

Informatie verzamelen op het werk

De verzuimbegeleiding op het werk is ook een setting om advies in te winnen en informatie te vinden. I2 wees naar de arbodeskundige en naar haar direct leidinggevende als mensen op haar werk bij wie zij informatie kon inwinnen. De voordelen zijn volgens haar dat deze mensen “dichter bij het vuur zitten” en dus specifiek advies kunnen geven over gezondheidsklachten en werk. Van hen kan zij ook sneller antwoord krijgen dan wanneer zij zelf op zoek gaat.

“Bij de arbodeskundige op het werk kan ik terecht. En natuurlijk: de eerste in lijn is je baas, of je locatiemanager. En die kan je dan, het is heel leuk dat ik die dan een werkopdracht kan geven. ‘X wil je dat en dat voor me uitzoeken?’ En het gebeurt niet zelden dat ze dan zegt van ‘o, maar dat zou je ook heel goed zelf kunnen. Bel die en die maar.’ Doordat ik heel veel

nevenfunctie heb, ken je natuurlijk ook heel veel mensen binnen de organisatie. Of mensen die dichterbij het vuur zitten. En dan is het van nou, 'Wie moet ik daarvoor hebben?'. En die bel ik dan gewoon rechtstreeks. Dan heb ik een direct antwoord. Of in ieder geval beduidend sneller." I2

Informatie over rechten en plichten

Deelnemers vertelden ook op zoek te zijn naar informatie over hun rechten en plichten op het werk. Zo vertelde I10, een medewerker kinderopvang met MS, over de werk gerelateerde vragen die bij haar opkwamen als gevolg van haar gezondheidsproblemen. Deze vrouw met MS vertelde in de eerste instantie op zoek te zijn naar praktische informatie om in het dagelijks leven om te gaan met MS. Daarnaast vroeg zij zich ook af wat over het algemeen haar rechten en plichten zijn op het werk en hoe zij zich het beste op kon stellen richting haar werkgever.

"Hoe moet je je grenzen stellen? Wat moet je nou doen? Moet je er voortdurend over heen gaan met je werk? Heb je er recht op dat je weer genoeg hersteltijd hebt? En ook nog ruimte hebt om met je gezin wat te doen of boodschappen te doen? Dat zijn wel hele basale dingen. Je moet thuis ook nog wat doen, het is niet zo dat je alleen maar werkt. Want soms kreeg ik het gevoel dat ik me alleen nog maar voor het werk kon en moest inzetten. En geen tijd meer had om te herstellen en om wat anders te kunnen. Maar hoe moet je daar dan mee omgaan? Wat zijn je rechten en plichten? Hoe moet je je opstellen ten opzichte van je werkgever? Wat mag die van jou eisen? Dat zijn best lastige dingen." I10

6.5.3 Zelfinzicht

Om grip te krijgen op hun situatie is volgens de respondenten ook een hoge mate van zelfinzicht noodzakelijk. Dit zelfinzicht is belangrijk om de risico's die werken met zich meebrengt te begrijpen en te luisteren fysieke signalen van het lichaam. Deelnemers benadrukten verder dat zij hun klachten vaak beter begrijpen dan deskundigen. Het aanleren van dat soort zelfinzicht werd dan ook gezien als belangrijke stap voor het omgaan met gezondheidsklachten.

Risico's begrijpen

Een belangrijk onderdeel van grip krijgen op een gezondheidsklacht, is begrijpen door welke handelingen de klachten opspelen. I2, een ADL-begeleider met rugklachten, vertelde dat zij een soort doorlopende risicoanalyse uitvoert om te bepalen welke belasting haar lichaam wel of niet aankan op dat moment. Zij beschreef het als een soort bewustzijn van hoe haar werk haar lichaam belast. Daarbij moet zij zich telkens afvragen of het verstandig is dat zij extra werkt.

"Sowieso een flinke dosis zelfinzicht. Waar ligt mijn grens en hoeveel risico neem ik als ik over die grens heen ga? Heb ik al vijf dagen gewerkt: is het verstandig dat ik nog een zesde dag werk? Hoeveel vrije dagen heb ik daar tussen voordat mijn volgende blok begint? En dagdiensten zijn voor mij best belastend. Iemand uit bed helpen is belastender dan iemand in bed helpen. En nou als ik dan een dagdienst heb gehad dan moet ik gewoon een half uur, driekwartier, even op bed om, ik noem het altijd mijn lijf weer in model te drukken. En nou, dan gaat het wel weer. Maar ik kan ook gewoon zeggen van 'nee die zesde die doe ik niet'. Want ja, dat trek ik niet. Of 'ik vind het niet verstandig dat ik ook die zesde werk'." I2

Fysieke signalen

Soms kan fysiek ongemak ertoe leiden dat mensen anders naar hun gezondheid gaan kijken. Zo vertelde een 60-jarige beleidsmedewerker zonder specifieke klachten, dat juist het gevoel dat het fysiek minder gaat haar deed besluiten dat zij anders moest werken.

“Ja... je merkt gewoon dat je fysiek, ja goh, het is een deel van de leeftijd ook denk ik, ja nee, ja... maar dat is iets waarvan ik denk ‘je merkt gewoon’... de jonkies die lopen je voorbij, dat merk je gewoon, klaar. En jij moet je daar zien in te passen en ja, ik heb nu een beetje voor mezelf de rem erop gezet want je bent... je wilt jezelf eigenlijk ontzettend aanjagen en op een gegeven moment denk ik ‘ik red het niet’, ‘wat ben ik eigenlijk gek bezig.’” I9

Zelf de klachten het beste begrijpen

Fysieke signalen kunnen ook een voorbode zijn van aandoeningen deskundigen nog niet kunnen diagnosticeren. Zo vertelde I10, een medewerker in de kinderopvang met MS, dat zij lange tijd voordat haar diagnose is gesteld vermoedde dat er iets met haar mis was terwijl de huisarts dit aan stress wijdde.

“Ik las ook een verslagje van de huisarts terug uit 2008. Van de klachten die daar in staan denk ik echt ‘oh ja... nu weet ik wat het is, en toen niet. Ik had daar toen dus ook al problemen mee’. Vermoeidheid, concentratie, noem maar op. En ik moest ‘s middags even op de bank duiken om even bij te tanken. Nu denk ik dan ‘hé, dat was toen ook al zo’. [...] Mij werd altijd verteld dat dat door stress kwam. Elke keer zeiden ze dat. Toen zei ik op een gegeven moment ‘er is iets aan de hand met mijn lijf. Dit is niet gewoon moe. Er is iets aan de hand’. Dan was het weer gewoon stress. Dus dan geloof je dat maar weer, en dan ga je weer door. En het jaar daarop was het weer hetzelfde.” I10

Leren om je eigen situatie te analyseren

Sommige deelnemers vertelden dat zij, om grip te krijgen op de situatie, moesten leren hoe zij hun eigen situatie konden analyseren. Zo vertelde een 49-jarige secretaresse die een burn-out kreeg als gevolg van een arbeidsconflict dat zij leerde wat voor werkomgeving voor haar het beste zou zijn.

“Ik ben het er voor een deel mee eens dat ik niet teveel druk moet hebben tegelijkertijd. Maar of dat door de burn-out komt of niet, weet ik niet. Maar ik moet een rustige, stabiele omgeving hebben. Maar door personeelszaken werd ook geïnsinueerd dat ik het niet kon, dat het teveel voor me was. ‘Geef het nou maar toe’, zeiden ze dan. Ik moest toen ook zo’n MDI test doen.[...] Een test waarop je karakter in kaart wordt gebracht. De persoonlijke stijl en motivatiestijlen. Dan krijg je allemaal karaktereigenschappen en kleuren, over normen en waarden en verschillende onderwerpen. Ze kunnen ook zien hoe je dan reageert in bepaalde stresssituaties.[...] Heel veel wist ik al. Maar het gaf me een verklaring waarom ik bepaalde dingen doe en waarom ik zo reageerde. Het was een onderbouwing. Ik was ook hoger dan gemiddeld. En dat het opkomen voor mezelf heel laag was.” I3

Uit het verhaal van deze secretaresse komt naar voren dat zij met een test werd geholpen haar karakter in kaart te brengen, om zo te achterhalen waar haar problemen op het werk vandaan kwamen. Zij stelde “heel veel” van wat deze test over haar persoonlijkheid vertelde al te weten, maar vond ook dat het veel van haar gedrag verklaarde en bepaalde vermoedens van haar over haar karakter bevestigde. In die zin is haar verhaal dus ook een voorbeeld over hoe zelfinzicht verbeterd of aangeleerd kan worden.

6.6 Wijzer met Welder

In deze paragraaf wordt ingegaan op de ervaringen van de deelnemers met 'Wijzer met Welder'. Om te beginnen wordt in kaart gebracht wat de verwachtingen van de deelnemers voordat zij de Wijzer gingen gebruiken. Daarna worden hun ervaringen met de Wijzer opgetekend en wordt er speciaal gekeken naar de individuele elementen van de Wijzer. Tot slot worden de suggesties uit de focusgroep, over interventies die zelfregie zouden kunnen bevorderen, opgesomd.

6.6.1 Verwachtingen van 'Wijzer met Welder'

Voordat mensen 'Wijzer met Welder' gingen raadplegen, hadden zij bepaalde verwachtingen van dit instrument. Men benaderde de Wijzer vanuit een specifieke situatie en met specifieke vragen in gedachten. Deze vragen gingen hoofdzakelijk over hun klachten en hoe zij met deze klachten om zouden kunnen gaan in relatie tot hun werk, rechten en plichten.

Beter om willen gaan met klachten

De deelnemers aan het onderzoek benaderden de Wijzer met de wens om informatie te vinden waarmee zij beter om zouden kunnen gaan met hun gezondheidsklachten. Zo vertelde een ADL-begeleider dat zij op zoek was naar "tools" om het beter te doen op haar werk of om haar collega's te helpen.

"En toen dacht ik van nou, dingen om mijn werk te verbeteren of, ja die wil ik eigenlijk wel. Nieuwe tools waarmee ik het nog beter kan doen. Of misschien kan ik er wel collega's mee helpen. Ja, kennis vergaren is best wel mooi. Dus je bent nooit te oud. En ik heb het ultieme gevoel heb ik ook niet in handen. Dus alles wat een ander voor mij verzonnen heeft, wat kan bijdragen tot. Ja dat wil ik wel proberen." 12

De Wijzer gebruiken zonder klachten

Twee deelnemers aan het onderzoek hebben de Wijzer gebruikt zonder dat zij gezondheidsklachten ervoeren. Zij benaderden de Wijzer met de hoop informatie of tips te vinden over hoe zij hun werk vol kunnen houden tot hun pensioen. Zo vertelde de onderstaande beleidsmedewerker dat zij zocht naar een manier om meer plezier te vinden in haar werk, om ontspanener te zijn en haar werk tot het pensioen vol te houden.

