

# **Het lukt niet zonder werk**

Over psychische klachten, arbeidsparticipatie en herstel

Roland Willen Bart Blonk

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar 'Arbeidsparticipatie en psychische klachten: in het bijzonder activering en reïntegratie' aan de Universiteit Utrecht op 29 maart 2006.

Meneer de rector magnificus  
Geachte aanwezigen,

Hartelijk dank voor de moeite die u heeft genomen hier aanwezig te zijn bij deze openbare les. Ik wil het vanmiddag met u hebben over twee zaken over reïntegratie en over activering. Twee woorden die ook in de titel staan van mijn leerstoel 'Arbeidsparticipatie en psychische klachten: in het bijzonder activering en reïntegratie'.

## **Het probleem**

Reïntegratie handelt over het begeleiden naar werk van werknemers die ziek thuis zitten. Activering handelt over het begeleiden naar werk van langdurig werklozen. En natuurlijk wil ik het met u hebben over onderzoek, met name over effectonderzoek op deze twee vormen van begeleiding.

En in beide gevallen richt ik mij op de begeleiding van mensen met psychische klachten. Niet over psychische klachten in het algemeen want dat is een te breed begrip. Nee, het gaat over die psychische klachten die gerelateerd zijn aan werk. Klachten die ontstaan als gevolg van een te hoge arbeidsbelasting, maar, ook klachten die het gevolg zijn van het ontbreken van werk, klachten die het gevolg zijn van werkloosheid.

Het zijn psychische klachten die vooral gerelateerd zijn aan depressie, aan een depressief affect. Niet zozeer depressie in klinisch diagnostische zin maar meer van onwelbevinden, van psychische vermoeidheid, van burnout of overspanning. Maar daarnaast ook van uitzichtloosheid, van moedeloosheid, van geen perspectief zien op verbetering van de leefsituatie, of dat nu met werk is of juist zonder.

Maar meer nog wil ik het met u hebben over het herstel van deze klachten bij mensen die langdurig zonder werk zitten of langdurig verzuimen, en over hoe terugkeer naar het werk juist kan bijdragen aan dat herstel.

Vanwege de twee onderwerpen, reïntegratie en activering, maar ook omdat de wetenschappelijke stand van zaken rond deze twee onderwerpen aanmerkelijk verschillend is, zal ik in het eerste deel van mijn rede ingaan op reïntegratie en in het tweede deel op activering.

Maar laten we eerst kijken naar de omvang van het probleem en daarmee naar de maatschappelijke relevantie en vervolgens per onderwerp nagaan wat er aan interventieonderzoek is gedaan, wat de betekenis daarvan is en wat er nog gedaan moet worden.

## **De omvang**

Het aantal mensen dat psychische klachten rapporteert van de aard zoals ik zojuist beschreven heb is groot. Ik zal u wat cijfers noemen. Het varieert wel enigszins per onderzoek en is natuurlijk ook afhankelijk van de criteria die men hanteert maar cijfers uit recent onderzoek laten zien dat zo'n 5-10 % van de werknemers in Nederland last heeft van werkgerelateerde psychische klachten. Ook blijkt uit cijfers van het UWV dat psychische klachten, in het bijzonder die klachten die te maken hebben met depressie, burnout of overspanning nog steeds zo'n dertig procent van de totale instroom in de WAO (Sinds januari WIA geheten) veroorzaken. Dan hebben we het over zo'n vijftieng tot dertigduizend mensen per jaar.

Verder blijkt uit recent onderzoek door TNO dat de maatschappelijke kosten als gevolg van verzuim, uitkeringen en medische consumptie, ruw geschat, bij elkaar zo'n vier miljard euro per jaar bedragen.

Maar zoals gezegd het gaat niet alleen over psychische klachten bij werknemers, het gaat ook over psychische klachten bij werklozen. De laatste cijfers bij het CBS laten zien dat op dit moment meer dan 200.000 mensen een bijstandsuitkering ontvangen. Daarnaast zijn er nog zo'n 300.000 mensen die in de WW zitten. Deze mensen lopen een groot risico op klachten van depressieve aard als de werkloosheid te lang duurt, met name als het langer duurt dan drie maanden. Ik kom daar later nog op terug, maar één ding is duidelijk, mensen die werkloos zijn hebben gemiddeld gezien een slechtere mentale gezondheid dan zij die wel een baan hebben.

Bij elkaar genomen gaat het dus om een omvangrijk maatschappelijk probleem, om zo'n vijfhonderd tot achthonderd duizend mensen die door hun werk of juist doordat ze geen werk hebben problemen ervaren met hun mentale gezondheid, en waar, naast het persoonlijke leed, ook maatschappelijk gezien enorme kosten mee zijn gemoeid.

