



Opdrachtgever

UWV



Opdrachtnemer

Erasmusuniversiteit / Astri . Schuring,
F.A. Reijenga, B. Carlier ... [et al.]

Onderzoek

Subsidie onderzoek
gezondheidsbeleving

Startdatum – 1 februari 2011

Einddatum – 1 februari 2011

Categorie

Levensomstandigheden

Gezondheidsbeleving van werklozen: wat is bekend en wat zijn witte vlekken?

Doel en vraagstelling

Onderzoek moet de stand van zaken weergeven over oorzaken van een negatieve gezondheidsbeleving en de relatieve impact van verschillende oorzaken, handzame en valide methoden om de gezondheidsbeleving te meten, interventies gericht op verbetering van de gezondheidsbeleving, witte vlekken in kennis ten aanzien gezondheidsbeleving in relatie tot participatie in betaald werk?

Conclusie

Deze literatuurstudie beschrijft de verschillende factoren (determinanten) die samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving van werklozen. Daarnaast inventariseert de studie de effectiviteit van de interventiemethoden, waaronder re-integratietrajecten en gezondheidsbevorderingsprogramma's, om die negatieve gezondheidsbeleving aan te pakken. Daarbij wordt onder meer gekeken naar het effect van die methoden op de participatie van werklozen en op hun kans op werkhervatting.

Link naar bestand

<http://www.onderzoekwerkeninkomen.nl/rapporten/16izqgj7>

**Gezondheidsbeleving van werklozen:
Wat is bekend en wat zijn witte vlekken?**

Dr M. Schuring

Dr F.A. Reijenga

Drs B. Carlier

Prof Dr A. Burdorf

- 1 Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC, Rotterdam
- 2 AS*tri* Beleidsonderzoek en -advies, Leiden

Gezondheidsbeleving van werklozen: Wat is bekend en wat zijn witte vlekken?

Literatuurstudie in opdracht van het UWV Kenniscentrum, uitgevoerd door Afdeling
Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC te Rotterdam en AStri
Beleidsonderzoek en -advies, Leiden.

Januari 2011

Rotterdam, Leiden

Samenvatting

Deze studie beschrijft de wetenschappelijke en grijze literatuur naar determinanten van gezondheidsbeleving onder werklozen en de effecten van interventies gericht op een negatieve gezondheidsbeleving.

Er is een grote verscheidenheid aan factoren die samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving. Factoren die consistent samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving zijn: gebrek aan sociale steun, gebrek aan grip op het eigen leven, financiële problemen, oudere leeftijd, lager opleidingsniveau, alleenstaand, langere werkloosheidsduur en etniciteit. Voor sommige factoren zijn er indicaties dat ze samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving: stress en zorgen maken, sociale omgeving, ontbreken van de latente functies van werk, en zwakke attitude ten aanzien van betaald werk. Voor de volgende factoren is er geen aanwijzing dat ze bijdragen aan een negatieve gezondheidsbeleving onder werklozen: lage zelfwaardering, gebrek aan lichamelijke activiteit, overgewicht, roken en geslacht. Er is een grote verscheidenheid aan onderzochte factoren in de geselecteerde studies, waarbij de meeste studies geen goed vergelijkbare definities hanteren. Hierdoor is het niet mogelijk een meta-analyse te doen naar het relatieve belang van de onderscheiden factoren.

Voor interventiestrategieën met een multidisciplinaire aanpak is er een zwak bewijs voor hun effectiviteit voor verbetering van de ervaren gezondheid en snellere werkhervatting. Voor de interventiestrategie 'individual placement and support' is er sterk bewijs voor effectiviteit op psychische gezondheid en werkhervatting. Voor specifieke gezondheidsbevorderingsprogramma's onder werklozen is er conflicterend bewijs. Er is matig tot sterk bewijs voor de effectiviteit van de Cognitive Behavioural Training-methode voor psychische gezondheid en werkhervatting. Bovenstaand oordeel over niveau van bewijs is gebaseerd op interventiestudies in de wetenschappelijke literatuur. In de grijze literatuur worden diverse andere interventies genoemd, maar hiervoor ontbreekt echter elk wetenschappelijk bewijs.

Als belangrijke witte plekken in kennis over determinanten van gezondheidsbeleving en effectieve interventies zijn geïdentificeerd:

- het grote gebrek aan deugdelijk evaluatie-onderzoek naar de effectiviteit van reïntegratieprogramma's en gezondheidsinterventies voor niet-werkenden met een negatieve gezondheidsbeleving
- het ontbreken van goede beschrijvingen in de grijze literatuur over potentieel werkzame elementen in interventies op basis van praktijkervaringen
- er is nagenoeg geen aandacht voor analyse van de effectiviteit in relatie tot de specifieke context en doelgroepen waarin de interventie wordt toegepast
- de grote verschillen in prevalentie van ervaren slechte gezondheid in bepaalde groepen lijkt sterk samen te hangen met de specifieke mix van bekende determinanten van negatieve gezondheidsbeleving in plaats van andere determinanten. Hierover ontbreekt enige informatie in de wetenschappelijke en grijze literatuur over nederlandse werklozen
- er is meer inzicht nodig in de specifieke rol van 'gebrek aan sociale steun', 'gebrek aan grip op eigen leven' en 'empowerment' in gezondheidsverbetering en snellere werkhervatting. Deze determinanten worden regelmatig in de grijze literatuur benoemd, maar er is nog te weinig wetenschappelijke evidentie
- er is nauwelijks geschikte informatie beschikbaar over de invloed van deelname aan maatschappelijke activiteiten, kwaliteit en omvang van het sociale netwerk of vrijwilligerswerk op de ervaren gezondheid onder werklozen. Dit is opvallend omdat dit verband in de grijze literatuur een belangrijk uitgangspunt lijkt te zijn voor de inzet van specifieke programma's onder werklozen.

Inhoudsopgave

1. Achtergrond van de literatuurstudie	
1.1 Het probleem	7
1.2 De onderzoeksvragen	8
2. Werkwijze	
2.1 Conceptueel model	11
2.2 Zoekstrategie in de wetenschappelijke literatuur	12
2.3 Zoekstrategie in de grijze literatuur	15
3. Resultaten in de wetenschappelijke literatuur	
3.1 Determinanten van een gezondheidsbeleving	19
3.2 Effectiviteit van interventies gericht op (determinanten van) een negatieve gezondheidsbeleving van niet-werkenden	24
3.3 Determinanten en interventies: wat is de samenhang ?	29
4. Resultaten uit de grijze literatuur	
4.1 Determinanten van gezondheidsbeleving	31
4.2 Interventies gericht op verbetering van de gezondheidsbeleving in relatie tot sociale en maatschappelijke participatie	32
5. Conclusies en beantwoording van de onderzoeksvragen	
5.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen	35
5.2 Ontbrekende inzichten	40
Referenties	47
Bijlagen	57

1. Achtergrond van de literatuurstudie

1.1 Het probleem

De relatie tussen werkloosheid en een slechte gezondheid is veelvuldig aangetoond, zoals blijkt uit een hogere prevalentie van ziekte en beperkingen¹⁻² en een hogere sterfte onder werklozen.³⁻⁴ Uit een studie onder Rotterdammers blijkt dat niet-werkende Rotterdammers een slechtere ervaren gezondheid hebben dan werkende Rotterdammers: de prevalentie van een matig tot slechte ervaren gezondheid was onder werklozen ruwweg 3x zo hoog als onder werkenden.⁵

Twee verschillende mechanismen, selectie en causatie, verklaren de gezondheidsverschillen tussen werkende en werkloze mensen. Selectie betekent dat gezondheidsproblemen de oorzaak zijn van selectieprocessen in het verkrijgen of behouden van betaalde arbeid waardoor werkenden gezonder zijn dan niet werkenden. Causatie betekent dat het verliezen of verkrijgen van betaalde arbeid nu juist de oorzaak is van veranderingen in de gezondheid waardoor werkenden gezonder zijn dan niet werkenden.