"Nou, toen dacht ik... misschien... biedt het me wel enige ruimte hoe ik er anders mee om kan gaan.[...] Met de stress die het werk oplevert. Ik ben kennelijk niet zo goed in het loslaten, hoe ik het... nu zoek ik het heel erg in... in sporten, en zulk soort dingen meer, dat is dan het tegenwicht... nou ja, plezierige dingen doen met familie, vrienden, maar ook... hoe kan ik daar dan toch wat ontspanener bij die vergaderingen zitten? En hoe kan ik ook enig genoeg krijgen in mijn werk?[...] Hoe haal ik m'n pensioen?... ja, en ik moet tot 66 en een maand, dus dat is toch nog wel lang." 19

Vraag over specifieke klachten

Naast de wens om algemene informatie te vergaren over werken met een gezondheidsklacht, zochten de deelnemers ook naar antwoorden op vragen over hun specifieke gezondheidsklachten. Zo vertelde secretaresse I3 dat zij de Wijzer benaderde met vragen over de gevolgen van haar burn-out. Zij stelde dat de Wijzer haar daar geen antwoorden op kon geven en deze haar niet verder heeft kunnen helpen:

“Ik wilde weten wat de gevolgen van mijn burn-out waren. En daar kon Welder mij ook niet echt antwoorden op geven, want ik weet het nog niet. Ik kwam er niet echt verder mee waar ik het voor nodig had.” I3

Vraag over solliciteren

Andere deelnemers hadden specifieke vragen over werken met gezondheidsklachten. De onderstaande vrouw met hersenletsel, narcolepsie en astma, vroeg zich af of zij openheid moest geven over haar aandoeningen bij een sollicitatie. Zij hoopte dat de Wijzer haar zou helpen een antwoord te vinden op deze vraag. Dat antwoord kon zij niet vinden in de Wijzer, al tekende zij wel aan dat er wellicht geen absoluut antwoord op die vraag mogelijk is.

“En ik realiseer me dondersgoed dat de kans heel erg groot is dat dit werk natuurlijk ophoudt en dat we ontslagen worden en opzoek naar nieuw werk moeten. En ik zit me gewoon heel erg af te vragen van ja, ‘moet ik dat dan noemen bij een sollicitatie?’ Ik kan me voorstellen dat ze je dan zien, en je leeftijd en die aandoening, dat ze je dan niet aan gaan nemen. En als je het niet zegt en je bent aan het werk. Moet je dan weer ik weet niet hoe lang op eieren lopen en het zitten verhullen en zo? [...] [Antwoord daarop] hoopte ik ook inderdaad een beetje in die Welder te vinden. Maar ik denk dat ik dat zal moeten ondervinden. Er is geen antwoord op neem ik aan.” I5

Vraag over rechten en plichten

Een laatste categorie specifieke vragen waarmee de deelnemers de Wijzer gebruikten, ging over de rechten en plichten van werknemers met een gezondheidsklacht. I4, een verpleegkundige met artrose en rugklachten, vertelde dat zij op zoek was naar informatie over wat haar rechten en plichten zijn als zij langdurig ziek zou zijn.

*“Zoals het aangekondigd werd denk ik van ‘nou, de vakbond is er actief mee bezig’, zodoende dacht ik ‘ja, ik ga meedoen’. Maar ja, god, ik ben verder *klopt ergens op* nooit ziek, dus wat dat aan gaat, ik zag die Welder en ik heb er niet meer naar kunnen kijken, ik had me er eigenlijk best wel in willen verdiepen [...] want ik heb best wel dingen voorbij zien lopen maar dan denk ik ‘aan de ene kant heb ik daar eigenlijk nooit mee te maken gehad hè’, zoals van die wetten van als je langdurig ziek bent, hoe sta je in je recht en dat soort dingen en ik weet wel een deel. Oh ja, dat is de aanleiding ook geweest! Ik merk in de gezondheidszorg dat ontzettend hard wordt gedaan tegen zieke werknemers.” I4*

6.6.2 Ervaringen

De deelnemers vertelden dat hun ervaringen met de Wijzer met Welder vooral vluchtig van aard waren. Daarbij ervoeren sommige mensen het gebruik van de Wijzer als een bevestiging dat zij op een goede manier met hun gezondheidsklachten omgingen. De informatie op de site werd gezien als helder en duidelijk weergegeven, al uitten sommige deelnemers kritiek op de aard van die informatie.

Vluchtig gebruik Wijzer

Het gebruik van de Wijzer was weinig intensief. I1 vertelde bijvoorbeeld dat hij slechts één keer vluchtig naar de Wijzer had gekeken. Daarna had hij de Wijzer niet meer geraadpleegd omdat hij daarvoor geen “trigger” ervoer.

“Volgens mij heb ik er één keer vluchtig overheen gekeken. En ja, net wat ik zeg, daarna is het telefoongesprek geweest en heb ik eigenlijk niet meer de trigger gehad om daar even te gaan kijken.” I1

Een andere deelnemer vertelde dat zij de Wijzer weinig had gebruikt door omstandigheden. Deze vrouw met MS vertelde het jammer te vinden dat zij niet meer in de gelegenheid was om verder de Wijzer te bekijken, maar zij was ook niet zo onder de indruk van dit instrument dat zij daarvoor een abonnement wilde afsluiten.

“Ik heb er wel naar gekeken, maar niet zo veel. De vakantie zat er tussen en onze computer deed het niet. En toen kon ik dus niks meer. En die link stond daar ook op voor het inloggen. Toen was de tijd dus ook al weer voorbij. Drie maanden maar. Dat vond ik wel heel jammer. Maar om nou te zeggen dat ik daar een abonnement voor ga afsluiten, dat hoeft dan ook weer niet.” I10

Weergave van de informatie

De informatie die op de Wijzer getoond wordt, werd door de deelnemers als duidelijk en helder beschreven. Verpleegkundige I6 tekende daarbij wel aan dat het voor haar wel een zoektocht bleef om te doorgronden welke tips voor haar van toepassingen zijn.

“Daar heb ik heel veel goede tips op gezien. Maar het blijft een zoektocht wat goed is en wat het beste is voor mijzelf. Soms is het niet gelijk een antwoord. Je moet daar zelf een weg in vinden. [...] Ik vind dat het heel veel goede punten en advies heeft. Het is best wel duidelijk, de informatie. [...] Begrijpelijk. Duidelijk hoe het opgezet is, waar je dingen moet zoeken.” I6

De informatie die gegeven wordt door de Wijzer werd als objectiever ervaren dan andere informatiebronnen, zoals het UWV. I10, een medewerker in de kinderopvang met MS, vertelde dat zij de Wijzer niet alleen als objectiever ervoer, maar dat deze ook meer mogelijkheden bood.

“Het UWV geeft vanuit een ander oogpunt informatie. En ik had bij Wijzer met Welder het gevoel dat het losstaand informatie geeft. En dan is het wat objectievere informatie voor mijn gevoel. Of dat zo is weet ik niet, misschien is het meer mijn gevoel. Maar je had wat meer mogelijkheden. [...] Andere mogelijkheden. Die testjes, informatie. Je kon best veel dingen opzoeken. En ook links naar dingen. Maar naar mijn gevoel is het dan wat objectiever. Want het UWV is van het UWV.” I10

Hoewel sommige deelnemers de informatie helder en duidelijk vonden, hadden andere deelnemers hierover hun bedenkingen. Zo vertelde I5 dat zij de tests op de Wijzer informatief en bruikbaar vond en dat zij haar man, vrachtwagenchauffeur, arbeidsongeschikt, er ook één liet invullen. Aan de hand van zijn reactie dacht zij dat veel andere mensen begeleiding nodig hebben bij het invullen van een dergelijke test. Zij veronderstelde dat deze tests veel inzicht in het eigen functioneren vereisen en dat niet iedereen dat heeft.

“Het vraagt best wat zelfinzicht om sommige van die vragenlijstjes te beantwoorden. Hij komt daar dingen tegen, want we hebben het gister avond nog maar een keer zitten toen. Zo'n wat wil ik en wat kan ik test. En dan zie je gewoon dat hij bij heel veel vragen denkt van 'wat bedoelen ze nou, wat is dat dan, hoe moet ik dat nou weten?' [...] Het vraagt gewoon een stukje inzicht in je eigen functioneren en veel mensen hebben dat gewoon niet want die denken daar niet over na. [...] gewoon omdat je dat helemaal niet gewend bent als je uit een bepaalde beroepsgroep komt. Uit de praktische beroepen. Mensen kunnen niks met vragen van, 'bent u erg open?' of dat soort vragen, al die psychosociale vragen.” I5

Bevestiging

De informatie op de website werd door sommige deelnemers aan het onderzoek gezien als bevestiging dat zij al goed omgingen met hun gezondheidsklachten. In die zin bood de Wijzer hen dus geen nieuwe informatie over hoe zij grip konden krijgen op hun leven of gezondheidsklachten, maar bevestiging dat zij op het juiste pad waren. I5, een vrouw met narcolepsie, hersenletsel, ervoer de Wijzer als een bevestiging van wat ze al wist: ze zit met dit werk op haar plek. Ze vond het prettig dat bevestigd te zien.

“Maar voor mij heeft het ook wel een aantal dingen bevestigd he. Het advies wat ik daarvoor al gedaan had, gewoon: vraag een gesprek aan met een arboarts. Overleg met je leidinggevende. Dat stond er ook allemaal wel in. Dus voor mij bevestigde het dat ik er echt alles aan gedaan had. Dat ik alle mogelijkheden heb aangegrepen om het zo goed mogelijk te doen. Om zo goed mogelijk te kunnen blijven functioneren.” I5

Sluit niet aan bij specifieke vragen

Mensen die specifieke vragen hadden, vonden dat de Wijzer te algemeen was. De informatie op de site sloot niet goed aan bij de toegespitste informatie die zij verwachtten te vinden. Zo vertelde I9, een beleidsmedewerker zonder gezondheidsklachten, dat zij geen antwoord kon vinden op haar vragen en dat de Wijzer te zeer gericht was mensen die vanwege hun klachten verzuimen. Voor haar vragen, over hoe zij haar werk tot haar pensioen vol kon houden en wat voor keuzes zij moest maken in haar carrière, vond zij geen antwoorden:

“Toen was er eigenlijk niet zoveel bij voor mij, althans, voor mijn gevoel niet.[...] In mijn gevoel was het heel erg gericht op mensen die of uitgevallen waren of snel een weg zochten, minder gericht op stug doorgaan en het nog een beetje comfortabel maken.” I9

De onderstaande ADL-begeleider voegde toe dat zij weinig informatie had kunnen vinden die aansloot bij haar vragen en verwachtingen omdat de informatie te algemeen was. Daarnaast stelde zij mensen kent die haar van betere en specifiekere informatie kunnen voorzien.