Daar moet dus iets aan gedaan worden en, gezien de omvang, is het noodzakelijk dat er op verschillende niveaus maatregelen worden genomen. Verschillende niveaus, dat wil zeggen op het niveau van de landelijk overheid, op het niveau van branches en arbeidsorganisaties, en op het niveau van de individuele begeleiding. En dat is ook gedaan. Bijvoorbeeld, op het terrein van psychische klachten bij werknemers is op het niveau van de overheid de Wet Verbetering Poortwachter ingevoerd, op het niveau van de branches zie je dat er arboconvenanten rond werkdruk zijn afgesproken en op het niveau van de individuele begeleiding zijn er medische richtlijnen en behandelprotocollen ontwikkeld. Maatregelen die bij voorkeur evidence based zijn, dat wil zeggen, zoveel mogelijk gegrond zijn op wetenschappelijke kennis. En juist hier dient zich een probleem aan, namelijk dat veel maatregelen niet gebaseerd zijn op

evidence, op wetenschappelijk bewijs. Dat geldt zowel voor maatregelen die betrekking hebben op reïntegratie als die betrekking hebben op activering.

Ik zal nu eerst ingaan op situatie rond de reïntegratie van werknemers met psychische klachten.

### **Onderzoek bij werknemers met psychische klachten**

Psychische klachten bij werkenden, daar is de afgelopen decennia enorm veel en in ook toenemende mate onderzoek naar gedaan. Om u een indicatie te geven: als je bijvoorbeeld in de wetenschappelijke literatuur naar het woord burnout zoekt dan krijg je zo'n 4000 hits, 4000 wetenschappelijke publicaties in de afgelopen 25 jaar die iets zeggen over burnout. Als je daar een term als werkstress aan toevoegt dan worden het er meer dan tien duizend. Met andere woorden een enorme hoeveelheid onderzoek.

Echter, voeg vervolgens woorden toe die te maken hebben met begeleiding of behandeling dan blijven er maar zo'n vijf tot zes honderd over. Hieruit kun je concluderen dat het meeste onderzoek op dit terrein gaat over de aard, over de context en over de ontwikkeling van deze psychische klachten en dat slechts een beperkt deel gaat over wat dat dan betekent voor de begeleiding of behandeling van de mensen die hier mee kampen.

Als je vervolgens woorden als effectonderzoek of uitkomst toevoegt, dan blijven er maar enkele tientallen wetenschappelijke publicaties over. Een grove inhoudelijke scan van deze studies laat vervolgens zien dat minder dan tien studies betrekking hebben op het effect van begeleiding bij werknemers die ziek thuis zitten vanwege de genoemde psychische klachten.

Een paar jaar geleden hebben van der Klink, de hooggeleerden Schene en van Dijk en ikzelf een meta-analyse uitgevoerd op het terrein van stress management trainingen. Het doel dat we aanvankelijk voor ogen hadden was een overzicht geven van gecontroleerde interventiestudies tot 1998 bij werknemers die verzuimen vanwege psychische klachten. Echter we vonden geen enkele interventiestudie met verzuimden werknemers alleen studies met niet verzuimenden werknemers. Met ander woorden alleen primair preventieve studies, en geen secundair preventieve studies.

En daarmee kom ik op mijn eerste centrale thema, namelijk er wordt te weinig interventieonderzoek wordt uitgevoerd bij, wat ik zou willen noemen, 'klinische' groepen, bij diegene waarvoor interventies uiteindelijk worden ontwikkeld.

Het is ook wel eigen aan de wetenschappelijke wereld die meer geneigd is onderzoek te doen naar het waarom van de dingen dan naar het waarvoor, naar de toepassing van al die ontwikkelde kennis. Niet dat alle wetenschappelijke

kennis per se een toepassing dient te krijgen. Het is eigen aan de mens de vraag naar het waarom van de dingen te stellen. En daarmee is die vraag op zich legitiem. Maar zo ook is de vraag naar het waarvoor. Het is dan onder andere aan instituten als TNO om in samenwerking met universiteiten deze vraag naar het waarvoor te stellen en de antwoorden op de waarom vraag te vertalen naar praktische handvatten en deze handvatten te evalueren in gecontroleerd interventieonderzoek.

Maar laten we terug gaan naar die paar interventiestudies die wel zijn uitgevoerd en kijken naar de resultaten van deze studies en wat dat betekent voor toekomstig onderzoek.

### **Interventieonderzoek tot nu toe**

Voor zover mij bekend, zijn er zo'n zeven interventiestudies uitgevoerd met werknemers die verzuimen vanwege psychische klachten. Voor het merendeel deel betreft het overigens studies die zijn uitgevoerd door promovendi die ik heb begeleid, die ik zelf heb uitgevoerd of anderszins bij betrokken ben geweest. Voor dat ik wat meer in detail op deze studies in ga kan ik u nu al zeggen dat de uitkomsten van deze studies allemaal in dezelfde richting wijzen. Namelijk dat werkhervatting een belangrijk onderdeel dient te zijn van de interventie, van de behandeling, dat het herstel niet lukt of voldoende snel lukt zonder werkhervatting.