Selectie werkt op twee manieren. Ten eerste hebben werknemers met een slechte gezondheid een grotere kans om de arbeidsmarkt te verlaten. De invloed van een slechte gezondheid op het verlaten van de arbeidsmarkt door werkloosheid en vroegtijdige pensionering is het grootst voor de ervaren gezondheid, terwijl aanwezige functionele beperkingen of chronische ziekten een minder dominante rol vervullen.⁶ De ervaren gezondheid, met name de beleving daarvan, vormt dus een barrière in het behouden van betaalde arbeid. Ten tweede hebben werklozen met een slechte gezondheid minder kansen om een betaalde baan te vinden. In Nederlands onderzoek voorspelden diverse fysieke en mentale gezondheidsaspecten de kans op het starten met betaalde arbeid. Een lagere inschatting van het eigen fysieke functioneren reduceerde de kans op reïntegratie met ruim 50%.⁷

Het causatie mechanisme werkt ook op twee verschillende manieren. Stoppen met werken heeft een negatieve invloed op de gezondheid van ex-werknemers door toename

in depressieve klachten, verminderd functioneren en slechtere ervaren gezondheid.⁸ Daarnaast kan het verkrijgen van een betaalde baan de gezondheid positief beïnvloeden. In onderzoek in Rotterdam leidde het starten met betaalde arbeid tot een aanzienlijke verbetering in ervaren fysieke en mentale gezondheid, waarbij de gezondheidswinst goed te vergelijken is met de meest effectieve programma's ter bevordering van gezond gedrag.⁷

Bovenstaande onderzoeken duiden op een vicieuze cirkel waarbij een slechtere gezondheid kan leiden tot het verlies van betaalde arbeid, waarna de gezondheid verder verslechtert, waardoor het wederom betreden van de arbeidsmarkt wordt bemoeilijkt. In dit proces lijkt de ervaren gezondheid een veel sterkere factor dan de aanwezigheid van een chronische ziekte of functionele beperkingen in activiteiten in het dagelijkse leven. De gezondheidsbeleving van werklozen vormt daarmee dus een barrière voor het betreden van de arbeidsmarkt.

1.2 De onderzoeksvragen

Beïnvloeding van de gezondheidsbeleving vraagt om inzicht in de determinanten van gezondheidsbeleving. Inzicht in het relatieve belang van verschillende determinanten van een negatieve gezondheidsbeleving kunnen mogelijk aangrijpingspunten bieden voor het gericht (positief) veranderen van de ervaren gezondheid van werklozen. Dit roept vervolgens de vraag op of beïnvloeding van de meest relevante determinanten ook daadwerkelijk leidt tot betere gezondheidsbeleving en daarmee tot positieve effecten op de arbeidsparticipatie.

De literatuurstudie richt zich op zowel determinanten van gezondheidsbeleving als op effecten van interventies. Het literatuuronderzoek beschrijft de verschillende factoren (determinanten) die samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving van werklozen. Daarnaast worden bestaande interventies in kaart gebracht die door aanpak van de negatieve gezondheidsbeleving werkhervatting of participatie onder werklozen vergroot.

De volgende specifieke onderzoeksvragen komen in het literatuuronderzoek aan de orde:

1. *Wat zijn handzame en valide methoden om gezondheidsbeleving te meten onder werklozen?*
2. *Wat zijn determinanten van een negatieve gezondheidsbeleving?*
3. *Wat is het relatieve belang van verschillende determinanten van een negatieve gezondheidsbeleving, en in welke mate zijn belangrijke determinanten van een negatieve gezondheidsbeleving te beïnvloeden?*
4. *Wat zijn effectieve/veelbelovende interventies gericht op verbetering van de gezondheidsbeleving, al dan niet met verbetering van de sociale en maatschappelijke participatie als achtergrond?*
5. *Wat zijn bestaande interventies gericht op verbetering van de gezondheidsbeleving met als direct of indirect einddoel werkherhvatting? Welke zijn effectief?*
6. *Wat zijn specifieke interventies gericht op werkherhvatting van de doelgroep werkzoekenden met een negatieve gezondheidsbeleving? Welke zijn effectief?*

2. Werkwijze

2.1 Conceptueel model

Alvorens een gerichte zoekstrategie op te stellen is een conceptueel model opgesteld.

Uitgangspunten bij het opstellen van dit model zijn geweest:

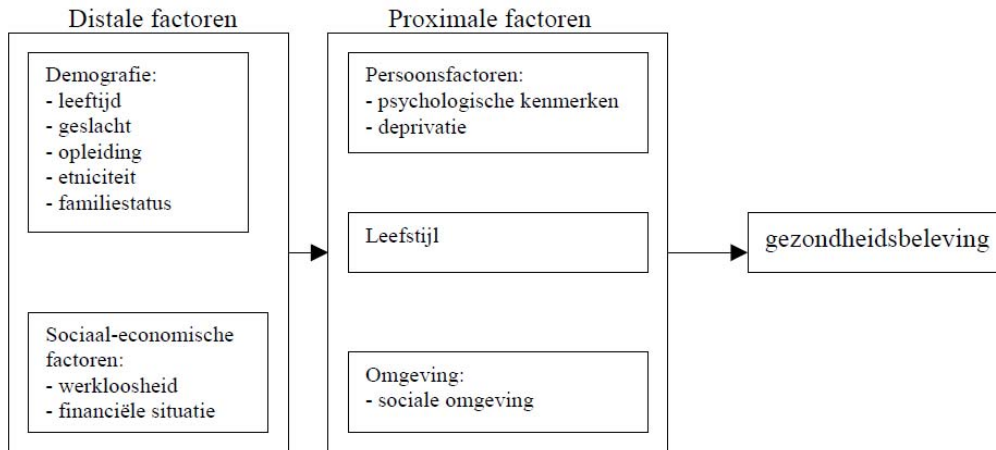
- het model moet zijn gericht op determinanten van gezondheid en niet op de consequenties van gezondheid voor functioneren en participatie;
- in het model moet gezondheid een centrale rol vervullen.

Op basis van bovenstaande uitgangspunten zijn een aantal bekende modellen in het reïntegratie werkveld uitgesloten. Ten eerste, het welbekende ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) heeft als primaire invalshoek ziekten en aandoeningen en presenteert vervolgens de consequenties van deze ziekten en aandoeningen voor functionele beperkingen, activiteiten in het dagelijkse leven en maatschappelijke participatie.⁹ Ten tweede, in veel modellen die zijn gericht op factoren van succesvolle reïntegratie is gezondheid als factor afwezig of speelt het een ondergeschikte rol. In het model van Wanberg is gezondheid een van de vele barrières voor werkhervatting, maar is er geen enkele aandacht voor determinanten van gezondheidsbeleving.¹⁰

Het bekendste en meest toegepaste model in Nederland is het Lalonde-model.¹¹⁻¹² Dit model onderscheidt proximale en distale determinanten van gezondheid. De proximale determinanten worden ingedeeld in persoonsgebonden factoren, leefstijl factoren en omgevingskenmerken. De distale factoren, ook wel structurele factoren genoemd, worden ingedeeld in demografische kenmerken, sociaaleconomische kenmerken en maatschappelijk-culturele kenmerken. Voor de specifieke doelstellingen van deze literatuurstudie zijn diverse determinanten verder uitgewerkt (zie figuur 1).

In het kader van dit rapport wordt gezondheid vertaald als gezondheidsbeleving: zelf-gerapporteerde ervaren algemene gezondheid.

Figuur 1 Conceptueel model voor determinanten van gezondheid
(afgeleid van Lalonde-model)



In twee databestanden, Medline en Embase is gestructureerd gezocht naar relevante wetenschappelijke artikelen die gepubliceerd zijn in de afgelopen 20 jaar (sept 2010). Medline (Pubmed) bevat meer dan 20 miljoen artikelen uit internationale tijdschriften met peer review systeem en is daarmee de grootste database voor medische en gezondheidkundige literatuur. Een aparte search in Psychinfo is achterwege gebleven, gezien het veel kleinere aantal artikelen in dit bestand (3 miljoen) en de grote overlap met Pubmed. De search in Embase is toegevoegd omdat dit literatuurbestand meer Europese tijdschriften omvat dan beide Amerikaanse systemen Medline en Psychinfo.