“Ik heb er niet heel veel, ik ben er niet heel veel wijzer van geworden. [...] Misschien dat het voor mij niet heel erg relevant was. Of dat ik dacht van ‘ok, dat weet ik al’. Of ‘als ik die en die inschakel dan krijg ik voor mij specifiek betere informatie’. Maar ik vond het redelijk algemeen. [...] bij ons wordt er al heel erg veel gelet op beperking en houdingscholing, heel veel. En mijn cliënten, lopen de deur plat is een verkeerd woord, [...] revalidatiecentrum, revalidatieartsen, fysiotherapeuten. Dus die mensen die hebben zoveel kennis.” I2

Sommige deelnemers vonden dat er te veel informatie werd aangeboden op de Wijzer en dat de ordening van de informatie anders had gekund.

“Ik denk dat ook voor veel mensen, dat er wel een beetje veel wordt aangeboden. Dat je, je kunt ... of je kunt dat of dat of dat. Dat is mooi. Maar dat zou nog iets specifieker kunnen. [...] En dan meer van ‘als u rood wilt, als u hogerop wilt, kies dan de oranje test. Zoekt u echt ander werk, kies dan de groene test’.” I5

De Wijzer is niet uniek

De Wijzer werd deels ervaren als iets dat zeer vergelijkbaar was met andere websites, zoals die van het UWV of van het CNV. De Wijzer werd gezien als een van de vele informatiebronnen. I3, een secretaresse met burn-out, ervoer de Wijzer als één informatiebron waaruit zij putte in het omgaan met haar gezondheidsklachten.

"[De Wijzer was] een extra vraagbaak. Een extra verzamelpunt waar je gericht informatie kan vinden en kan krijgen. De mailtjes vond ik het meest gespist op mijn situatie. [...] Dit was een van de sites waar je terug kon vallen als je vragen had." I3

Ondanks dat het gebruikmaken van de Wijzer als prettig werd ervaren, vonden de deelnemers het moeilijk om de toegevoegde waarde van de Wijzer met Welder te beschrijven. I7 bijvoorbeeld, twijfelde of de Wijzer voor haar wel iets toegevoegde.

"Ik weet niet of het een toevoeging is. Ik vond dat telefonische gesprek wel prettig, toen kreeg ik nog wat tips. Verder ben ik er zelf al heel erg mee bezig, dus is het ook wel weer een herhaling. Ik vind het wel prettig om er bij stil te staan, bij al die vragen. Vooral met het oog op de toekomst." I7

6.6.3 WAI-test en gesprek

In het algemeen vonden de deelnemers de Work Ability Index test en het feedbackgesprek prettig. Ondanks dat men deze als prettig ervoer, haalden de deelnemers hier geen nieuwe informatie uit. Zij zagen het eerder als een bevestiging dat zij op de goede weg waren. Daarnaast vond een aantal mensen dat de vragen erg gericht waren op gezondheidsklachten en dat sloot niet goed aan bij hun situatie. Eén deelnemer voelde zich niet serieus genomen door het advies dat zij kreeg in het feedbackgesprek en werd daardoor boos.

Een prettig gesprek

De deelnemers hebben het feedbackgesprek overwegend als prettig ervaren. Het gesprek werd als "goed" en "nuttig" omschreven. Hier geldt ook dat hoewel het contact als prettig ervaren werd, het ook geen blijvende indruk heeft gemaakt. De prettige ervaring van het gesprek bewoog I3 ertoe om aanvullend per e-mail contact te zoeken met de coach. Desondanks vertelde zij zich weinig van het gesprek te kunnen herinneren.

"Het was een nuttig gesprek. We hebben het niet zo zeer over de uitslag van de test gehad. Maar meer praten over het probleem, dat gaf me meer informatie. Niet zo zeer over hoe ik mijn werk kan verbeteren, maar meer de achtergronden. Hoe ga je met dingen om? Ik moet zeggen dat ik het niet meer zo goed weet. Ik vond het een goed gesprek in ieder geval. Ik heb hem daarna ook nog een keer gemailld." I3

Net als I3, vertelde I6 dat zij het gesprek met de coach prettig had gevonden. Zij noemde het "interessant". Hoewel zij zich de inhoud van het gesprek goed herinnerde en vond dat zij goede tips kreeg van de coach, sprak er uit haar verhaal ook ambivalentie over wat te doen met die informatie.

"Het gesprek met de meneer aan de telefoon vond ik interessant. Hij heeft ook gezegd dat ik moest kijken naar mogelijkheden binnen de organisatie. Bespreken met mijn leidinggevende, collega's. Om meer begrip te krijgen. Dat vond ik een goede tip. [...] Hij zei ook iets over hulpmiddelen op mijn werk, en wat mijn werk makkelijker kon maken. Maar ik heb geen idee wat mij zou kunnen helpen. Daar zit ik vast." I6

Verschillende deelnemers ervoeren het feedbackgesprek als prettig omdat het hen bevestiging gaf dat zij op een goede manier met hun klachten omgingen. De hovenier met rugklachten vond het vooral prettig om van een extern iemand te horen dat het goed gaat en hij impliceerde dat deze feedback objectiever was dan wat zij eigen werkgever zou zeggen.

“Maar net wat hun zeiden van, ik had alles al geregeld en ja ik kon het eventueel proberen met vrijwilligers om wat te regelen. [...] Ja, op zich was het een heel prettig gesprek ook hoor. Ik heb ook het idee dat ik het gewoon goed doe. Het was toch een stukje bevestigingen van ja inderdaad daar zien we een piek. En dat je qua werk, ik bedoel, ja dat je goed in je vel zit. En ze kunnen ook zien dat ik echt wel op mijn plek zit. Ja dat is te horen van iemand die van buiten af mee kijkt in plaats van uit de eigen organisatie. Ja dat is wel prettig natuurlijk. Ja je eigen organisatie kijkt toch met een ander beeld naar jou.” I1

I10 gaf aan dat de WAI test en het gesprek haar hielpen de zaken op een rijtje te zetten en iets anders naar haar situatie te kijken. Maar ook zij vond het vooral prettig om bevestigd te zien dat ze goed bezig is.

“Die [vragenlijst] zet je direct aan het denken. Die zet mij in ieder geval direct aan het denken. Het roept heel veel op. Dat vond ik in het gesprek wel veel terug komen...Het riep weer vragen op, en ik ben ook een denker, en dan riep dat dingen op waar ik nog niet aan had gedacht. ‘Hoe kan ik daar mee om gaan? Hoe moet ik dat doen?’ Dat denk ik dan. En ik vond het gesprek er over wel prettig.[...] hij gaf wat tips om te kijken wat voor werkmogelijkheden er zijn. En om de test te doen, ik heb daar ook een link voor gestuurd om dat te gaan doen. Daar kwam precies uit wat ik verwachtte. En daar kwam precies uit wat ik ook al verwachtte, en dan ken je jezelf toch beter dan je denkt. [...] Het hele gesprek terug denkend en de vragenlijst ingevuld, blijkt wel dat ik er goed mee bezig was. Dat is een stukje bevestiging, dat vond ik wel heel fijn. Daar twijfel je dan over, wat je nou moet doen. Dat vond ik wel prettig. Dus daar ben ik wel goed mee bezig.” I10

Geen indruk

Op sommige deelnemers maakte het telefoongesprek zeer weinig indruk. I8 kon zich niets van het gesprek herinneren. Hij vertelde dat het zeker geen onprettig gesprek is geweest: in dat geval had het meer indruk bij hem achter gelaten. Inhoudelijk kon hij echter niet naver tellen wat er besproken was en in die zin heeft het gesprek hem niet anders naar zijn gezondheid doen kijken.

“Ik heb het niet als onprettig ervaren, anders had ik het nog wel geweten. Ik weet het eerlijk gezegd niet goed meer. Het kan ook zijn dat het gewoon even tussen neus en lippen door kwam. Dat is me niet echt goed bijgebleven.” I8

Weinig praktische informatie

Verschillende deelnemers merkten op dat het feedbackgesprek en de test hen geen informatie opleverde die zij konden gebruiken om beter met hun gezondheidsklachten om te gaan. Zo vertelde I2 dat zij had verwacht dat de test haar praktische handvatten zou geven om beter met haar klachten om te gaan.

“Ja maar ook die work ability test. [...] ik had misschien wel de hoop van nou wie weet komt er nog wel iets uit van, als je nou iets meer van dit erbij neemt, iets minder van dat, dan kom je in een betere of perfectere balans of zo. Maar dat zat er niet in.” I2

Test te veel gericht op ziekte

Volgens sommige deelnemers waren de WAI test en het feedbackgesprek teveel gericht op ziekte. Vooral deelnemers die zonder gezondheidsklachten de Wijzer benaderen ervoeren dit. De onderstaande beleidsmedewerker zonder klachten, vroeg zich af of zij wel de goede doelgroep was voor deze test. Daarbij werd in deze test volgens haar voorbij gegaan aan de emoties die zij ervoer.

“Ja, ik vond ‘m op zich wel goed... hoe heet dat... ik vroeg me af of het niet te gericht was op het ziek zijn zelf. Ik had overal een hele goede score op dus ik had zo iets van ‘nou, ben ik wel een goede doelgroep ervoor?’. Dat was meer mijn idee... . Het viel in eerste instantie eigenlijk een beetje tegen... ehm... toen ik het goed bekeek toen dacht ik... het klopt natuurlijk ook wel in die zin dat alle emotie eromheen, die breng je niet in.[...] kijk, er wordt natuurlijk heel letterlijk gevraagd ‘heeft u reuma, heeft u dit, heeft u dat, verzuimt u’, al zulk soort dingen meer, en dan kom ik er eigenlijk wel aan te pas, van ‘hé, ik kan gewoon goed werken’.” 19

Ontevreden met feedback

Eén persoon was zeer ontevreden over het coaching gesprek. Zij voelde zich niet serieus genomen omdat de coach in haar optiek een te gemakkelijke oplossing aandroeg om met haar gezondheidsklachten om te gaan. De coach deed volgens haar geen recht aan de manier waarop zij haar gezondheidsklachten beleefde. Zij heeft uiteindelijk boos het gesprek beëindigd.