En de vraag die dan opkomt is hoe doe je dat dan, hoe incorporeer je dan werkhervatting in de interventie, in de behandeling? Dat is het tweede centrale thema van mijn rede, hoe doe je dat dan.

Een van de eerste onderzoeken op dit terrein is het onderzoek geweest van Van der Klink. In dit vergelijkend effectonderzoek is nagegaan wat het effect is van een door bedrijfsartsen uitgevoerde *activerende* begeleiding bij werknemers die ziek thuis zaten vanwege de eerder genoemde psychische klachten.

De kern van deze activerende begeleiding, waarin vooral gebruik is gemaakt van gedragstherapeutische principes, is dat niet het niveau van de klachten leidend is in de begeleiding, maar de tijd die werknemers thuis zitten. Daarmee is de behandeling dus tijdscontingent en niet – zoals traditioneel gebruikelijk – klachtencontingent. Met andere woorden vanaf een bepaald tijdstip wordt aangestuurd op partiele en volledige werkhervatting. In dit onderzoek werd het effect van deze activerende begeleiding vergeleken met de reguliere begeleiding. De resultaten van dit onderzoek zijn opmerkelijk. De daling in klachten was in beide begeleidingsvormen even groot, terwijl er wel een verschil gevonden werd in de *snelheid* waarmee werknemers weer aan het werk gingen. Namelijk, werknemers die de activerende begeleiding kregen waren sneller volledig aan het werk dan de werknemers die de reguliere begeleiding ontvingen. Men zou

vervolgens kunnen denken dat werknemers die sneller terug naar het werk gingen ook een grotere kans hadden zich weer sneller ziek te melden. Dit bleek niet het geval te zijn. Bovendien was iedereen weer volledig aan het werk binnen een jaar waarmee, volgens de destijds geldende wetgeving, WAO instroom werd voorkomen.

Wat kunnen we hieruit concluderen? Tenminste kunnen we concluderen dat terugkeer naar het werk gerelateerd is aan het niveau van de klachten maar, dat dit niveau van klachten niet samenhangt met de snelheid waarmee mensen kunnen terugkeren naar het werk.

In vrijwel alle andere studies is dit zelfde resultaat gevonden. Wel verschillen in de snelheid waarmee werknemers weer volledig aan het werk gaan en maar geen verschil in de daling van klachten.

Een van deze andere studies is de studie van Nieuwenhuijsen waarin de relatie tussen kwaliteit van bedrijfsgeneeskundig handelen en werkhervatting bij werknemers met psychische klachten is onderzocht. De kwaliteit van het bedrijfsgeneeskundig handelen werd afgemeten aan de recent ontwikkelde medische richtlijn. Deze richtlijn is overigens gebaseerd op het eerder genoemde onderzoek van Van der Klink. In de kern geeft deze richtlijn aan dat je niet klachtencontingent maar tijdcontingent moet begeleiden, wat zoveel zegt als dat de duur van het verzuim meer richtinggevend is in de begeleiding dan het niveau van de klachten. De resultaten van het onderzoek van Nieuwenhuijsen komen overeen met dat van Van de Klink: Dit betekent dus dat hoe meer bedrijfsartsen conform de richtlijn handelen des te sneller gaan werknemers terug naar het werk, terwijl dit geen negatieve invloed heeft op de daling van de klachten

Beide onderzoeken laten volgens mij zien dat terugkeer naar het werk een belangrijk onderdeel van de begeleiding dient te zijn en dat de begeleiding niet direct op de klachten gericht hoeft te zijn maar in eerste instantie op het functioneren, op het herstel van functioneren. Dit herstel van functioneren zou mogelijk gebaat kunnen zijn bij een soort gecombineerde aanpak waarin zowel werkgerichte interventies als individugerichte interventies worden aangeboden. Dat is door ons in een volgende studie onderzocht.

De uitkomsten van deze studie, overigens de eerste studie op dit terrein waarin een experimenteel design werd gehanteerd, lieten wederom een zelfde beeld zien. In alle behandelcondities was de daling in klachten even groot terwijl er juist een verschil werd gevonden in de *snelheid* waar mee mensen weer volledig aan het werk waren.

Zodra er werkaspecten geïntegreerd worden in de behandeling, zoals in de gecombineerde aanpak, waren mensen veel eerder hersteld wat betreft hun functioneren dan in de twee andere condities. Eén van deze twee condities betrof overigens uitgebreide psychologische begeleiding. Het laat eens te meer zien dat

een behandeling die te veel uit gaat van het oude adagium dat je eerst ‘beter’ moet zijn voor je weer aan het werk kunt belemmerend kan werken op het herstel.