Tabel 1 laat zien welke zoektermen zijn gebruikt voor het zoeken naar relevante literatuur over determinanten van een negatieve gezondheidsbeleving onder niet-werkenden. De MESH-term 'unemployment' wordt toegekend aan artikelen op basis van de gehanteerde definitie door de auteurs van de oorspronkelijke publicatie. In onderstaande tabel staat aangegeven hoeveel artikelen zijn gevonden met behulp van de zoektermen. Een combinatie van de zoektermen voor 'niet werken' en 'negatieve gezondheidsbeleving' leverde 934 artikelen op. Wanneer deze zoekactie werd verfijnd met verschillende psychologische, sociale en andere factoren die mogelijk een relatie hadden met de gezondheidsbeleving van niet-werkenden, bleven er nog 485 artikelen over (zie bijlage 1).

Tabel 1 Determinanten van een negatieve gezondheidsbeleving bij niet-werkenden

	Kernbegrip	Zoektermen	Aantal hits in Medline
1	Niet-werken	Unemployment[MESH] OR unemployment OR unemployed OR disability pension OR social security OR disability benefits	11694
2	Negatieve gezondheidsbeleving	Health status [MESH] OR poor health OR ill health OR perceived health OR subjective health OR self-reported health	69447
3		1 AND 2	934
4	Psychologische kenmerken	Resilience OR fear of movement OR coping OR locus of control OR self esteem OR mastery OR sense of coherence OR psychological stress OR psychological distress OR personal control	118034
5	Sociale kenmerken	Social support OR social environment OR social isolation OR social contacts OR social exclusion OR social participation	60767
6	Leefstijl	Lifestyle OR health related behaviour OR physical activity	81418
7	Financiële situatie	Financial strain OR financial situation OR material deprivation OR economic deprivation OR poverty	24474
8	Werkloosheidsproblematiek	Unemployment experience OR work involvement OR latent functions OR latent benefits OR work values	203
9	Etnische achtergrond	Ethnic background OR ethnicity OR language acquisition	23936
10	overig	Life events OR neighbourhood OR marital status	119721
11		1 AND 2 AND (4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10)	485

Vervolgens werden op basis van titel en samenvatting relevante artikelen geselecteerd.

Daarbij zijn de volgende exclusiecriteria gehanteerd (zie bijlage 1):

- studipopulatie heeft niet betrekking op werklozen (n=363)
- uitkomstmaat van de studie heeft geen betrekking op gezondheidsbeleving (n=31)
- geen beschrijving van determinanten met gezondheidsbeleving (n=47)
- geen originele studie (n=6)
- geen associatie van determinanten en gezondheidsbeleving (n=5).

Op basis van deze selectiecriteria zijn uiteindelijk 33 relevante studies geïdentificeerd, waarvan 17 studies betrekking hebben op determinanten van gezondheidsbeleving onder werklozen (bijlage 3) en 16 studies determinanten van gezondheidsbeleving onder werklozen en werkenden beschrijven (bijlage 4).^{5,13-44}

In tabel 2 staan de zoektermen weergegeven die zijn gebruikt voor het zoeken naar relevante literatuur ten aanzien van interventies gericht op verandering van (determinanten van) een negatieve gezondheidsbeleving, participatie en/of werkhervatting van werklozen (september 2010).

Tabel 2 Interventies gericht op verandering van (determinanten van) een negatieve gezondheidsbeleving, participatie en/of werkhervatting

	Kernbegrip	Zoektermen	PubMed
1	Niet-werken	Unemployment[MESH] OR unemployment OR unemployed OR disability pension OR social security OR disability benefits OR sick leave	11694
2	Negatieve gezondheidsbeleving	Health status[MESH] OR poor health OR ill health OR perceived health OR subjective health OR self-reported health	69447
3	Interventie	Intervention OR training OR programme OR therapy OR course OR vocational rehabilitation OR counselling	3746092
4		1 AND 2 AND 3	441
5	Verandering van gezondheidsbeleving	Health promotion OR cognitive behaviour OR psychological OR cognitive OR behaviour OR empowerment OR biopsychosocial OR psychosocial OR multidisciplinary	5435994
6	Participatie of werkhervatting	Return to work OR re-employment OR entering paid employment OR supported employment OR therapeutic workplace OR vocational recovery OR sheltered work OR participation OR voluntary work OR employment OR work OR obtaining paid employment	419744
7		1 AND 2 AND 3 AND (5 OR 6)	550

In de bovenstaande tabel staat aangegeven hoeveel artikelen zijn gevonden met behulp van de zoektermen. Een combinatie van de zoektermen voor ‘niet werken’, ‘negatieve gezondheidsbeleving’ en ‘interventie’ leverde 441 artikelen op. Wanneer deze zoekactie werd uitgebreid met verschillende doelen en/of strategieën van de interventie kwamen 550 artikelen in aanmerking (zie bijlage 2).

Aan de hand van de titel en samenvatting zijn de relevante artikelen geselecteerd. Daarbij zijn de volgende exclusiecriteria gehanteerd:

- studiepopulatie heeft niet betrekking op werklozen (n=231)
- interventie heeft geen betrekking op gezondheidsbeleving (n=257)
- geen studie met kwantitatieve beschrijving (n=12)

- studies zijn gericht op reïntegratie van personen met een specifieke ziekte, zoals verslaving of schizofrenie (n=7)
- studies zijn gepubliceerd op tijdschriften die niet toegankelijk waren (n=5)
- geen beschrijving van determinanten of uitkomsten gezondheidsbeleving (n=14).

Van de IPS (individual placement and support) en JOBS (job search workshop and training on problem-solving skills) interventies zijn systematische reviews beschikbaar die een goed totaal beeld geven van de effectiviteit van deze interventies. Dergelijke reviews zijn naast de originele studies ook geselecteerd voor verdere analyse. De bestudeerde literatuur heeft betrekking op 24 publicaties.⁴⁵⁻⁶⁸

2.3 Zoekstrategie in de grijze literatuur

Inleiding

Onder grijze literatuur wordt verstaan de literatuur gebaseerd op toegepast beleidsonderzoek inzake gezondheid en arbeidsvraagstukken. Deels betreft dit onderzoek (al dan niet wetenschappelijk), deels betreft dit beschrijvingen van (voorgenomen) pilots, interventies en overzichtsstudies ten behoeve van de overheid (zoals van SCP).

Het analyseren van grijze literatuur vraagt om een andere aanpak en dynamiek als een wetenschappelijke literatuurstudie die gebruik kan maken van een aantal bestaande databases. Het zoekproces in de grijze literatuur is grilliger en vraagt om een meer iteratief proces. Het zoekproces was in dit geval gebaat bij input van deskundigen van verschillende disciplines: de begeleidingscommissie diende daartoe als klankbord voor de onderzoekers.

Web search

Een eerste verkenning van beschikbare publicaties vond plaats met behulp van een Google search. De trefwoorden die hierbij gebruikt zijn: gezondheidsbeleving, ziektebeleving en ervaren gezondheid. Hierop kwam een grote hoeveelheid links naar voren, waarvan velen niet relevant voor de onderzoeksvragen. Algemene studies over gezondheid, zoals talloze bevolkingsonderzoeken naar sociaal economische gezondheidsverschillen, overstijgen de onderzoeksvragen van dit literatuuronderzoek en

zijn daarom buiten beschouwing gelaten. De search richtte zich daarom vervolgens op websites op het gebied van arbeid, sociale zekerheid en inzetbaarheid (zie tabel 3).