“En aan die meneer heb ik aangegeven van ‘nou, ik blijf gewoon zitten met het punt dat ik gewoon een paar keer per dag dat dutje moet doen en dat lukt gewoon niet op mijn werk. [...] Dus ja waar moet je dan? Je kunt toch moeilijk op een openbaar toilet of in een restaurant even gaan zitten dutten.’ En dan zeggen ze van ja, en dat is gewoon een grote tegenvaller voor mij geweest. Ik werd dus gebeld door die meneer die de zaak wilde evalueren met mij. En nou ja, die had de oplossing gevonden. ‘Hoe ga jij van cliënt naar cliënt?’ Ik zeg ‘nou voor een groot deel, voor de korte stukjes op de fiets en de wat langere stukjes met de auto’. ‘Nou maar als jij toch een auto hebt dan slaap je toch even in de auto?’ Ja. Met 30 graden zomers. Als je auto geparkeerd heeft gestaan en het is 30 graden in een auto, dan kun je toch niet even 5 minuten dutten. Als het, ja nu is het niet zo’n koude winter, maar als het vriest dan kun je toch niet even slapen in een auto? En laat staan, je staat midden in een woonwijk. Dan ga je toch niet in een... Ik heb geen geblindeerde ramen. Je gaat toch niet even slapen in de auto? Dan wordt er op het raam geklopt van ‘gaat het wel goed met u?’[...] Ik werd woest. En ik heb dat ook gewoon gezegd van ‘joh hoe zie je dat dan voor je?’ Nou ja, hij vond het gewoon een prachtoplossing. [...] Nou ja, ik reageerde net zoals nu. Ik was boos. [...] Ik heb ook gezegd dat ik mij niet serieus genomen voelde na dit. [...] ik ga daar geen klacht over indienen. Maar het weerhoudt mij wel om er ooit nog een keer een vraag over te stellen. Want dan denk ik ja, als dit nou de uitkomst is. Als mensen weer zo elke keer reageren er op. Met zo’n flut oplossinkje.” 15

6.6.4 Forum

Geen van de respondenten vond het forum belangrijk en hun blik op het forum was zeer vluchtig. Niemand stelde op het forum informatie gevonden te hebben die hen hielp om te gaan met hun gezondheidsklachten op problemen op het werk.

Weinig interessante informatie

De deelnemers die op het forum hadden gekeken, vonden daar weinig relevante informatie. I10 vertelde bijvoorbeeld wel op het forum gekeken te hebben en dacht daar wel interessante dingen gevonden te hebben. Zij kon zich echter niet meer herinneren in hoeverre die informatie relevant was. Daarnaast vertelde zij dat zij ook op andere forums informatie haalde over haar aandoening en dat zij niet meer kon herleiden welke kennis zij op welke plek had gevonden.

“Ik heb er wel op gekeken, en er waren ook wel interessante dingen. Maar ik weet zo even niet meer wat ik daar van vond. Ik heb wel een aantal dingen gelezen daarop. Maar ik heb ook wel op andere sites gelezen. Op de website van de MS vereniging staat ook een stukje over werk. Dus ik weet niet meer wat ik daar heb gelezen of op het andere forum. Dat weet ik niet meer.” I10

Afkeer van forums

De deelnemers brachten ook een algemene afkeer van internetforums ter sprake omdat ze niet constructief zijn.

“Ik ben nooit zo dol op forums. [...] Ik heb met die aandoening die ik heb ook wel eens een beetje op het forum voor narcolepsie patiënten gezeten. En ook voor die astma wel eens, dat je wel eens hebt van nou hoe gaat een ander daar mee om? Hoe is het nou voor een ander? Maar stel dat ik die aandoening nou niet zelf zou hebben en ik zou site lezen, dan zou ik echt denken van ‘jeetje wat een stelletje idioten’. En dat heb ik een beetje op zo’n forum gekregen. Het trekt soms net een beetje die mensen die niet zo constructief willen zijn maar die alleen willen klagen. Of die willen laten zien hoe erg het met hen is.” I5

6.6.5 Suggesties uit de focusgroep

In de focusgroep zijn suggesties gedaan voor waaraan in de praktijk behoefte zou zijn met betrekking tot een E-tool voor zelfregie op het werk in brede zin. Men ging vooral in op de soort informatie die de E-tool zou moeten bieden.

Juridische en financiële informatie

Informatie over je rechten, plichten en mogelijkheden wordt belangrijk gevonden, zeker met betrekking tot veranderingen. Wat betekent het bijvoorbeeld als je uit de CAO VVTK naar de CAO Ziekenhuiswezen gaat? Ook inzicht in financiële consequenties van keuzes werden belangrijk gevonden: wat heeft het voor consequenties voor je pensioen, voor je uitkering, wat voor consequenties heeft het als je ergens anders gaat solliciteren. Hoe zit het met je pensioengat?

Arbeidsmarktinformatie

Er werd ook geopperd dat de E-tool informatie zou moeten bieden over arbeidsmogelijkheden op de toekomstige arbeidsmarkt: waar is werk, waar zou je kunnen gaan solliciteren?

Kennis vergaren over jezelf en je situatie

De E-tool zou ook informatie moeten bieden over hoe je beter met de huidige situatie zou kunnen omgaan. Hiervoor is het nodig zelfinzicht te krijgen.

“Wat is het kader waarin je gevangen zit? En wat zijn daar de mogelijkheden?” (Focusgroep)

Dat kan gedaan worden door testen om er achter te komen in hoeverre je jezelf kent en in hoeverre je weet wat je wilt en door na te gaan binnen je eigen organisatie wat daar de mogelijkheden voor je zijn.

Inzicht in hoe te veranderen

De informatie moet ook nog wat verder gaan en inzicht bieden in hoe te veranderen.

“En wat is nodig om dat balletje te laten rollen?” (Focusgroep)

“Hoe krijg ik mijn leidinggevende zover, dat zij meer informatie deelt? Hoe kan ik mijn werkgever uitdagen mij meer te betrekken bij alle beslissingen?” (Focusgroep)

Filmpjes kunnen duidelijk te maken hoe belangrijk het is om zelf regie te nemen en hoe je dat kunt doen. De filmpjes moeten concrete situaties laten zien: als je dit doet gebeurt er dat. Ook moeten ze verschillende situaties laten zien: ziekte, reorganisatie, ontslag, conflict, etc. Ook zou de E-tool beschrijvingen kunnen geven van hoe anderen de zaken hebben aangepakt.

Maatwerk

Er werden twijfels geuit over of een E-tool wel kan aansluiten bij specifieke situaties, terwijl dit juist zo belangrijk is.

“Zelfregie van een werknemer is altijd in interactie met het bedrijf waar hij werkt en de functie die hij uitvoert. Daarom is een algemene tool niet erg geschikt.” (Focusgroep)

Een beslisboomstructuur zou voor meer maatwerk kunnen zorgen. Een andere mogelijkheid is aanvulling met telefonisch advies door mensen die bekend zijn met de specifieke sector waarin de beller werkt, bijvoorbeeld de gezondheidszorg.

Perspectief van de werkgever

Het perspectief van de werkgever moet niet vergeten worden. Zelfregie is wellicht helemaal niet iets waar werkgevers op wachten:

“Mensen die zelfregie pakken die nemen misschien ook wel risico, want die zitten te zeuren ik moet naar dit symposium, ik moet naar die scholing. Die zijn daar meer dan op de werkvloer, en er zijn werkgevers die zeggen nou geef mij maar iemand die gewoon werkt, die niet zanikt.” (Focusgroep)

Een gedeelte voor leidinggevend en werkgevers zou zinvol zijn om beter aan te sluiten bij het feit dat er twee kanten aan de het functioneren op de werkvloer zitten.

7 Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen (conclusies) weergegeven, worden de sterke en zwakke punten van het onderzoek bediscussieerd, worden de bevindingen bediscussieerd in het licht van ander onderzoek en doen we enkele aanbevelingen.

7.1 Belangrijkste bevindingen

1. *Draagt 'Wijzer met Welder' effectief bij aan het vergroten van de zelfregie en empowerment van de werknemer (lid van CNV Publieke Zaak)?*

We kunnen op basis van de gekozen onderzoeksopzet geen effecten aantonen van de interventie 'Wijzer met Welder' op de mate van zelfsturing, self-efficacy, kennis ten aanzien van werk en gezondheid en ervaren grip op de werksituatie.

Ten aanzien van de subvraag of zelfsturing self-efficacy voorspelt is de conclusie dat dit niet het geval is.

2. *Heeft gebruik van 'Wijzer met Welder' voor CNV Publieke Zaak een positief effect voor haar dienstverlening aan leden?*

Bij de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag zijn we nader ingegaan op:

- a. het gebruik van en de tevredenheid met de Wijzer en de kenmerken van de gebruikers (procesevaluatie);
- b. de kosten en baten van de Wijzer vanuit het perspectief van de maatschappij en van de investeerder/de werkgever (economische evaluatie);
- c. de behoeften van gebruikers aan ondersteuning bij hun zelfregie; de mate waarin de Wijzer aan die behoeften kan voldoen en de manier waarop de implementatie van zo'n tool het beste vorm krijgen (kwalitatieve evaluatie).

Ad. a. het gebruik van en de tevredenheid met de Wijzer en de kenmerken van de gebruikers

Gebruik: Een meerderheid van de deelnemers aan de interventiegroep heeft meer dan twee onderdelen gebruikt. Vooral de mogelijkheid om een feedbackgesprek te voeren over de werkvermogen test (WAI) is relatief vaak gebruikt. Ongeveer de helft van de interventiegroep maakte gebruik van de online kennissite en het persoonlijk advies. Het online forum is nauwelijks gebruikt.

Tevredenheid: De meeste deelnemers (80%) waren tevreden over het feedbackgesprek over de WAI. Ook over de kennissite en het persoonlijk advies waren veel gebruikers tevreden (respectievelijk 74 en 65 procent). Relatief veel deelnemers vonden deze onderdelen ook nuttig. Daar slechts één deelnemer gebruik heeft gemaakt van het online forum, doen we over dit onderdeel geen uitspraken over de tevredenheid.