De resultaten van deze onderzoeken zijn goed verklaarbaar vanuit de leertheoretische principes, de basis van de cognitieve gedragstherapie, waarin cognitieve herstructurering in combinatie met geleidelijke confrontatie met stresserende stimuli en het aanleren van alternatief gedrag voorop staat. Sterker nog, juist vanuit deze leertheoretische principes zou werkhervatting, of aspecten die met het werk te maken hebben een belangrijk deel dienen uit te maken van de begeleiding. Werkgerelateerde problemen moet je met werk oplossen. En juist ook vanuit dit leertheoretisch kader zouden behandelingen in eerste instantie gericht moeten zijn op functioneringsherstel en niet in eerste instantie op daling van klachten omdat juist functioneringsherstel kan bijdragen aan volledig herstel van klachten, door toegenomen competentiebeleving.

### **Toekomstig onderzoek**

Als dit de stand van zaken is, zijn we dan klaar? Immers, we weten nu hoe de behandelingen in elkaar zouden kunnen, of misschien wel moeten, steken en er zijn voor verschillende niveaus maatregelen ingevoerd, van wetgeving tot en met medische richtlijnen. Het antwoord op deze vraag kunt u raden, en dat is natuurlijk neen. Want anders had deze leerstoel weinig zin gehad en weinig kunnen bijdragen aan een verdere oplossing voor de beschreven ellende. Op dit terrein van begeleiding en behandeling van werknemers met psychische klachten zijn nog verschillende aspecten onduidelijk. Ik wil er vijf noemen, los van het gegeven dat er meer interventiestudies met klinische groepen en in samenwerking met de praktijk moeten worden uitgevoerd.

Ten eerste, als we alle studies op een rij zetten, dan komt daar ook een zorgwekkend aspect naar voren. Namelijk dat het klachtenniveau ook na follow-up van zes tot twaalf maanden significant hoger is dan in de open populatie. Onduidelijk is of bij een deel van de populatie dit klachtenniveau al bestond, voordat zij uitvielen, met andere woorden of bij een belangrijk aantal van deze mensen een, zeg maar van nature, wat hoger klachtenniveau aanwezig is en de op werk gerichte behandeling deze mensen op hun oude klachtenniveau heeft gebracht.

Het tweede aspect is dat onvoldoende duidelijk is wanneer er met werkhervatting kan worden begonnen. Zijn er bepaalde drempelwaarden wat betreft klachtenniveau? Met name handvatten voor de behandelende sector, wanneer er met werkhervatting kan worden begonnen, zijn noodzakelijk om te ontwikkelen. Nu wordt het tijdstip en de aard van de werkhervatting veelal in

een soort van onderhandeling tussen behandelaar, bedrijfsarts en cliënt vastgesteld. Maar het is ook mogelijk dat cognities die werknemers hebben ten aanzien van hun eigen werkhervatting en cognities die zij hebben ten aanzien van hun werkomgeving een belangrijke rol spelen in hun werkhervatting en daarmee een cruciale factor zijn in het herstelproces.

Het derde aspect betreft de organisatie van het werk zodanig dat verschillende vormen van werkhervatting kunnen worden toegepast. Tot op heden werd werkhervatting veelal vormgegeven door een geleidelijke toename van het aantal uren. Vanuit een leertheoretisch oogpunt zou, afhankelijk van de functie-analyse van het gedrag, mogelijk niet een uren-toename maar juist een uitbreiding van verschillende taken van belang kunnen zijn. Dus hoe moet je het werk organiseren zodat werknemers beter en sneller herstellen?

Het vierde aspect betreft specifieke psychische aandoeningen, in het bijzonder depressie. Momenteel wordt veel onderzoek gedaan naar depressieve stoornissen, mede vanwege de verwachting van onder ander de Wereld Gezondheid Organisatie dat deze aandoening op termijn volksziekte nummer 1 dreigt te worden. Ook wat betreft de instroom in de WIA is onder de psychische aandoeningen depressie de aandoening die het meest wordt gediagnosticeerd. We hebben het dan over ongeveer vijftien duizend mensen per jaar, die als gevolg van een depressie in de WIA belanden.

Een belangrijk aspect in de behandeling van depressie is het activeren van de cliënt. Het activerende aspect van de behandeling kan wellicht ook via aspecten, die met werk te maken hebben, gebeuren. Tot op heden zijn, uitgezonderd een studie van Schene, geen studies verricht naar een wijze van behandeling waarin werkaspecten een significant onderdeel uitmaken. Overigens in dit ene onderzoek werden positieve effecten gevonden op het functioneren van de cliënten, in vergelijking met cliënten die de reguliere behandeling ontvingen. Opnieuw een onderbouwing voor de stelling, zoals verwoord in de titel die ik meegaf aan mijn lezing ‘het niet lukt zonder werk’ of eigenlijk ‘het lukt beter mét werk ‘.