Tabel 3 Bestudeerde websites op het gebied van arbeid, sociale zekerheid en inzetbaarheid

- SZW	- NIVEL
- VWS	- RIVM (Zorgatlas, Nationaal Kompas)
- RWI	- Flex work research
- UWV	- Stecr (werkwijzers)
- AStri	- Crossover
- Verwey Jonker Instituut	- CG raad
- Trimbos	- NvAB
- SCP	- NSPOH
- CBS (voor Pols)	- ZonMW
- Regioplan	- NIGZ
- Research voor Beleid	- GGD
- TNO / Adlib	- Interventies naar werk ('t Gilde)

Selectiecriteria

Belangrijk criterium om deze websites te kiezen was dat deze informatie kunnen geven over beleidsonderzoek dat raakt aan de thematiek van arbeid en gezondheid. De selectie van websites is arbitrair en zeker niet uitputtend te noemen. Een eerste selectie van deze sites is aan de begeleidingscommissie voorgelegd. Dit heeft geleid tot enkele aanvullingen.

Universiteiten en andere wetenschappelijke organisaties zijn bij deze selectie bewust buiten beschouwing gelaten, omdat verondersteld is dat publicaties hiervan in de analyse van de wetenschappelijke literatuur door Erasmus MC zijn opgenomen.

Binnen de genoemde websites is gezocht op de volgende termen: gezondheidsbeleving, ervaren gezondheid, subjectieve gezondheid en ziektebeleving. Ook de hierbij naar voren komende documenten zijn op deze termen gescand, evenals de inhoudsopgave. In relevante documenten is vervolgens de literatuurlijst gescreend op relevante verwijzingen.

In overleg met de opdrachtgever en de begeleidingscommissie is de analyse beperkt tot die bronnen die daadwerkelijk en expliciet ingaan op één van de onderzoeksvragen.

Literatuur waarin alleen een verband wordt genoemd tussen gezondheidsbeleving en werken wordt in principe buiten beschouwing gelaten, aangezien dit als reeds bekend verondersteld is (en ook mede de aanleiding tot dit literatuuronderzoek vormde).

De selectie van de grijze literatuur beperkt zich – in tegenstelling tot de wetenschappelijke literatuurselectie – niet alleen tot de gezondheidsbeleving van werklozen. In navolging van het onderzoeksvorstel zoals vastgesteld door UWV en de discussie in de begeleidingscommissie zijn die publicaties geselecteerd waarin tenminste een relatie wordt benoemd met arbeid of maatschappelijke participatie.

Ook hier geldt dat de keuze enigszins arbitrair is. Het volgende voorbeeld illustreert de gemaakte selectie: een studie over gezondheidsbeleving rondom Schiphol (in verband met geluidsoverlast) werd na een eerste screening terzijde gelegd (omdat deze geen nieuwe inzichten in determinanten van gezondheidsbeleving opleverde en niet inging op participatie), een studie van het SCP naar de gezondheid van allochtone vrouwen werd wel in de selectie opgenomen (omdat het doel van de studie was zicht te krijgen op participatiekansen en daarbij aandacht is besteed aan gezondheidsbeleving).

Tijdschriften

Van de volgende tijdschriften zijn de jaargangen 2007-2010 doorzocht op relevante artikelen inzake gezondheidsbeleving en participatie:

- Maandblad reïntegratie (sinds kort: Aan de slag)
- AD visie (tijdschrift van de beroepsvereniging van de arbeidsdeskundigen)
- TBV (tijdschrift voor bedrijfs en verzekeringsgeneeskunde)
- TSG (b.v. artikel 2006 “Zijn participerende gehandicapten gezonder en gelukkiger?”)

Aanvullende search naar Interventies

In overleg met de opdrachtgever en de begeleidingscommissie is in tweede instantie wat gericht gezocht naar publicaties over specifieke interventies in relatie tot gezondheidsbeleving en participatie. Op basis van de beschikbare kennis bij de leden van de begeleidingscommissie is daarbij ingezoomd op interventies zoals coaching, gedragstherapie en empowermenttrainingen en multidisciplinaire behandelingen bij cliënten met zogenaamde ‘multiproblematiek’ (samenloop van o.a. sociaal economische, participatie, gedrags- en gezondheidsproblemen).

Engelstalige literatuur

Er is geen Engelstalige grijze literatuur gevonden die voor de onderzoeksvragen van belang zou kunnen zijn. Aan het begin van het onderzoek is kort gezocht naar Engelstalige grijze literatuur, hiertoe is een mail uitgezet bij 11 contactpersonen uit het internationale netwerk van AStri. De contactpersonen zijn afkomstig uit Engeland (The Institute for Employment Studies), Ierland (Work Research Centre) Canada (National Institute of Disability Management and Research, Institute for Work & Health, McMaster University), Duitsland (Universiteit Köln), Australië (La Trobe university), USA (Cornell University), Finland (The Social Insurance Institution of Finland) en GLADNET. Deze exercitie heeft wel relevante – met name medische - literatuur opgeleverd, maar dit betreft allemaal wetenschappelijke literatuur die ook in Medline of Embase te vinden is. De contactpersonen bleken minder thuis in niet-wetenschappelijk beleidsonderzoek dan gedacht. Een aantal personen verwees naar studies over de relatie tussen gezondheidsbeleving en het krijgen cq hebben van werk (welke buiten het onderzoekskader vielen, want dit was al bekend). Sommigen verwezen door naar overheidsinstanties, maar dit leverde geen relevante beleidsrapporten op. De korte doorlooptijd van het voorliggende onderzoek stond niet toe om een meer uitgebreide search naar deze literatuur te doen. Daarom is na deze eerste ronde besloten het onderzoek naar de grijze literatuur te beperken tot Nederland.

Een uitzondering is de literatuur die we in de slotfase van het literatuuronderzoek aangereikt kregen vanuit sociologische en (psycho)therapeutische hoek.. Aangegeven werd dat deze literatuur wellicht minder erkenning krijgt vanuit de wetenschappelijke kring, maar dat deze – aldus de contactpersonen – wel aansluit bij de onderzoeksvragen naar de relatie tussen determinanten van gezondheidsbeleving en mogelijk succesvolle interventies. In hoofdstuk 4 wordt aan deze ‘flankerende’ literatuur kort aandacht geschonken.

Uiteindelijk zijn 47 relevante bronnen geselecteerd voor nadere analyse van determinanten van gezondheidsbeleving⁶⁹⁻¹¹⁶ en nog eens 4 bronnen voor interventies¹¹⁷⁻

120

3. Resultaten in de wetenschappelijke literatuur

3.1 Determinanten van een gezondheidsbeleving

Opzet van samenvattende tabel

De 33 studies naar determinanten van gezondheidsbeleving onder werklozen rapporteren een breed scala aan mogelijke determinanten. In bijlagen 3 en 4 zijn de resultaten van de individuele studies beschreven. Tabel 4 presenteert een samenvattend overzicht van de samenhang tussen determinanten en negatieve gezondheidsbeleving. De determinanten zijn ingedeeld in de volgende categorieën: demografische factoren, financiële situatie, coping en cognities, latente functies van werk, attitude ten aanzien van werk en leefstijl. In deze analyse zijn gezondheidsklachten, ziekten en aandoeningen als determinant van ervaren gezondheid buiten beschouwing gelaten, omdat hierbij sprake is van sterk overlappende definities van gezondheid, waardoor er per definitie een sterke associatie wordt gevonden.

In de meeste publicaties is de doelgroep werklozen geïdentificeerd op basis van zelf-rapportage in een vragenlijst. Hierdoor ontstaat een grote heterogeniteit in definitie, die mede zal zijn beïnvloed door de grote diversiteit in inrichting van de sociale zekerheid tussen de landen waarin de verschillende studies zijn verricht. Daardoor zal de gehanteerde definitie van werkloosheid in studies afwijken van de gebruikelijke indeling in Nederland. Hoewel de gehanteerde zoekstrategie ook betrekking had op 'disability pension' zijn er geen studies gevonden over determinanten van gezondheidsbeleving onder arbeidsongeschikten.