Wel zien we dat in de antwoorden op de vragenlijst over de website, het persoonlijk advies en het feedbackgesprek over de WAI relatief vaak het antwoord 'niet van toepassing' is gekozen. Dit was met name het geval bij de stellingen over de rol van de genoemde onderdelen van de Wijzer bij het zoeken van, of oriënteren op, werk; gesprekken met bedrijfsarts,

leidinggevende of UWV en het voorbereiden van de bespreking van het re-integratieplan bij bedrijfsarts of leidinggevende. Het relatief veel voorkomen van het antwoord 'niet van toepassing' kan verklaard worden doordat inclusiecriteria over ziekmelding ontbraken. In principe konden ook gezonde leden meedoen aan de pilot die niet van de diensten van de bedrijfsarts of UWV gebruik maakten.

Progressie gebruikers: Het gebruik van de afzonderlijke onderdelen van de Wijzer door de interventiegroep gaf geen verbetering te zien van zelfsturing.

Wel bleek er bij bepaalde subgroepen verbetering van bepaalde vormen van zelfsturing op te treden: mensen met een WIA/WGA of WAO-uitkering; mensen die zich niet ziek hadden gemeld en mensen die laag scoorden op zelfsturing.

Deelnemers aan de interventiegroep die progressie hebben geboekt op algemene zelfsturing ontvingen relatief vaak een WIA/WGA of WAO-uitkering. Respondenten die progressie hebben geboekt op zelfsturing ten aanzien van leren en/of loopbaan hadden zich vaker niet ziek gemeld. In de vergelijking van de profielen van de vakbondsleden van CNV Publieke Zaak met de vangnetters van UWV valt op dat degenen die laag scoorden in zelfsturing ten aanzien van leren, wel wat baat bleken te hebben van het gebruik van de Wijzer.

Ad b. De kosten en baten van de Wijzer vanuit het perspectief van de maatschappij en van de investeerder/de werkgever

Om de kosten en baten te analyseren moest om methodologische en inhoudelijke redenen uitgegaan worden van een andere uitkomstmaat, namelijk werkvermogen. Het antwoord op de eerste onderzoeksvraag "*of de Wijzer vanuit een maatschappelijk perspectief verkieslijk is t.o.v. de standaard zorg m.b.t kosten en werkvermogen*" is dat de kans daarop klein is. Ondanks de bereidheid te betalen om een verbeterd werkvermogen te verkrijgen, blijkt de waarschijnlijkheid dat de interventie kosteneffectief is, of zal worden, amper 40%. Verschillende subgroep analyses bevestigen dit. Ongeacht de subgroep en de bereidheid tot betalen is de kans dat de interventie kosteneffectief wordt onwaarschijnlijk. Alleen voor de subgroep vrouwen werd gevonden dat het werkvermogen van vrouwen wellicht verbeterd na het ontvangen van de interventie met een 'willingness to pay' van ongeveer 15.000 euro, hetgeen een onrealistisch hoog bedrag is. Voor de subgroep respondenten waarbij het werk zowel fysieke als mentale eisen stelt is er enige waarschijnlijkheid dat de interventie kosteneffectief is.

Het antwoord op de tweede onderzoeksvraag "*of de Wijzer vanuit een maatschappelijk perspectief verkieslijk is t.o.v. de standaard zorg m.b.t kosten en levenskwaliteit*" is "nee". De economische evaluatie (kosten utiliteit analyse) concludeert verhoogde kosten tegen verlaagde levenskwaliteit. Gebaseerd op de resultaten van de economische evaluatie wordt niet geadviseerd de interventie te verkiezen boven de standaard zorg.

Het antwoord op de derde onderzoeksvraag "*of de Wijzer vanuit het perspectief van de investeerder/de werkgever, verkieslijk is t.o.v. de standaard zorg m.b.t kosten en productiviteitsopbrengsten*" is dat dit niet het geval is, omdat de productiviteitsopbrengsten in de controlegroep hoger waren dan in de interventiegroep.

Ad c. Behoeften van gebruikers aan ondersteuning bij hun zelfregie en de mate waarin de Wijzer aan die behoeften kan voldoen

Uit het kwalitatieve onderzoek kwamen met betrekking tot de behoeften 4 thema's naar voren: (1) gezondheid; (2) de mensen om je heen; (3) omgaan met externe omstandigheden en (4) grip krijgen op jezelf.

Behoeften van gebruikers aan ondersteuning bij hun zelfregie:

Met betrekking tot gezondheid en gezondheidsklachten (thema 1) hebben gebruikers op de volgende punten ondersteuning nodig:

- › handvatten om beter om te gaan met gezondheidsklachten. Advies over hoe om te gaan met het werk dat mensen moeten verzetten om hun gezondheidsklachten te managen en gezond te blijven;
- › daarbij speelt voor mensen ook de vraag hoe zij gezond genoeg kunnen blijven om het werk tot aan het pensioen vol te houden. De gezondheidsvragen zouden ook in de context van duurzame inzetbaarheid en levensloopvragen geplaatst moeten worden.

Met betrekking tot de interacties met andere mensen, zoals partners, familie, collega's, leidinggevenden en zorgprofessionals (thema 2), kwamen de volgende punten naar voren:

- › De privésfeer wordt al zeer steunend ervaren door mensen met gezondheidsklachten. Mensen ervaren soms een hoge mate van afhankelijkheid van hun partner of familie in het omgaan met hun klachten. Tips om met die afhankelijkheid om te gaan zijn wellicht waardevol.
- › Voor collega's en leidinggevenden is het belangrijk dat zij recht doen aan de problemen die mensen met gezondheidsklachten op het werk ervaren. Advies over hoe om te gaan met moeilijke situaties op het werk – zoals onbegrip of ongeloof over klachten – zou zinnig zijn. Voor de interacties met leidinggevenden is advies over hoe om te gaan met machtsverschillen bijzonder relevant.
- › Wat betreft arbo- en zorgprofessionals laten de interviews zien dat hun advies en begeleiding gewaardeerd wordt, maar dat mensen het moeilijk kunnen vinden om deze adviezen in de praktijk te brengen.

Met betrekking tot het omgaan externe omstandigheden en zelfregie (thema 3) zou ondersteuning geboden moeten worden op de volgende punten:

- › concreet advies over hoe om te gaan met werkomstandigheden die niet uitgerust zijn voor mensen met gezondheidsklachten;
- › algemeen advies over hoe om te gaan met een moeilijke arbeidsmarkt, reorganisaties en financiële dilemma's in de context van gezondheidsklachten.

Met betrekking tot grip krijgen op jezelf en zelfregie (thema 4) zou op de volgende punten ondersteuning zinvol zijn:

- › Ondersteuning bij het zoeken naar manieren om gezondheidsklachten beter te begrijpen. Daarbij zoeken mensen niet alleen naar informatie over hun specifieke klachten, maar ook naar informatie over hun rechten en plichten.
- › Ondersteuning bij het ontwikkelen van zelfinzicht om de gezondheidsklachten te doorgronden.

In welke mate kan de Wijzer aan die behoeften voldoen?

In het kwalitatieve onderzoek kwam duidelijk naar voren dat 'Wijzer met Welder' als vrijblijvend werd ervaren en weinig aanleiding had gegeven om dingen anders aan te pakken. De deelnemers gaven wel aan dat ze het prettig vonden om bevestiging te krijgen 'dat ze op de goede weg zaten'. Dat heeft ermee te maken dat er door hun aandoening en/of intensieve baan veel op hun afkwam en het vaak niet duidelijk was hoe zij daar het beste mee om konden gaan. Geruststelling dat zij op een goede manier omgaan met hun aandoening of werk is dan prettig. Daarnaast werd de juridische informatie als prettig ervaren en zag men deze informatie als onafhankelijk. Men vond echter ook dat 'Wijzer met Welder' niet goed aansloot op de verwachtingen die waren gewekt. Mensen benaderden de Wijzer vaak met heel specifieke vragen, terwijl de informatie die zij kregen als te algemeen werd gezien. 'Wijzer met

Welder' sloot daarmee niet genoeg aan op het specifieke werk dat respondenten moeten verzetten om met hun klachten om te gaan en de dilemma's en worstelingen die dat met zich meebrengt. De interventie werd dus als niet intensief genoeg ervaren. Tenslotte werd het contact met de deskundige als kortdurend en oppervlakkig ervaren en had men geen behoefte had aan de zorgelijke verhalen van de lotgenoten op het forum.

Deze ervaringen zijn goed te begrijpen als gekeken wordt naar de context van de geïnterviewden. Ze hadden een aandoening die met gezondheidsklachten gepaard ging en/of een zware baan waardoor ze zich zorgen maakten over of ze het werk nog wel konden volhouden. Met betrekking tot de beleving van gezondheidsproblemen en aandoeningen werd gevonden dat het omgaan met dergelijke problemen een doorlopende bezigheid is. Mensen met één of meerdere gezondheidsklachten moeten constant werk verzetten en onderhoud verrichten om zo gezond mogelijk te blijven en om zo goed mogelijk te kunnen functioneren. Zeker gecombineerd met werken is dat een zware last. Om grip te krijgen op hun klachten, zoeken mensen naar allerlei manieren om deze gezondheidsklachten beter te doorgronden en te begrijpen. In die zoektocht wendden mensen zich tot allerlei bronnen van informatie, zoals internet, zorgprofessionals, televisie, collega's en arboprofessionals. In dit brede spectrum van informatiebronnen biedt 'Wijzer met Welder' zich aan.

De interacties met de privé-omgeving, werkomgeving en professionals (zoals een coach) speelden een grote rol in hun leven. Deze interacties laten zien dat het omgaan met gezondheidsklachten niet alleen een individuele kwestie is. Integendeel, mensen met gezondheidsklachten hebben in hoge mate te maken met onvoorspelbare en moeilijk controleerbare omstandigheden en soms weerbarstige situaties op de werkvloer en arbeidsmarkt, waarbij veel andere actoren een rol spelen.

'Wijzer met Welder' werd dus aangeboden in een context van grillige gezondheidsklachten, zware werkeisen, diverse andere mensen die zich met hun gezondheidsklachten bemoeiden en informatie over werken met gezondheidsklachten vanuit verschillende kanalen. Het is in die complexe context dat 'Wijzer met Welder' zich heeft moeten bewijzen. Hoewel het gebruik van 'Wijzer met Welder' als overwegend prettig werd ervaren, bleek ook dat deze interventie weinig onderscheidende inzichten, antwoorden of indrukken achterliet bij de deelnemers.