Het laatste aspect dat ik hier wil noemen betreft de implementatie van de kennis. Zoals gezegd, nog steeds zijn psychische aandoeningen een van de belangrijkste oorzaken van instroom in de WIA. Voor een deel is dit te wijten aan het gebrek aan naleven van richtlijnen en behandelprotocollen. Uit de literatuur is bekend dat het naleven van richtlijnen en protocollen door professionals geen vanzelfsprekendheid is. Met andere woorden de implementatie van de kennis die is neergelegd in de richtlijnen zal met meer voortvarendheid ter hand moeten worden genomen. En dat geldt zeker voor de psychologen. Het is pas zeer recent dat de beroepsverenigingen NIP en LVE een richtlijn hebben gepresenteerd op het terrein van werk en psychische klachten. Het is rijkelijk laat maar gelukkig

geeft dit ook aan dat er ook onder de psychologen een kentering zichtbaar is in het denken rond psychische klachten en arbeidsparticipatie.

Een kentering in het denken die voor een belangrijk deel het gevolg van de kennisontwikkeling die op dit terrein heeft plaats gevonden in de afgelopen tien jaar. Kennisontwikkeling die voor een belangrijk deel de resultante is van het NWO prioriteiten programma Psychische Vermoeidheid in de Arbeidssituatie, kortweg PVA programma.

Het PVA programma: een onderzoeksprogramma dat startte in 1996 en recent is afgerond, waar ongeveer zeven miljoen euro in is geïnvesteerd door NWO en tal van andere partners, zoals de universiteiten, de vakbeweging, en het bedrijfsleven. Dat startte in een tijd dat nog werd gedacht dat als je een burnout opliep dat dat iets dusdanig ergs was dat je daar nooit meer overheen komt. Dat ook gedacht werd dat zolang als de opbouw van de burnout heeft geduurd zolang gaat ook het herstel gaat duren. Als je dan bedenkt dat er veelal jaren van overbelasting aan vooraf gaan..... Dat er gedacht werd dat burnout vooral met rust over moest gaan en dat juist door die gedachte te veel mensen in de WAO belandden. Denkbeelden die heden ten dage uit het stenen tijdperk lijken te stammen, maar het is slechts tien jaar geleden.

Het laat zien dat als je een coherent groot onderzoeksprogramma inzet op een maatschappelijk relevant onderwerp, een onderzoeksprogramma waarin ook de toepassing van de kennis naar geëvalueerde handvatten voor de praktijk een belangrijk onderdeel is, dat dit van significante betekenis kan zijn voor de oplossing van dat maatschappelijk probleem. Een programma waarin voor een relatief klein bedrag een enorme hoeveelheid kennis is ontwikkeld, onder andere neergelegd in 26 proefschriften, maar met een maatschappelijke winst die velen malen groter is en de investering zichzelf veelvuldig heeft terugbetaald. Vooral doordat het PVA programma zo'n grote bijdrage heeft geleverd aan de verschuiving van klachtencontingent behandelen, het oude paradigma, naar tijdcontingent behandelen, het nieuwe paradigma.

Een dergelijk onderzoeksprogramma is ook noodzakelijk voor het tweede onderwerp van mijn oratie, namelijk het deel dat handelt over de activering van langdurig werklozen.

### **Interventieonderzoek bij werklozen**

Had ik al opgemerkt dat er rond psychische klachten bij werkenden méér interventieonderzoek moet plaatsvinden, rond de begeleiding van langdurig werklozen is er nauwelijks gecontroleerd effectonderzoek uitgevoerd.

Deze constatering is op zich natuurlijk zeer opmerkelijk. Werkloosheid is een groot probleem dat al decennia bestaat. Zoals ik aan het begin al aangaf zijn in

de huidige situatie ongeveer een half miljoen mensen werkzoekend, waarvan zo'n 200.000 tot 300.000 langdurig werkloos zijn, dat wil zeggen langer dan een jaar. En ook de prijs zowel maatschappelijk als individueel is hoog.

Maatschappelijk: gezien de kosten die samenhangen met uitkeringen en met de afname van arbeidsproductiviteit in de samenleving. En individueel: gezien de psychische klachten, het psychisch lijden dat werkloosheid met zich mee brengt, ook voor de naaste omgeving zoals partner en kinderen.

We weten immers wat werkloosheid bij mensen teweeg kan brengen. Dat in de eerste maanden van de werkloosheid er nog geen grote problemen optreden maar dat er een verhoogde kans is om na zo'n drie maanden depressieve klachten te ontwikkelen. En dat deze klachten toenemen naarmate de werkloosheid voortduurt. Dat deze mentale deuk, die mensen oplopen, een negatieve invloed op hun werkzoekgedrag en dat dit werkzoekgedrag afneemt naarmate de duur van de werkloosheid toeneemt.