De samenhang is op twee manieren beoordeeld. Ten eerste, beïnvloedt de determinant de gezondheidsbeleving negatief (samenhang met negatieve gezondheidsbeleving) of bevordert de determinant een positieve gezondheidsbeleving (samenhang met positieve gezondheidsbeleving). Daarnaast is een kwalitatief oordeel gegeven over de sterkte van de samenhang. Een zwakke samenhang (+) is gedefinieerd als een correlatie van maximaal 0,3 of een odds ratio of vergelijkbare risicomaat tussen de 0,5 en 2,0. Een matige samenhang (++) is gedefinieerd als een correlatie tussen de 0,3 en 0,5 of een odds ratio die kleiner is dan 0,5 of groter dan 2,0. Van een sterke samenhang (+++) spreken we bij een correlatie vanaf 0,5 of een odds ratio kleiner dan 0,2 of groter dan 5,0. De samenhang is altijd zodanig geïnterpreteerd dat de richting van de associatie eenduidig is.

Tabel 4 Determinanten van een negatieve gezondheidsbeleving bij niet-werkenden

	Samenhang met negatieve gezondheidsbeleving		Geen samenhang		Samenhang met positieve gezondheidsbeleving	
<i>Demografische kenmerken</i>						
Vrouw	n = 4	+/+	n = 3		n = 1	+
Oudere leeftijd	n = 4	+ / + + / + + +	n = 4			
Laag opleidingsniveau	n = 6	+ / + / + / + +	n = 3		n = 1	+
Getrouwd / samenwonend			n = 5		n = 4	+ / + / + / + +
Werkloosheidsduur	n = 4	+ / + / + +	n = 2			
Etnische achtergrond	n = 4	+ / + / + + / + +	n = 2			
<i>Financiële situatie</i>						
Laag inkomen	n = 5	+ / + / + / + + / + +	n = 1			
Financiële zorgen	n = 6	+ / + / + / + + / + + + / + + +				
<i>Coping en Cognities</i>						
Gebrek aan controle	n = 1	+				
Ineffectieve omgang problemen	n = 2	+ / +				
Interne attributie werkloosheid	n = 1	+				
Gebrek aan invloed op gebeurtenissen	n = 2	+ / + + +				
Stress	n = 1	+	n = 1			
Ongerustheid/zorgen	n = 1	+				
Lage zelfwaardering/zelfbeeld	n = 2	+ / + +	n = 3			
Gebrek aan sociale steun	n = 6	+ / + / + / + + / + + + / + + +	n = 1		n = 1	+
Lage emotionele coping	n = 1	+				
<i>Latente functies van werk</i>						
Functies van werk	n = 1	+				
Sociale contacten	n = 2	+ + / + +	n = 2			
<i>Attitude tav werk</i>						
Belang van werk	n = 1	+	n = 1			
Verwachtingen op vinden werk	n = 1	+ +				
<i>Omgeving</i>						
Eenzaamheid	n = 1	+	n = 2			
Hoge werkloosheid	n = 2	+ / +	n = 2			
<i>Leefstijl</i>						
Fysiek actief			n = 1		n = 1	+
Ooit gerookt			n = 1			
Regelmatig alcohol					n = 1	+
Overgewicht			n = 1			

+ zwakke samenhang (correlatie <0.3 óf 0.5 < odds ratio <2.0), ++ matige samenhang (0.3 < correlatie < 0.5 óf 0.2 < odds ratio < 0.5 óf 2.0 < odds ratio <5.0), +++ sterke samenhang (correlatie >0.5 óf odds ratio <0.2 óf odds ratio >5.0)

Deze kwalitatieve samenhang geeft informatie over het relatieve belang van de betreffende determinant of individueel niveau. Hierbij moet worden bedacht dat op populatieniveau een odds ratio van 1,5 (zwak verband) uitermate belangrijk kan zijn, als de determinant in kwestie frequent voorkomt onder werklozen.

Gebruikte gezondheidsmaat

De kortste, en meest gebruikte variant van gezondheidsbeleving is de enkelvoudige vraag naar ervaren gezondheid met 5 antwoordcategorieën variërend van 'slecht' tot 'uitstekend' (Amerikaanse variant) of 'zeer slecht' tot 'zeer goed' (Europese variant). Er zijn varianten met 3 of 4 antwoordcategorieën, met name in ouder wetenschappelijk onderzoek. Deze vraag wordt ook toegepast in veel Nederlands onderzoek, zoals de gezondheid-ênquêtes van GGD-en en het landelijke periodieke leefsituatie onderzoek (POLS) van het CBS. Daarmee zijn bij toepassing van deze methode vele vergelijkende studies beschikbaar.

In de wetenschappelijke literatuur wordt de SF36 ook regelmatig gebruikt. In enkele studies zijn varianten op vragenlijsten rond depressieve symptomen toegepast.

Proximale factoren als determinanten

o Verschillende cognities en coping strategieën hangen samen met een negatieve gezondheidsbeleving. Het gevoel dat iemand geen grip heeft op de eigen situatie hangt samen met een negatieve gezondheidsbeleving: gebrek aan controle, ineffectieve omgang met problemen en gebrek aan invloed op gebeurtenissen zijn consistente factoren die zwak tot matig samenhangen met negatieve gezondheidsbeleving. Het ervaren van stress en het zich zorgen maken is ook geassocieerd met een negatieve gezondheidsbeleving. Gebrek aan sociale steun hangt in 6 studies overduidelijk samen met een negatieve gezondheidsbeleving, ondanks 1 studie waarin het omgekeerde verband is gerapporteerd. Over de invloed van een laag zelfbeeld/waardering is de literatuur beduidend minder consistent: twee studies vinden een zwak tot matig verband, terwijl in 3 studies geen associatie is gevonden.

o Mensen die werkloos zijn kunnen niet profiteren van de positieve aspecten van werk, zoals sociale contacten op het werk en duidelijke doelen en structuur in het werk. Het is overigens verrassend dat deze aspecten in relatie tot gezondheidsbeleving nauwelijks systematisch zijn onderzocht in verschillende studies.

- o De samenhang tussen gezond gedrag en gezondheidsbeleving is veel minder eenduidig. Drie studies rapporten geen verband. In een studie ervaren werklozen die fysiek actief zijn een betere gezondheid dan fysiek inactieve werklozen. In een andere studie hing matig alcoholgebruik samen met een betere ervaren gezondheid.
- o De invloed van de sociale omgeving op gezondheid is beperkt onderzocht. Er zijn aanwijzingen dat eenzaamheid en een hoge werkloosheid in de directe omgeving de gezondheidsbeleving negatief beïnvloedt.

Distale factoren als determinanten

- o Demografische factoren van negatieve gezondheidsbeleving zijn goed onderzocht. Hogere leeftijd, lagere opleiding, alleenstaande, en etniciteit zijn in de meeste studies duidelijke determinanten van een slechtere ervaren gezondheid, hoewel dit niet in alle studies kan worden aangetoond. De invloed van geslacht op ervaren gezondheid laat tegenstrijdige resultaten zien.
- o Sociaal-economische omstandigheden hangen overduidelijk samen met een negatieve gezondheidsbeleving. Uit verschillende studies is naar voren gekomen dat een laag inkomen en het hebben van financiële zorgen matig tot sterk samenhangt met de gezondheidsbeleving van werklozen.
- o In studies met zowel werklozen als werkenden blijken systematische gezondheidsverschillen aanwezig. De ervaren gezondheid van werklozen is beduidend slechter. Een lage verwachting ten aanzien van het vinden van werk en het hechten van een weinig belang aan werk hangen samen met een negatieve gezondheidsbeleving.

Samenvattend oordeel over proximale (P) en distale (D) determinanten

Factoren die consistent in verschillende studies samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving zijn:

- o financiële problemen (D)
- o gebrek aan sociale steun (P)
- o gebrek aan grip op het eigen leven (P)
- o oudere leeftijd (D)
- o lager opleidingsniveau (D)
- o alleenstaand (D)
- o langere werkloosheidsduur (D)
- o etniciteit (D).