In de interventiebeschrijving werden de volgende subdoelen van 'Wijzer met Welder' omschreven¹⁶:

- a) Werkende heeft meer kennis over zijn/haar werksituatie in relatie tot zijn/haar fysieke of psychische problemen, inclusief de sociaaljuridische context van zijn / haar situatie.
- b) Werkende heeft inzicht in de verschillende rollen van betrokken gespreksactoren en de perspectieven van waaruit deze het gesprek met hem of haar voeren.
- c) Werkende heeft inzicht in het eigen werkvermogen en mogelijke oplossingen voor zijn/haar vragen en problemen.
- d) Werkende kan de verkregen kennis en inzichten vertalen in handelen: zetten van een aantal eenvoudige stappen die zijn/haar werksituatie verbeteren.
- e) Werkende komt beter voorbereid (bijvoorbeeld met een eigen voorstel) bij 'het goede gesprek' met werkgever en zorgprofessional. Hierdoor wordt de verbinding met deze actoren makkelijker te maken.

¹⁶ Interventiebeschrijving Wijzer met Welder, Erkenningscommissie Interventies, deelcommissie 4, 29 januari 2013; website Wijze met Welder: www.wijzermetwelder.nl.

- f) Werkende ervaart zelf meer grip op zijn/haar werksituatie.

Uit de interviews komt naar voren dat volgens de geïnterviewden deze doelen niet bereikt worden. Men had wellicht wat meer juridische kennis (doel a) en kennis over zijn of haar werkvermogen (doel c). Hoewel sommige geïnterviewden vertelden over hoe assertief ze hun werkgevers tegemoet traden en anderen juist vertelden hoe moeilijk ze het vonden voor zichzelf op te komen in relatie tot hun werkgever, werd met betrekking daartoe echter geen verband gelegd met 'Wijzer met Welder'.

Uit deze doelen komt naar voren dat 'Wijzer met Welder' zich niet richt op de groep die geen gezondheidsproblemen ervaart maar door het zware werk wel worstelt met de vraag hoe aan het werk te blijven tot het pensioen. In de wervingstekst voor 'Wijzer met Welder' en uit teksten op de website zelf, wordt soms wel gesuggereerd dat 'Wijzer met Welder' ook hiervoor bedoeld is. Echter, deze groep ervoer geen aansluiting bij de informatie en interventies zoals de WAI, omdat deze zich vooral op gezondheidsproblemen richten.

In het kwalitatieve onderzoek is ook nagegaan hoe de respondenten vonden dat de implementatie van de webtool het beste vorm zou kunnen krijgen. Op basis daarvan hebben we in paragraaf 7.4 aanbevelingen voor verbetering geformuleerd.

7.2 Sterktes en zwaktes onderzoeksopzet

Bij het interpreteren van de bevindingen is het van belang rekening te houden met enkele sterktes en zwaktes van de gekozen onderzoeksopzet. Deze worden in deze paragraaf bediscussieerd.

7.2.1 Sterktes

De effectmeting is gebaseerd op een vergelijking van een interventiegroep aan wie de Wijzer is aangeboden met een controle groep die de Wijzer niet heeft kunnen gebruiken. De leden die zich voor de pilot aanmelden, zijn willekeurig ingedeeld bij de interventie- en controle-groepen. De metingen werden in een aaneengesloten periode uitgevoerd (tweede halfjaar 2013) met een interval van drie maanden tussen T0 en T1.

De meetinstrumenten zijn zorgvuldig samengesteld. De keuze voor de effectmaten heeft plaatsgevonden na een grondige afweging en sluit ook aan bij ander onderzoek naar de effecten van internetinterventies op empowerment (Samoocha et al., 2011; Samoocha et al., 2010). De effectmaten dienden zo precies mogelijk aan te sluiten op de beoogde doelen en resultaten van de interventie. Bovendien was bij de keuze de sensitiviteit van de effectmaten voor verandering op de korte termijn een belangrijk criterium. In de meting was er geen contaminatie. Er waren geen storende factoren in de meetinstrumenten, zoals het dubbele gebruik van operationele items, waardoor er automatisch correlaties ontstonden tussen metingen zonder dat daar een empirische basis voor was.

De uitkomsten van de effectmeting zijn in lijn met de uitkomsten van de effectmeting van de pilot empowerment vangnetters bij UWV. In beide gevallen kon in het algemeen geen effect worden aangetoond van de Wijzer op zelfsturing en self-efficacy. Ook in een systematische review gebaseerd op 14 studies naar het effect van internetinterventies op empowerment waren de effecten beperkt in aantal en klein.

Voor de economische evaluaties zijn verschillende methoden gebruikt. De uitkomstmaten waren anders dan in het effectonderzoek, maar de conclusies zijn hetzelfde. De economische evaluatie gaat verder dan de effectmeting en drukt zowel de kosten als de baten uit. We hebben gekozen voor een brede benadering door af te wegen of de kosten van de

Wijzer opwegen tegen zowel de maatschappelijke baten als de baten van de investeerder of werkgever. Hoewel de kosten en baten per deelnemer aan het onderzoek onderzocht zijn en dit een schijn van nauwkeurigheid geeft omdat bij de berekeningen een aantal aannames zijn gebruikt (de bedragen moeten meer worden geïnterpreteerd als een orde van grootte), ligt de meerwaarde van de economische evaluatie vooral in het blootleggen van de mechanismen waardoor het rendement van de 'Wijzer met Welder' tot stand kan komen.

Vanuit het perspectief van de investeerder (werkgever) werd een kosten-batenanalyse uitgevoerd. Vanuit het maatschappelijk perspectief werden een kosten effectiviteit analyse, een kosten utiliteit analyse en een kosten consequentie analyse uitgevoerd.

De kwalitatieve evaluatie is uitgevoerd door twee ervaren interviewers en vier onderzoekers die zeer ervaren zijn met kwalitatieve analyse op het terrein van arbeid en gezondheid. Dit heeft de validiteit van het onderzoek verhoogd. Ook het feit dat de interviews thuis zijn uitgevoerd (behalve het focusgroep interview), verbatim zijn uitgetypt en door minimaal twee onderzoekers zijn gecodeerd, heeft de validiteit verhoogd.

Dat er vier verschillende onderzoeksmethoden zijn gebruikt versterkt de validiteit van de bevindingen.

7.2.2 Zwaktes

De grootste zwakte van de kwantitatieve onderdelen van het onderzoek (effectstudie, procesevaluatie en economische evaluatie) is zonder twijfel het geringe aantal deelnemers aan de pilot. Hierdoor is de kans klein dat met de studie een werkelijk effect in de populatie kan worden aangetoond. Bovendien constateerden we in deze studie dat de deelnemers aan de pilot op T0 al relatief hoog scoorden in zelfsturing en self-efficacy. Hierdoor is het minder plausibel dat er nog veranderingen optreden (plafondeffect). De deelnemers aan het onderzoek behoren tot een selecte groep van vakbondsleden. We kunnen aannemen dat zij de wegen binnen de instituties van gezondheid en werk goed kennen. Door het relatief hoge niveau van zelfsturing en self-efficacy van de deelnemers waren de kansen beperkt dat zij door toedoen van de interventie op T1 nog beter zouden scoren in zelfsturing en self-efficacy. Deze mogelijke verklaring voor het uitblijven van effecten van de interventie op de hele groep wordt bevestigd door de analyse naar de progressie van groepen deelnemers. Daaruit blijkt namelijk dat deelnemers die laag scoorden op zelfsturing ten aanzien van leren, wel wat baat bleken te hebben van het gebruik van de Wijzer.

Hoewel de keuze voor de effectmaten op basis van een zorgvuldige afweging is gemaakt (met name met betrekking tot de mogelijkheid van het meten van veranderingen op korte termijn), moeten we ermee rekening houden dat andere effectmaten mogelijk meer het veronderstelde doel en kenmerken van de Wijzer benaderen en daarmee beter inzicht geven in de effectiviteit. De onderzoekers hebben de best mogelijke keuze proberen te maken uit de effectmaten waarvan zij indertijd op de hoogte waren. Dit is echter geen garantie dat hiermee ook de beste keuze is gemaakt.

Wat betreft de kwalitatieve evaluatie kan eveneens als methodologische zwakte worden genoemd dat de deelnemers een selectieve groep betroffen. Omdat de deelnemers verwachtingen hadden die niet helemaal aansloten bij hetgeen de 'Wijzer met Welder' biedt, heeft dit er wellicht voor gezorgd dat ze weinig gebruik hebben gemaakt van 'Wijzer met Welder' en dat dit geen grote indruk bij hen heeft achtergelaten. Aan de andere kant zijn er aanwijzingen dat de deelnemers juist een selectieve groep met een heel positieve houding ten aanzien van Wijzer met Welder zouden kunnen zijn. Uit de grote groep mensen die inmiddels gebruik hebben gemaakt van de interventie, hebben wellicht alleen de meest geëngageerde mensen zich gemeld voor het kwalitatieve onderzoek. Aangezien zelfs deze mensen worstelden met het omgaan met hun aandoening en met hun werkgever en deze mensen niet aangaven dat de Wijzer hen daarbij had geholpen, kan verondersteld worden

dat 'Wijzer met Welder' bij mensen die minder bezig zijn met onderwerpen als zelfregie en vitaal aan het werk blijven, als nog minder effectief zou worden ervaren. Daarnaast waren er deelnemers die redelijk zelfredzaam waren. Echter, er waren geen wezenlijke verschillen in de ervaring met 'Wijzer met Welder' tussen de respondenten die worstelden met hun aan-doening en degenen die meer zelfredzaam waren.

Met betrekking tot de focusgroep moet opgemerkt worden dat er uiteindelijk geen mensen bleken te zijn geworven die zelf ervaring hadden met de Wijzer of kennis hadden genomen van de Wijzer. Er kon dus alleen informatie worden verkregen over behoeften aan ondersteuning en hoe dit vorm zou moeten krijgen in een E-tool.

Tot slot heeft de relatief korte tijd waarin het onderzoek uitgevoerd moest worden de diepgang van de analyses beperkt en daarmee de validiteit verkleind.

7.3 Discussie van de bevindingen

Uit het onderzoek komt een gevarieerd beeld naar voren over de toegevoegde waarde van de Wijzer. Hoewel over het algemeen geen effect van de Wijzer op zelfregie en self-efficacy kan worden aangetoond, waren de leden van CNV Publieke Zaak over het algemeen positief over het feedbackgesprek, de kennissite en het persoonlijk advies van de Wijzer. Zij vonden deze onderdelen ook nuttig, al bleken zij deze in de praktijk vaak niet nodig te hebben. Hierbij dienen we in ogenschouw te nemen dat de deelnemers aan de pilot bij CNV Publieke Zaak bovengemiddeld vaak blank, hoogopgeleid en gezond waren. Ook in ander onderzoek naar 'Wijzer met Welder' (van Genabeek et al., 2014) en naar een andere internet interventie gericht op het vergroten van empowerment van arbeidsongeschikten (Samoocha et al., 2011a) werden geen effecten gevonden op indicatoren van empowerment. Uit een systematisch review van onderzoek naar internetinterventies gericht op empowerment was gebleken dat er wat effecten gevonden worden op specifieke indicatoren (Diabetes Empowerment Scale, ziekte-specifieke self-efficacy en de Pearlin Mastery Scale) maar dat effecten erg klein waren terwijl de interventies intensiever waren dan 'Wijzer met Welder' (Samoocha et al., 2010).