In die zin kunnen we een zelfde constatering doen als bij werknemers met psychische klachten: er wordt wel veel onderzoek gedaan naar de aard, de context en de ontwikkeling van de klachten, maar de vertaalslag naar interventies en naar effectonderzoek wordt te weinig gemaakt.

Wat ook bekend is dat de mentale gezondheid snel herstelt nadat mensen opnieuw werk hebben gevonden. Dus ook hier lijkt het zo te zijn dat herstel van deze klachten voor een belangrijk deel wordt gefaciliteerd door te participeren in een arbeidssituatie, herstel lukt eigenlijk niet zonder werk.

Zoals bij arbeidsgerelateerde psychische klachten op verschillende niveaus maatregelen zijn ingevoerd, genoemd zijn Wet Verbetering Poortwachter, arboconvenanten, richtlijnen en individuele begeleidingsprotocollen zo is dit deels ook in gang gezet aangaande de werklozen. Op overheidsniveau zijn de nieuwe Werkloosheidswet en de nieuwe Wet Werk en Bijstand van kracht geworden en binnenkort de nog in te voeren Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Op lokaal niveau zijn gemeentelijke overheden meer verantwoordelijk gemaakt voor het beleid rond de begeleiding van langdurig werklozen en is er de intrede van de zogenaamde 'work first' benadering. Allemaal maatregelen die ondersteunend moeten zijn bij de toeleiding van werklozen naar de arbeidsmarkt. Daarnaast worden werklozen individueel begeleid richting werk. Voor deze individuele begeleiding worden door gemeenten zogenaamde reïntegratiebedrijven ingeschakeld. Deze branche die zich bezighoudt met de begeleiding van werklozen is een aantal jaren geleden geprivatiseerd.

Op dit moment gaat er zo'n één miljard euro om in deze private reïntegratiemarkt, waarin zo'n 600 reïntegratiebedrijven actief zijn, echter, zonder dat we echt weten wat het effect is van de interventies die worden

uitgevoerd. Om dat effect te weten zijn namelijk gecontroleerde experimenten noodzakelijk. En dergelijke experimenten zijn niet of nauwelijks uitgevoerd.

Dit betekent overigens niet dat de interventies die worden uitgevoerd niet valide zouden zijn. Neen, er kan alleen geen uitspraak over worden gedaan. En dat is toch opmerkelijk, dat er één miljard wordt geïnvesteerd in activiteiten waarvan onduidelijk is wat het effect is. Sterker nog minister de Geus heeft zojuist nog aangekondigd dat het bedrag dat wordt geïnvesteerd wordt verhoogd. Kennelijk heeft de minister het grootste vertrouwen in de effectiviteit er van!

Maar er zou toch tenminste gelijktijdig uitgezocht moeten worden wat de bijdrage is van individuele begeleiding in het licht van arbeidsmarktbeleid en economische ontwikkeling. Moet er onderzoek verricht worden naar voor wie, wat, wanneer het beste werkt. Misschien zou het investeren van deze één miljard in economische ontwikkeling wel een groter effect ressembleren dan het te investeren in individuele begeleiding.

Na zoveel decennia werkloosheid kan er dus nog steeds geen eenduidige uitspraak kan worden gedaan over het effect van de individuele begeleiding bij werkloosheid. Een braakliggend onderzoeksterrein dus. Hoe braakliggend wil ik aan de hand van een voorbeeld duidelijk maken.

Een belangrijk geacht middel om langdurig werklozen aan werk te helpen waren de zogenaamde ID banen (In- en Doorstroombanen). In de afgelopen jaren hebben verschillende varianten van ID banen de revue gepasseerd, zoals Melkert banen, Werkervaringsplekken etc. De gedachte achter deze banen is :door mensen in een werksituatie werkervaring te laten opdoen zijn zij beter toegerust voor regulier werk, nemen hun kansen toe op de arbeidsmarkt. Vandaar de naam ID baan, instromen en dan doorstromen naar regulier werk. Je zou het ook de ultieme manier kunnen noemen om middels werk herstel te bewerkstelligen, maar dat terzijde. Om verschillende redenen heeft de landelijke overheid recentelijk dit middel afgeschaft. (Het lijkt overigens nu weer terug te komen onder de naam participatiebanen.)