Factoren waarvoor enkele studies indicaties geven dat ze samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving zijn:

- stress en zorgen maken (P)
- sociale omgeving (P)
- ontbreken van de latente functies van werk (P)
- lage attitude ten aanzien van betaald werk (P).

Factoren waarvoor het onduidelijk is op welke wijze ze samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving zijn:

- lage zelfwaardering (P)
- leefstijl factoren, zoals lichamelijke activiteit, overgewicht en roken (P)
- geslacht (D).

Belangrijke overwegingen bij interpretatie

Voor een goede interpretatie van bovenstaande resultaten moeten een aantal overwegingen in acht worden genomen.

Ten eerste, er wordt een grote diversiteit in definities van gezondheidsbeleving gebruikt in onderzoek. Veel voorkomende definities zijn ervaren (slechte) gezondheid, gemeten middels een enkele vraag (self-rated health) tot uitgebreide varianten zoals de SF-36, en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Dit belemmert de vergelijkbaarheid enigszins, maar voor diverse determinanten is het beeld erg consistent.

Ten tweede, er zijn nog grotere verschillen in het meten van de determinanten, waardoor het binnen de beperkingen van de opdracht niet mogelijk is een meer kwantitatieve meta-analyse te doen van de gerapporteerde verbanden. Dat vraagt namelijk eerst een gedegen analyse van de vergelijkbaarheid van de gebruikte determinanten en vergelijkbaarheid van de maat van ervaren gezondheid.

Ten derde, verreweg de meeste determinanten die consistent samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving zijn niet specifiek voor werklozen. De demografische factoren zijn bekende structurele determinanten van gezondheidsverschillen in de samenleving, die inwerken op alle groepen in de bevolking.¹²³⁻¹²⁵

Ten vierde, de meeste studies zijn een dwarsdoorsnede-onderzoek waarin gelijktijdig determinanten en gezondheidsbeleving worden gemeten. Deze studies zijn ongeschikt om causaliteit van de meeste gerapporteerde verbanden te beoordelen. Omdat zowel selectie als causatie belangrijk zijn in het verband tussen werk en gezondheid, moeten de gepresenteerde verbanden met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

3.2 Effectiviteit van interventies gericht op (determinanten van) een negatieve gezondheidsbeleving van niet-werkenden

Inhoud en indeling van interventies

Verschillende determinanten van negatieve gezondheidsbeleving, zoals leeftijd, etniciteit en samenlevingsvorm, kunnen niet worden beïnvloed door interventies. Een aantal andere determinanten, zoals financiële problemen, gebrek aan sociale steun en gebrek aan grip op het eigen leven kunnen wel onderdeel uitmaken van specifieke (gezondheids)-interventies die zich richten op de doelgroep van werklozen. In deze paragraaf worden de interventies vanuit dit perspectief besproken.

Interventies gericht op (determinanten van) een negatieve gezondheidsbeleving, participatie en re-integratie van werklozen met een negatieve gezondheidsbeleving kunnen worden ingedeeld in een aantal categorieën:

- multidisciplinaire aanpak
- re-integratietrajecten
- werk als therapie
- gezondheidsbevorderingsprogramma
- algemene empowerment.

Er zijn slechts weinig studies gevonden die de verschillende aanpakken op een goede manier evalueren, door middel van een gerandomiseerd experiment. In bijlage 5 staan een aantal studies weergegeven die ieder één van de bovenstaande aanpakken evalueren. Hier volgt allereerst een korte omschrijving van de vijf verschillende interventie strategieën en hun effectiviteit.

Multidisciplinaire aanpak

De multidisciplinaire aanpak wordt gekenmerkt door een aanpak met aandacht voor zowel gezondheid, opleiding en training van beroepsvaardigheden als aspecten van participatie. Het biopsychosociale model beschrijft dat het ontstaan én voortbestaan van chronische gezondheidsklachten afhankelijk is van sociale, psychologische en biologische factoren. Uitgaande van het WHO-ICF model kunnen gezondheidsproblemen leiden tot functionele stoornissen, beperkingen bij activiteiten en belemmeringen in het participeren in het maatschappelijke leven. Een interventie gericht op herstel van chronische gezondheidsklachten zou zich daarom minder moeten richten op gezondheidsproblemen en onderliggende determinanten, maar vooral op het verminderen van de negatieve gevolgen van gezondheid voor functioneren en participatie.⁴⁸

Waddel en Burton beschrijven dat een interventie gericht op (deels) herstel van gezondheidsklachten gebaseerd moet zijn op biologische, psychologische en sociale factoren.⁴⁸ De multidisciplinaire interventie dient de volgende onderdelen te bevatten: (i) een beweegprogramma gericht op het verbeteren van de fysieke conditie, (ii) een cognitief gedragsmatige training gericht op het beter leren omgaan met klachten en (iii) een nauwe aansluiting op een werkplek en het definiëren van werkgerelateerde doelen. Waddel en Burton laten zien dat deze aanpak bewezen effectief kan zijn bij mensen met chronische klachten aan het bewegingsapparaat en mensen met hart- of ademhalingsproblemen. In de meest recente systematische review over (quasi-) experimentele studies naar reïntegratieprogramma's wordt geconcludeerd dat er een zwak bewijs is voor de effectiviteit van programma's waarvan leren omgaan met problemen, zoals gezondheidsklachten en sociale problemen en verbeteren van werkzoek-gedrag onderdeel uitmaken.⁴⁶

In vier (quasi-) experimentele studies zijn de effecten van een multidisciplinaire aanpak onderzocht. Juvonen-Posti (2002) beschrijven een multidisciplinaire aanpak waarbij er sprake is van een intensieve samenwerking van een revalidatiecentrum voor mensen met beperkingen en de uitkeringsinstantie.⁶¹ Deze intensieve samenwerking leidde tot een toename van het aantal mensen dat een baan vond (14% tegenover 9%) en een verbetering van de mentale gezondheid en ervaren competentie. Vinokur (2000) laten zien dat het specifieke JOBS-programma (workshops gericht op actief leren van vaardigheden om werk te zoeken, omgaan met tegenslagen, en vergroten van motivatie en

controle) leidde tot een hogere werkhervatting en vermindering van depressieve symptomen.⁶² Dezelfde aanpak is ook toegepast door Reynolds (2010) waarbij in de JOBS-groep de werkhervatting aanmerkelijk hoger lag dan in het reguliere reïntegratie-aanbod (48% versus 17%).⁵⁰ De vierde studie beschrijft een integrale aanpak van beroepsoriëntatie, fysieke training door een beweegprogramma en psychologische begeleiding die resulteerde in een significante verbetering in fysiek functioneren en minder psychologische stress.⁶⁰

In Rotterdam is de ExIT methodiek ontwikkeld, waarbij de gemeentelijke Sociale Dienst intensief samenwerkt met de GGZ instelling. De ExIT methodiek beschrijft een intensieve, multidisciplinaire aanpak van (psychische) problemen die een belemmering vormen voor werkhervatting.¹²¹ Deze methodiek richt zich op snelle plaatsing in betaald werk, eventueel voorzien van een kortlopend psychologische interventie, met flankerende psychologische en sociaal-medische ondersteuning. Daarmee is de ExIT aanpak enigszins vergelijkbaar met de IPS-aanpak (zie hieronder). In een pilot-onderzoek van de gemeentelijke Sociale Dienst onder ruim 200 uitkeringsgerechtigden heeft uitgewezen dat deze aanpak in een deelgemeente van Rotterdam resulteerde in een grotere uitstroom uit de bijstand in vergelijking met regulier re-integratietrajecten in een andere deelgemeente (40% tegenover 13%). Op dit moment wordt door het Erasmus MC een uitgebreid evaluatieonderzoek uitgevoerd naar de effecten van deze aanpak op de ervaren gezondheid en kans op werk van werklozen met (psychische) gezondheidsproblemen.