Tegelijkertijd blijkt uit de kwalitatieve evaluatie dat de Wijzer onvoldoende aansluit op specifieke behoeften en wensen van gebruikers. De gebruikers die voor de kwalitatieve evaluatie zijn geïnterviewd hadden relatief vaak langdurige gezondheidsklachten. Zij bleken in de praktijk heel specifieke vragen te hebben over werk en gezondheid. Deze groep gebruikers beschouwden de informatie die zij via de Wijzer kregen veelal als te algemeen. Dat gold ook voor het contact met de deskundige, dat als te kortdurend en te oppervlakkig werd ervaren. Hieruit komen twee leerpunten naar voren. Ten eerste is de doelgroep te breed gedefinieerd en wordt deze ook op verschillende manieren verwoord in de informatie over de Wijzer. Ten tweede is de Wijzer voor de groep gebruikers met gezondheidsklachten een te weinig intensieve interventie die hen onvoldoende aanknopingspunten biedt. Deelname aan internetinterventies is overigens een breder probleem, de 'uptake' en 'adherence' zijn over het algemeen laag (Samoocha et al. 2011b; Donkin et al. 2011).

Een belangrijke bevinding van het kwalitatieve onderzoek is verder dat interacties met de privé-omgeving, werkomgeving en professionals (zoals een coach) een grote rol spelen in de zelfregie van mensen. Daar komt bij dat mensen zich tegenwoordig steeds beter kunnen informeren via het internet en dat social media steeds meer mogelijkheden bieden voor advies en feedback. De Wijzer wordt derhalve vrijwel altijd in combinatie met andere bronnen gebruikt. De toegevoegde waarde van de Wijzer hangt daarmee niet alleen af van de persoonlijke kenmerken van de individuele gebruiker (gezond of ongezond, goed of slecht op de hoogte), maar ook van de interactie met diens sociale netwerk en alternatieve informatie- en ondersteuningsbronnen.

7.4 Aanbevelingen

Het onderzoek geeft aanwijzingen voor zes typen verbeteringen. Ten eerste moet de doelgroep beter omschreven worden, en nagegaan worden hoe deze groep bereikt kan worden (targetting). Er moet een keuze gemaakt worden: richt 'Wijzer met Welder' zich ook op degenen die zich zorgen maken over het volhouden van hun werk tot aan hun pensioen, of niet? Zo ja, dan moet de inhoud ook aansluiten op die groep en niet alleen over gezondheidsproblemen gaan.

Ten tweede, als de doelgroep beter omschreven wordt kan gedacht worden aan tailoring – aansluiting bij het individu. Als gericht wordt op de juiste doelgroep, kan vervolgens een verfijnde beslisboomstructuur de kans vergroten dat een gebruiker van de website ook antwoord krijgt op zijn of haar specifieke vragen.

Maar alleen informatie is niet genoeg om met 'Wijzer met Welder' daadwerkelijk bij te kunnen dragen aan meer zelfsturing door de gebruiker, hoe specifiek de informatie ook is. De gebruiker krijgt met dit instrument te weinig ondersteuning om effectiever om te gaan met zijn of haar leidinggevende en gezondheidsprofessional. Dit betekent allereerst dat nagedacht moet worden over het onderliggende veranderingsmodel. Via welke ingrediënten in de interventie moet wat bereikt worden? Uitgaande van theorie over empowerment, zou preciezer omschreven moeten worden welke voorwaarden de interventie moet bieden om de gebruiker de gelegenheid te geven zijn of haar kracht aan te spreken en te ontwikkelen. Inhoudelijk zou ook aangesloten kunnen worden op bewezen effectieve assertiviteitstrainingen. Dit vereist oefening en feedback op basis van gedegen kennis op het gebied van gedragsverandering. Hiervoor zou de mogelijkheid kunnen worden onderzocht om bijvoorbeeld onderdelen uit bewezen effectieve assertiviteitstrainingen te gebruiken. Dat betekent vervolgens in de uitvoering dat de website waarschijnlijk interactiever zou moeten zijn, dat er meer deskundige ondersteuning nodig is en dat oefeningen minder vrijblijvend zijn. Er kan misschien een voorbeeld worden genomen aan web based interventies voor psychische problemen, waaruit blijkt dat therapie via internet net zulke goede resultaten kan opleveren als face-to-face therapy (Abbott et al., 2008; Postel et al., 2007; Sucala et al., 2012; Barak et al., 2008).

Als we naar de problemen kijken waar de geïnterviewden mee kampen, is gedragsverandering van de werknemer op zichzelf niet genoeg. Werkgevers lijken op hun beurt ook te worstelen met gebrek aan kennis en mogelijkheden om ruimte en flexibiliteit te bieden aan werknemers met gezondheidsproblemen. Er zou meer aandacht besteed kunnen worden aan hoe de werkgever wegwijs kan worden gemaakt en hoe de vereiste flexibiliteit gecreëerd kan worden zonder dat collega's overbelast worden als de chronische zieke werknemer weer eens uitvalt. Er kan gedacht worden aan een website voor werkgevers, hetgeen ook een bijdrage kan leveren aan een gelijkwaardigere machtsbalans.

Tenslotte zou 'Wijzer met Welder' ook een bijdrage kunnen leveren aan het effectiever vertalen van medisch advies over gezondheidsproblemen naar werkvermogen en welke eisen dit aan de werkplek stelt. Ook zou de werknemer meer ondersteund kunnen worden de bedrijfsarts daarbij te betrekken, door bijvoorbeeld dialoog met de werkgever te bevorderen of te helpen bij het vertalen van medisch advies naar de werkvloer.

Al met al vergt dit een gerichtere, langdurigere en intensievere interventie. Om dit laatste te bereiken zou een literatuuronderzoek uitgevoerd kunnen worden naar effectiviteitsstudies van bestaande interventies met betrekking tot eigen regie in Nederland en in het buitenland (zie Samoocha et al., 2010 en Samoocha et al., 2011a en 2011b). Hierbij moet nadrukkelijk nagegaan worden wat al ontwikkeld is binnen de psychologie en het maatschappelijk werk, en moet niet alleen gekeken worden naar web based interventies. Vervolgens zou nagegaan kunnen worden welke als werkzaam ervaren interventies / componenten aansluiten op de doelgroep en doelen van 'Wijzer met Welder'. Dan zou nagegaan moeten worden in hoe-

verre binnen de bestaande web based tool deze componenten opgenomen zouden moeten worden, of dat een hele nieuwe web based tool ontwikkeld zou moeten worden. Als een keuze is gemaakt is het aan te bevelen eerst een pilot uit te voeren naar haalbaarheid (feasibility study) en ervaren effectiviteit, en de interventie vervolgens aan te passen. Pas dan kan een volledige (kosten)effectiviteitsstudie worden uitgevoerd.

Het blijft een belangrijke vraag of een dergelijk intensieve interventie iets toevoegt aan interventies die al aangeboden worden aan de doelgroep, en in hoeverre men dan de voorkeur aan 'Wijzer met Welder' geeft. Een kort marktonderzoek zou op die vraag antwoord kunnen geven.

Referenties

Abott, J.A., Klein, B., Ciechomski, L. (2008) Best practices in online therapy. *Journal of technology in human services* 26 (2-4) pp. 360-375. ISSN 1522-8835

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., Shapira, N. (2008) A comprehensive review and a meta-analysis of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of technology in human services* 26 (2-4) pp. 109-160. ISSN 1522-8835

Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 77-101. ISSN 1478-0887

Donkin, L., Christensen, H., Naismith, S.L., Neal, B., Hickie, I.B., Glozier, N. (2011) A systematic review of the impact of adherence on the effectiveness of e-therapies. *J Med Internet Res* 13 (3) pp. 1-12. ISSN 1438-8871

Genabeek, J. van, Fermin, B.M.F., Huijs, J.J.J.M., Huson, A, Giesen, F.B.M., Oude Hengel, K.M. (2014). *Wijzer voor vangnetters. Verslag van een onderzoek naar de inzet van de interventie 'Wijzer met Welder' bij vangnetters UWV. Rapport voor Welder, UWV, 27 januari 2014. Rapportnummer TNO 2014 R10155*

Ilmarinen J. *Ageing workers in the European union – status and promotion of work ability, employability and employment.* Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health, Ministry of Labour; 1999.

Jenkinson C, Layte R. Development and testing of the UK SF-12 (short form health survey) *J Health Serv Res Policy.* 1997;2:14–18.[PubMed] & 26.Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item.

Koppes, L.L.J., Vroome, E.M.M. de, Mol, M.E.M., Janssen, B.J.M., Zwieten, M.H.J. van, Bossche, S.N.J. vd. (2012) *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2011. Hoofddorp: TNO.*

Onafhankelijke Erkenningcommissie Interventies. *Interventiebeschrijving Wijzer met Welder.* <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/w/16869/>.

Postel, M.G., de Haan, H.A., De Jong, C.A.J. (2008) E-therapy for mental health problems: a systematic review. *Telemedicine and e-health* 14(7). ISSN 1530-562

Raemdonck, I. (2006). *Self-directedness in learning and career processes. A study in lower-qualified employees in Flanders. Doctoral Dissertation. Ghent, Belgium: Ghent University – Department of Educational Sciences.*

Samoocha, D., Bruinvels, D.J., Elbers, N.A., Anema, J.R., van der Beek, A.J. (2010) Effectiveness of web-based interventions on patient empowerment: a systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res* 12 (2) pp. 1-16. ISSN 1438-8871

Samoocha D, De Koning J, Zaeyen T, De Vet HC, Bruinvels DJ, Nijhuis F, Van Der Beek AJ. (2010). Empowerment of people with a long-term work disability: development of the 'VrijBaan' questionnaire. *Disabil Rehabil.* 2011;33(9):734-42. doi: 10.3109/09638288.2010.509457. Epub 2010 Aug 31.