Is dat afschaffen nu terecht? Als er geen effect van deze interventie werd gevonden komt dat dan door dat de interventie niet goed is en als maatregel terecht is afgeschaft of omdat de interventie op zich wel goed is maar niet goed is uitgevoerd? Ik meen het laatste en wel op grond van twee zaken. Ten eerste omdat het een voor organisaties zeer lucratieve manier was om aan goedkope arbeidskrachten te komen. Met andere woorden, de organisaties met ID banen hadden geen baat bij doorstroming van hun personeel naar regulier werk, integendeel zelfs. Ten tweede, er werd in veel gevallen in het geheel niet gewerkt aan competentieontwikkeling. Om het wat chargerend te zeggen, de wijze waarop deze interventie werd uitgevoerd had iets van 'een jaar groen schoffelen, dan heb je werkervaring en kun je regulier aan het werk'.

Echter, om een dergelijk interventie goed uit te voeren dient eerst men eerst na te gaan welke competenties er ontwikkeld moeten worden bij de persoon in kwestie om een grotere kans op de arbeidsmarkt te verkrijgen. Dat betekent dat vooraf en gedurende het functioneren in zo'n ID baan de competentieontwikkeling in kaart gebracht moet worden en dat bij voldoende ontwikkeling de overgang naar regulier werk wordt gefaciliteerd.

Dit betekent dat er instrumentarium moet zijn waarmee competenties en competentieontwikkeling gemeten kunnen worden, dat professionals voldoende onderlegd zijn in het gebruik van dit instrumentarium, dat de ID baan aansluit bij de te ontwikkelen competenties en dat uitgezocht moet zijn voor welke subpopulaties van langdurig werklozen een dergelijk reïntegratietraject zinvol en effectief is.

Geen van deze noodzakelijke voorwaarden is op dit moment gerealiseerd en er kan derhalve geen uitspraak gedaan worden over of een ID baan een effectieve interventie is of niet.

Ook voor andere typen reïntegratietrajecten, zoals bijvoorbeeld de IRO's, de individuele reïntegratieovereenkomst, kan een dergelijk verhaal van noodzakelijke, maar tot op heden ontbrekende, evidence based interventies en valide meetinstrumenten worden gehouden.

Het is dan ook daarom dat wij bij TNO in de afgelopen jaren zijn gestart met de ontwikkeling van meetinstrumenten om onder andere deze competentieontwikkeling bij langdurig werklozen te meten. Instrumenten die tevens gebruikt worden voor verdere professionalisering van medewerkers bij reïntegratiebedrijven en gemeentelijke overheden.

Ook zijn we gestart met de ontwikkeling van kortdurende interventies met een solide theoretisch fundament en die zoveel mogelijk worden geëvalueerd in gecontroleerde experimenten. Deze interventies zijn gebaseerd op het zogenaamde JOBS programma. Een kortdurend interventieprogramma dat gebaseerd is op twee pijlers. Enerzijds op het versterken van self-efficacy, van competentiebeleving en anderzijds op het aanleren van specifieke vaardigheden. In de ontwikkeling van deze interventies werken we overigens nauw samen met internationale partners, namelijk de Universiteit van Michigan in de VS, het Fins Instituut voor occupational health en de National University in Ierland.

Zo is er inmiddels een geëvalueerde interventie voor langdurig werklozen die zich richt op het versterken van werkzoekgedrag, In nieuwe experimenten wordt deze interventie thans onderzocht bij specifieke populaties zoals bijstandsmoeders zonder sollicitatieplicht. Verder is er een interventie ontwikkeld gericht op het verbreden van het arbeidsperspectief. Deze interventie wordt in samenwerking met het CWI uitgetest in een vergelijkend interventieonderzoek bij allochtone vrouwen. En is er een kortdurend interventie ontwikkeld voor vroegtijdig schoolverlaters. Deze interventie wordt momenteel

in een groot onderzoek op verschillende locaties in Nederland en in samenwerking met onder andere ROC's experimenteel onderzocht

### **Toekomstig onderzoek**

Gezien de omvang van het onderzoeksterrein en de mate van academisering van dit veld zijn deze experimenten, die door mijn onderzoeksteam bij TNO worden uitgevoerd, slechts een druppel op een gloeiend plaat. Wat nodig is een grootschalig onderzoeksprogramma, waarin meerdere universiteiten, faculteiten, kennisinstituten en marktpartijen participeren. Een programma á la het eerder gememoreerde PVA programma maar dan op het terrein van de activering. Het is iets waar ik mij binnen deze leerstoel zeker voor zal inzetten.