Re-integratietrajecten

In een review artikel van Bambra (2005) worden de effecten van verschillende re-integratietrajecten in Engeland voor werklozen met chronische ziekten geanalyseerd.⁴⁷ Deze trajecten verschilden in aanpak van begeleiding richting de arbeidsmarkt, maar er was geen specifieke aandacht voor de gezondheid. Het succes op werkhervatting varieerde zeer sterk tussen de programma's, maar door de grote verschillen in achtergrond van deelnemers en inhoud van programma's en het ontbreken van goede experimentele studies, durfden de auteurs geen conclusies te trekken over mogelijk werkzame elementen in de reïntegratie.

Een Nederlandse experimentele studie laat zien dat training van werklozen in het leren ontwikkelen en stellen van haalbare doelen ten aanzien van werkzoekgedrag en omgaan met eigen problemen positieve gevolgen heeft voor een betere kans op werkhervatting.⁵³

In een experimentele studie waarin eveneens leerdoeltraining was opgenomen, naast leren omgaan met eigen problemen en vergroten van sociale steun, waren er alleen positieve effecten onder de werklozen het veel depressieve klachten.⁶⁷ In een andere studie bleek het leren omgaan met problemen rond werkzoeken leidde tot een verhoging van de werkhervatting (25% tegenover 17%).⁶⁸

Werk als therapie

In verschillende landen is de effectiviteit van de ‘individual placement and support (IPS) methodiek onderzocht.^{49,57} Hierbij wordt een werkloze met mentale gezondheidsproblemen direct geplaatst op een werkplek. Vervolgens wordt de werknemer begeleid door een multidisciplinair team bestaande uit onder andere een arbeidsdeskundige en een psycholoog, werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg. Deze begeleiding is erop gericht om alle gezondheidskundige en sociale barrières weg te nemen. Een systematische review laat zien dat in 5 verschillende experimentele studies vergelijkbare resultaten zijn gevonden met een gemiddelde werkhervatting na 1 jaar onder IPS-werklozen van 31% tegenover 12% in de reguliere reïntegratie-aanpak.⁴⁹ Er is daarmee overtuigend bewijs dat de IPS methodiek betere resultaten boekt ten aanzien van het verkrijgen én behouden van betaald werk ten opzichte van een regulier re-integratietraject. De IPS-methodiek is recentelijk ook in 6 Europese landen onderzocht, waarbij Nederland een van de deelnemende landen was. Ook in deze RCT van de IPS-methodiek blijkt dat werkhervatting significant hoger is in de interventiegroep (55% ten opzichte van 28% na 2 jaar).⁵⁷ Het Nederlandse deel is apart geëvalueerd voor bevorderende en belemmerende factoren in de uitvoering van het programma. Daaruit bleek dat de implementatie van het programma stuitte op grote organisatorische en financiële barrières.¹²²

In een experiment waarin binnen de psychologische behandeling werkstages werden opgenomen bleek dat lichamelijke gezondheidsproblemen verminderden en dat deelnemers optimistischer werden over hun mogelijkheden om betaald werk te vinden.⁵⁸

Gezondheidsbevorderingsprogramma

Gezondheidsbevorderingsprogramma's zijn te onderscheiden in programma's met cognitieve gedragstherapie, specifiek gericht op psychische gezondheidsproblemen, en programma's waarin fysieke en mentale gezondheid gezamenlijk worden aangepakt. In een beschrijvende studie bleek dat specifieke aandacht tijdens de reïntegratie voor het

leren omgaan met gezondheidsproblemen en het verminderen van angst-vermijdingsgedrag invloed had op de uiteindelijke werkhervatting.⁵⁶

In Nederland is in een gerandomiseerd experiment de effectiviteit van een programma onderzocht, gericht op het vergroten van de fysieke activiteit, het aanleren van een gezonde levensstijl en het vergroten van eigen vaardigheden in het omgaan met problemen. Uit het onderzoek bleek dat de fysieke conditie van deelnemers verbeterde, maar dat vanwege de slechte beginsituatie, mensen ook na afloop nog een fysiek slechte conditie hadden. Het gezondheidsprogramma had geen invloed op de ervaren mentale en lichamelijke gezondheid of de kans op het vinden van een baan. Mogelijk wordt het ontbreken van effectiviteit van deze interventie veroorzaakt door het ontbreken van aansluiting met andere activiteiten gericht op reïntegratie naar werk.⁵²

In diverse interventies is gezondheid wel een onderdeel van de totale aanpak, maar is uit de literatuur onbekend wat de werkzaamheid hiervan is.

Empowerment

In diverse studies zijn methoden gericht op het vergroten van de eigen controle op het leven onderzocht, onder de aanname dat beïnvloeding van deze determinant zal leiden tot een betere ervaren gezondheid. Het meest onderzocht is de cognitieve gedragstherapie (cognitive behavioural therapy = CBT). Twee observationele studies van matige kwaliteit laten geen duidelijke effecten zien van deze aanpak.^{51,59} Daarentegen laat een oudere RCT sterke positieve effecten zien op werkhervatting (34% tegenover 13%) bij een CBT ingebed in groepstraining gericht op sociale ondersteuning. Dit laatste element bleek in zowel de interventiegroep als de vergelijkende groep waarschijnlijk de oorzaak van de significante verbetering in ervaren gezondheid van deelnemende werklozen.⁶⁴ In een quasi-experimentele studie zijn vergelijkbare positieve resultaten gevonden voor werkhervatting, depressie en fysiek en psychosociaal functioneren.⁶³

Samenvattend oordeel over interventies

Voor de onderscheiden interventiestrategieën is er op basis van kwaliteit en kwantiteit van beschikbare studies het bewijs voor effectiviteit als volgt beoordeeld:

- multidisciplinaire aanpak:

Zwak bewijs, met enige indicatie dat sommige specifieke interventies, zoals ExIT, erg veelbelovend zijn.

- re-integratietrajecten:
Onvoldoende bewijs door het ontbreken van voldoende experimentele studies.
- werk als therapie:
Sterk bewijs voor de effectiviteit van de IPS-methodiek.
- gezondheidsbevorderingsprogramma:
Conflicterend bewijs, waarbij een recente RCT enig bewijs levert voor afwezigheid van enig effect van een alleenstaand gezondheidsbevorderingsprogramma.
- empowerment:
Matig tot sterk bewijs voor effectiviteit van cognitieve gedragstherapie.

3.3 Determinanten en interventies: wat is de samenhang ?

Tabel 5 laat zien in hoeverre de verschillende interventiestrategieën ook daadwerkelijk ingrijpen op de factoren die samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving.

Tabel 5 Determinanten van een negatieve gezondheidsbeleving bij niet-werkenden in relatie tot de interventiestrategieën

Determinanten negatieve gezondheidsbeleving	Multidisciplinaire aanpak	Reïntegratietraject	Werk als therapie	Gezondheidsbevorderingsprogramma	Empowerment
<i>Gezondheidsproblemen expliciet onderdeel van interventie</i>					
Fysieke gezondheid	X		X	X	
Mentale gezondheid	X	X	X	X	(X)
<i>Factoren die consistent samenhangen met negatieve gezondheidsbeleving</i>					
Financiële zorgen					
Gebrek aan sociale steun	X		X	X	
Gebrek aan grip eigen leven	X	X		X	X
Oudere leeftijd*					
Lager opleidingsniveau*					
Alleenstaand*					
Langere werkloosheidsduur*					
Etniciteit*					
<i>Factoren met indicatie van samenhang met negatieve gezondheidsbeleving</i>					
Stress en zorgen maken	X		X		X
Sociale omgeving			X		
Ontbreken van latente functies van werk			X		
Lage attitude tav werk	X	X	X		
<i>Factoren met onduidelijke samenhang met negatieve gezondheidsbeleving</i>					
Lage zelfwaardering	X	X			X
Leefstijl: Gebrek aan bewegen Roken Overmatig alcoholgebruik				X	
Geslacht*					

* onveranderbare factor

In de onderscheiden interventiestrategieën wordt veelal op directe of indirecte wijze aandacht besteed aan gezondheidsproblemen. De belangrijke (proximale) determinanten van negatieve gezondheidsbeleving ‘gebrek aan sociale steun’ en ‘gebrek aan grip op eigen leven’ komen in de interventiestrategieën goed aan bod. Verandering in deze determinanten lijkt een belangrijke verklaring te zijn effectiviteit van reïntegratie-aanpak, maar de daadwerkelijke verandering in deze determinant wordt in evaluatie-onderzoek meestal niet vastgesteld.