Samoocha, D., Snels, I.A.K., Bruinvels, D.J., Anema, J.R., Kowalczyk, W., van der Beek, A.J. (2011) Process evaluation of a web-based intervention aimed at empowerment of disability benefit claimants. *BMC Medical informatics and decision making* 11 (10) pp. 1-11. ISSN 1472-6947

Samoocha, D., Snels, I.A.K., Bruinvels, D.J., Anema, J.R., van der Beek, A.J. (2011) Effectiveness of an interactive website aimed at empowerment of disability benefit claimants: results of a pragmatic randomized controlled trial. *J Occup Rehabil* 21 (3) pp. 410-420. ISSN 1053-0487

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. *J Med Internet Res* 14 (4) pp. 1-13. ISSN 1438-8871

Zaeyen T: Vrijbaan: Afsluitende rapportage werkpakket 3 [Dutch]. 2006.

Bijlage 1 Achtergrondkenmerken – vergelijking groepen

	Conditie		
	controle	interventie	Totaal
Geslacht			
· Man	47,1%	24,1%	36,5%
· Vrouw	52,9%	75,9%	63,5%
·N	34	29	63
Leeftijd	52,7	51,0	51,9
- Standaarddeviatie	7,23	7,98	7,57
·N	34	29	63
Woonsituatie			
· Ik woon alleen	23,5%	17,2%	20,6%
· Ik woon alleen met mijn kind(eren)	5,9%	0%	3,2%
· Ik woon samen met mijn partner	50,0%	48,3%	49,2%
· Ik woon samen met mijn partner en kind(eren)	20,6%	34,5%	27,0%
·N	34	29	63
Etniciteit			
· allochtoon	2,9%	3,4%	3,2%
· autochtoon	97,1%	96,6%	96,8%
·N	34	29	63
Startkwalificatie			
· geen startkwalificatie	8,8%	6,9%	7,9%
· wel startkwalificatie	91,2%	93,1%	92,1%
·N	34	29	63

Noot. Percentages zijn kolompercentages, en zijn getoetst met de Pearson χ^2 test (horizontale vergelijkingen). Gemiddelden zijn getoetst met de t-test (horizontale vergelijkingen). Het contrast is telkens subgroep vs overige cases (gewogen deviatiecontrast). ▲: $p < 0,05$ (en ▼): significant hoge (lage) percentages en/of gemiddelden (2-zijdig). Symbolen zijn alleen gebaseerd op significantie, niet op effectgrootte.

Bijlage 2 Determinanten en uitkomstmaten op de voormeting- vergelijking groepen

	deelname in interventie of controlegroep		
	controle	interventie	Totaal
Gezondheid T0 [Gemiddelde]	2,91	2,62	2,78
- Standaarddeviatie	0,87	0,73	0,81
·N	34	29	63
Werkvermogen tov eisen vh werk T0 (WAI) [Gemiddelde]	6,21	5,79	6,02
- Standaarddeviatie	1,56	1,19	1,41
·N	34	29	63
Werkvermogen algemeen T0 [Gemiddelde]	6,97	6,28	6,65
- Standaarddeviatie	2,15	1,89	2,05
·N	34	29	63
Self-efficacy tav loopbaan T0 (Cronbach's alpha=.80) [Gemiddelde]	3,02	3,21	3,11
- Standaarddeviatie	0,89	0,76	0,83
·N	34	29	63
Self-efficacy tav werk T0 (Cronbach's alpha=.84) [Gemiddelde]	3,95	3,83	3,90
- Standaarddeviatie	0,77	0,57	0,68
·N	34	29	63
Algemene zelfsturing T0 (Cronbach's alpha=.82) [Gemiddelde]	4,08	4,02	4,05
- Standaarddeviatie	0,47	0,51	0,49
·N	34	29	63
Zelfsturing tav leren T0 (Cronbach's alpha=.91) [Gemiddelde]	3,94	3,87	3,91
- Standaarddeviatie	0,51	0,61	0,55
·N	34	29	63
Zelfsturing tav loopbaan T0 (Cronbach's alpha=.89) [Gemiddelde]	3,57	3,63	3,60
- Standaarddeviatie	0,53	0,62	0,57
·N	34	29	63
Kennis werk en gezondheid T0 (Cronbach's alpha=.93) [Gemiddelde]	6,90	6,88	6,89
- Standaarddeviatie	1,64	1,46	1,55
·N	34	29	63
Grip op werksituatie T0 (Cronbach's alpha=.74) [Gemiddelde]	3,78	3,71	3,75
- Standaarddeviatie	0,85	0,72	0,79
·N	34	29	63

Noot. Gemiddelden zijn getoetst met de t-test (horizontale vergelijkingen). Het contrast is telkens sub-groep vs overige cases (gewogen deviatiecontrast). ▲ : p<0,05 (en ▼): significant hoge (lage) gemiddelden (2-zijdig). Symbolen zijn alleen gebaseerd op significantie, niet op effectgrootte.

Bijlage 3 Determinanten en uitkomstmaten op de nameting- vergelijking groepen

	conditie		
	controle	interventie	Totaal
Gezondheid T1 [Gemiddelde]	2,91	2,62	2,78
- Standaarddeviatie	0,87	0,73	0,81
·N	34	29	63
Werkvermogen tov eisen vh werk T1 (WAI) [Gemiddelde]	7,44	6,93	7,21
- Standaarddeviatie	1,50	1,46	1,49
·N	34	29	63
Werkvermogen algemeen T1 [Gemiddelde]	7,35	6,62	7,02
- Standaarddeviatie	1,94	1,78	1,89
·N	34	29	63
Self-efficacy tav loopbaan T1 (Cronbach's alpha=.73) [Gemiddelde]	3,42	3,19	3,31
- Standaarddeviatie	0,84	0,73	0,79
·N	34	29	63
Self-efficacy tav werk T1 (Cronbach's alpha=.86) [Gemiddelde]	4,18	3,87	4,04
- Standaarddeviatie	0,67	0,67	0,68
·N	34	29	63
Algemene zelfsturing T1 (Cronbach's alpha=.81) [Gemiddelde]	4,05	4,01	4,03
- Standaarddeviatie	0,36	0,47	0,41
·N	34	29	63
Zelfsturing tav leren T1 (Cronbach's alpha=.87) [Gemiddelde]	3,90	3,87	3,89
- Standaarddeviatie	0,44	0,46	0,45
·N	34	29	63
Zelfsturing tav loopbaan T1 (Cronbach's alpha=.91) [Gemiddelde]	3,56	3,61	3,58
- Standaarddeviatie	0,59	0,61	0,60
·N	34	29	63
Kennis werk en gezondheid T1 (Cronbach's alpha=.94) [Gemiddelde]	7,13	7,03	7,09
- Standaarddeviatie	1,59	1,23	1,42
·N	34	29	63
Grip op werksituatie T1 (Cronbach's alpha=.78) [Gemiddelde]	3,78	3,76	3,77
- Standaarddeviatie	0,85	0,78	0,81
·N	33	28	61
<p>Noot. Gemiddelden zijn getoetst met de t-test (horizontale vergelijkingen). Het contrast is telkens sub-groep vs overige cases (gewogen deviatiecontrast). ▲ : p<0,05 (en ▼): significant hoge (lage) gemiddelden (2-zijdig). Symbolen zijn alleen gebaseerd op significantie, niet op effectgrootte.</p>			

Bijlage 4 Interventiekosten

De interventiekosten voor dit onderzoek zijn gebaseerd op het werkelijke gebruik van ieder individu in de onderzoekspopulatie over de onderzoeksperiode van 3 maanden. De kosten hieronder gepresenteerd zijn opgesplitst per relevant onderdeel ten aanzien van de interventie. Het werkelijk gebruik van 'Wijzer met Welder' in de betreffende onderzoekssettings in 2013 was 336. Wanneer er in 2013 meerdere pilots hadden gelopen, was het daadwerkelijk gebruik hoger geweest. Om de kosten in het perspectief te zetten van meer gebruikers, staat onderaan in de tabel ook een berekening van de kost indien er 1000 gebruikers waren geweest van de Wijzer.

Type Kosten	Berekening	Uitkomst (€)
Operationele kosten website		
Onderhoud ICT	(52 units * €45)	2340
Actualiseren inhoud	(52 units * €65)	3380
Inhoudelijke ondersteuning	(260 units * €45)	11700
Hosting, telefoon, e.d.	€ 3.500	3500
Handling – administratie	(52 units * €35)	1820
Relatiebeheer	(16 * €80)	1280
Marge	€ 1.500	1500
<i>Totale kosten per jaar website</i>		<i>28072</i>
<i>Kosten per participant website</i>		<i><u>76</u></i>
Gebruik WAI-test		
licentie gebruik WAI inclusief vragenlijsten, updates van de WAI en de WAI-werkwijzer	Prijsafsprak €2674 voor 2 jaar tot 1000 gebruikers	2764
<i>Totale kosten per jaar gebruik WAI-test</i>		<i>1337</i>
<i>Kosten per participant gebruik WAI-test</i>		<i><u>3,98</u></i>
Feedback gesprek coach		
Faciliteren (10'), voorbereiden (10'), gesprek (30') en registreren (1')	Uurloon / duur inzet 47,7/60*41	32,60
<i>Kosten per participant feedback gesprek coach</i>		<i><u>32,60</u></i>
Persoonlijk advies		
Mail (15') registratie (5') of advieslijn (15') registratie (5')	Uurloon / duur inzet 47,7/60*30	23,85
<i>Kosten per participant persoonlijk advies</i>		<i><u>23,85</u></i>
Forum		
Moderator 5h/week (inhoud en registratie)	Uurloon * uur per week (95*5)	475
<i>Totale kosten per jaar forum</i>	kosten per week * 52 weken	24700
<i>Kosten per participant forum</i>		<i><u>73,51</u></i>
<i>Interventiekosten 2013 'Complete uptake' d.w.z. bij gebruik van alle onderdelen (N=336)</i>		<i>209,94</i>
<i>Interventiekosten 2013 'Complete uptake' d.w.z. bij gebruik van alle onderdelen behaalde target (N=1000)</i>		<i>113,01</i>

Type Kosten	Berekening	Uitkomst (€)
<i>Gemiddelde interventiekosten participanten CNV Publieke Zaak onderzoek 'Uptake' daadwerkelijk gebruik per individu van de onderdelen naar behoefte (N=29)</i>		21,98

Gezond Leven

Polarisavenue 151
2132 JJ Hoofddorp
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

T +31 88 866 61 00
F +31 88 866 87 95

www.tno.nl
infodesk@tno.nl

Handelsregisternummer 27376655

TNO.NL