De huidige situatie is echter dat de landelijke overheid hoopt dat de enkele jaren geleden ingezette privatisering van de reïntegratiemarkt en de daaraan gekoppelde marktwerking haar werk zal doen en dat op die manier kwaliteit uiteindelijk zal boven drijven. Dat is echter maar zeer de vraag. Het duurt in de meeste gevallen vele jaren voordat een nieuwe markt is gestabiliseerd en dat er geld wordt vrijgemaakt voor onderzoek en ontwikkeling van nieuwe producten. Reïntegratiebedrijven hebben geen tonnen euro's op de plank liggen voor onderzoek en ontwikkeling en zelfs indien dat wel het geval zou zijn is het de vraag of ze dat dan ook willen investeren in risicovol onderzoek. Want uit onderzoek kan ook blijken dat een bepaald product of interventie niet werkt. Tegelijkertijd verstrikt de tijd en krijgen langdurig werklozen een mogelijk ineffectieve begeleiding, weten inkopers van de gemeentelijke overheden niet wat wel en wat niet werkt.

De landelijke overheid is mijns inziens verantwoordelijk omdat er zo'n groot publiek belang mee is gemoeid. Daarom zou juist deze nieuwe markt in het begin ondersteund moeten worden met een uitgebreid onderzoeksprogramma. Een programma dat zich richt op de relaties tussen individuele gedragsverandering, arbeidsparticipatie, economische ontwikkeling en arbeidsmarktbeleid. Een onderzoeksprogramma met niet alleen een wetenschappelijke kant maar ook met een toegepast karakter. Juist die combinatie zal verdiepend en innoverend werken. En sluit ook aan bij de ontwikkelingen die plaatsvinden in de kennisinfrastructuur in Nederland.

Deze infrastructuur is op dit moment aan grote verandering onderhevig. HBO instellingen moeten meer onderzoek doen, hetgeen leidt tot onderzoek met een veelal meer toegepast karakter. Daarnaast is er de splitsing tussen de bachelor en de master opleidingen, die de integratie van HBO en universiteit naderbij lijkt te brengen. Universiteiten moeten meer innovatief worden. De positie van de kennisinstituten, zoals TNO, is sinds de commissie Wijfels aan verandering

onderhevig, met name omdat meer duidelijk moet worden wat het toegevoegd innovatief vermogen is.

Dit innovatief vermogen kan alleen voldoende vorm krijgen als de onderzoeksprogramma's bij zowel universiteiten als bij de kennisinstituten dusdanig op elkaar afgestemd worden dat dit tot elkaar versterkende programma's leidt, die zowel geborgd zijn wat betreft de vraagsturing als geborgd zijn wat betreft wetenschappelijke kwaliteit, waardoor zowel aan de toepassing als aan de wetenschap een significante bijdrage wordt geleverd. Binnen het onderzoek van mijn leerstoel en dat direct gekoppeld is aan de doelstellingen van mijn onderzoeksteam is dat precies wat ik beoog en wat ik wil realiseren. Onderzoeksprogramma's die geborgd zijn in de wetenschap en geborgd in de vraagsturing en dat op de twee terreinen van herstel bij werknemers met psychische klachten en van herstel bij langdurig werklozen. Dit herstel loopt voor een belangrijk deel via werk, want uiteindelijk lukt het niet zonder werk.

## **Dankwoord**

Tot slot, geachte aanwezigen, aan het eind van mijn rede gekomen, wil ik een aantal dankwoorden uitspreken. Ik ervaar het als een groot voorrecht hier te staan en zo meteen die laatste zin uit te mogen spreken. Ik dank het College van Bestuur van de Universiteit Utrecht en het bestuur van de Faculteit Sociale Wetenschappen. Uiteraard ook grote dank aan het bestuur van het Lorentz-van Itterson Fonds TNO om mij op deze wijze in de lift te zetten. Dat ik deze ontwikkeling heb mogen doormaken is fantastisch, zeker gezien waar ik vandaan kom. Zij die mijn verhaal kennen weten deze woorden te schatten. Die ontwikkeling is niet zonder anderen geweest en velen van hen zitten in de zaal en sommigen ook hier vooraan. Ik dank jullie allen. Drie mensen wil ik hier met name noemen. Het is hun persoonlijk inzet geweest dat ik hier sta. Dat zijn Cees Wevers, mijn voormalige teammanager, Frank Pot, directeur Kennis bij TNO Kwaliteit van Leven, en Wilmar Schaufeli, hoogleraar, en wat voor een, hier aan de Universiteit Utrecht. Het is jullie inzet geweest, jullie geloof in het belang van deze leerstoel, waardoor ik hier sta. Jullie vooral, dank je wel.

Beste mensen, dit is het einde van mijn voordracht, van deze openbare les. Zo direct gaan we naar de receptie. Het is gebruikelijk dat ik dan straks handen ga schudden. Ik zie het al voor me, al die mensen in de rij lijdzaam wachtend op hun beurt. Ik zeg u, doe het niet, ga niet de hele tijd in de rij staan. Pak een glas en toast op mij met uw bekenden, spreek onbekenden aan en maak er een feest van. Een feest bestaat niet uit wachten in de rij, feest ontstaat altijd in de interactie met anderen. Ga dat vooral doen!

Ik heb gezegd