Van de factoren met een indicatie van samenhang met gezondheidsbeleving wordt de meeste aandacht gericht op ‘attitude ten aanzien van betaalde arbeid’ en ‘Stress en zorgen maken’. Ook voor deze (proximale) factoren ontbreekt overtuigend bewijs dat verbetering in deze determinant het werkzame onderdeel van de aangeboden interventies is.

Van de (proximale) factoren met onduidelijke samenhang met de gezondheidsbeleving is er aandacht voor ‘lage zelfwaardering’ en ‘gebrek aan bewegen’. Er is geen bewijs aanwezig dat reïntegratie- of gezondheidsinterventies beide determinanten positief kunnen beïnvloeden en daardoor werkhervatting bevorderen. Voor empowerment via cognitieve gedragstherapie rapporteren de interventiestudies niet de effecten op zelfwaardering.

4. Resultaten in de grijze literatuur

4.1 Determinanten van gezondheidsbeleving

De term ‘determinant’ wordt in de grijze literatuur nauwelijks gebruikt. In deze literatuur wordt veeleer gesproken over “samenhangende variabelen”, waarbij de causaliteitsrichting van het verband meestal niet duidelijk is en de onderbouwende wetenschappelijke literatuur nagenoeg geheel ontbreekt. Variabelen worden vaak in combinatie met elkaar beschreven. Gevonden variabelen van een negatieve gezondheidsbeleving komen grotendeels overeen met de determinanten die in de wetenschappelijke literatuur zijn onderzocht. In de volgende tabel is weergegeven hoe vaak bepaalde variabelen in de grijze literatuur zijn besproken. Er is geen onderscheid gemaakt naar type publicatie of naar de doelgroep waar de publicatie betrekking op had. De variabelen zijn geordend volgens het conceptueel model zoals in hoofdstuk 2 is besproken.

Tabel 6 In grijze literatuur genoemde “samenhangende variabelen” inzake een slechte gezondheidsbeleving

Factor	Type factor	factor	Gevonden in grijze literatuur als samenhangende variabele (n)
Distale factoren	Demografisch	Geslacht	5
		Opleiding	11
		Leeftijd	5
		Familiestatus	1
		Etniciteit	8
		Sociaal economisch	Algemeen (SES)
Inkomen	5		
Werkloosheid	7		
Proximale factoren	persoonskenmerken	Ontwikkeling in jeugd, w.o. traumatische ervaringen	3
		Zelfredzaamheid	2
		Beperkingen, ziekten	6
	leefstijl	Leefstijl en bewegen	3
		bewegen	2
	Omgeving	Sociale omgeving (sociale cohesie, steun van omgeving)	3
		Woonomgeving (wijk, woonplaats)	5

Wat betreft het belang van de verschillende determinanten voor de gezondheidsbeleving wordt veelvuldig genoemd dat de gezondheidsbeleving vooruit gaat, louter door het hebben/vinden van werk. De sociaal-economische situatie in combinatie met andere determinanten (multiproblematiek) wordt diverse malen als “belangrijkste variabele” aangeduid in de grijze literatuur. De meest genoemde variabelen voor een slechte gezondheidsbeleving zijn (lage) opleiding en (allochtone) etniciteit.

De grijze literatuur geeft weinig informatie over handzame en valide methoden om gezondheidsbeleving te meten. Methoden die worden genoemd zijn ondermeer 4DKL , SF12 en SF-36/Rand-36 .

4.2. Interventies gericht op verbetering van de gezondheidsbeleving in relatie tot sociale/maatschappelijke participatie

In de grijze literatuur worden talloze interventies naar werk besproken waarbij ook een relatie met gezondheidsbeleving wordt aangegeven. De effectiviteit van de interventies is in nagenoeg alle gevallen niet systematisch onderzocht of bewezen. Vaak ontbreekt (een goede bronvermelding naar) onderzoek over de werkzaamheid of werkzame elementen in de interventie.

In de grijze literatuur zijn weinig evaluaties te vinden van interventies. De interventies zijn niet nauwkeurig omschreven en betreffen meestal een kleine, specifieke populatie. Er worden soms indicaties van effecten genoemd, maar die zijn veelal niet betrouwbaar onderbouwd. Er worden ook interventies lovend besproken die recent zijn ontwikkeld, maar nog niet zijn toegepast.

De meeste interventies zijn primair gericht op het vinden van werk (of het vergroten van de kansen daartoe: vaak in de vorm van een re-integratietraject). Enkele interventies hebben gezondheidsbevordering tot doel. Gezondheidsbeleving wordt bij geen der interventies als primair doel genoemd. Als neveneffect wordt wel melding gemaakt van een verbeterde gezondheidsbeleving.

Genoemde interventies betreffen veelal combinaties van activiteiten. Een combinatie van fysieke en psychologische interventies komt het meeste voor. Te denken valt daarbij aan een beweegprogramma in combinatie met een op empowerment gerichte begeleiding door een psycholoog.

Veel genoemd worden:

- Beweegprogramma's (fitness, hardlopen of wandelen)
- Cognitieve gedragstherapie
- GAT (graded activity therapie)
- Individuele consulten of groepsessies bij psycholoog of maatschappelijk werker

Als we genoemde samenhangende variabelen (determinanten) en interventies uit de grijze literatuur naast elkaar leggen, dan zien we dat interventies zich vooral richten op (het beïnvloeden van) persoonskenmerken en de leefstijl. De meeste interventies inzake het beïnvloeden van persoonskenmerken kunnen onder de noemer 'empowerment' worden geschaard. Interventies richting de versterking van de sociale omgeving zijn nauwelijks gevonden.

De doelgroepen waar de interventies zich op richten, komen grotendeels wel overeen met de doelgroepen die een slechte gezondheidsbeleving hebben: laagopgeleiden, allochtone vrouwen en stedelingen in een slechte sociaal economische situatie.

De grijze literatuur biedt weinig aanknopingspunten voor het doen van uitspraken over de effectiviteit van de ingezette interventies. Dat wil niet zeggen dat deze interventies niet relevant zouden zijn. Ze zijn echter vooralsnog niet systematisch onderzocht op effectiviteit en bruikbaarheid. Nader onderzoek naar de interventies zelf lijkt daartoe gewenst.

Overige bevindingen in de grijze literatuur

Een aantal bronnen en buitenlandse contactpersonen die wij raadpleegden, wezen de onderzoekers op de medisch sociologische literatuur en filosofische geschriften die (grotendeels) niet in de wetenschappelijke databases te vinden zijn. In deze literatuur worden begrippen als gezondheid en gezondheidsbeleving geplaatst in de maatschappelijke context en wordt (o.a. door Achterhuis⁶⁹) de vraag gesteld of de waarde

van gezondheid niet wordt overschat, waardoor een mindere gezondheid (of een slechte gezondheidsbeleving) teveel wordt geproblematiseerd. Ook worden in de sociologische literatuur de begrippen ‘gezondheid’ en ‘ziekte’ ontrafeld (o.a. Nettleton¹⁰¹), alsmede wordt het begrip “resilience” (veerkracht) gekoppeld aan het aanwezig zijn of versterken van ‘bufferprocessen’ om mensen uit een achterstandssituatie te helpen zich maatschappelijk staande te houden en dus ook sociaal te participeren (o.a. in het werk van Werner, aangehaald in Van der Pas¹⁰²). Daarnaast levert het werk van Antonovsky (met name “Unraveling the Mystery of Health” uit 1987⁷⁰) over Health and Coping en zijn zogenaamde “Sense of Coherence Scale” aangrijpingspunten voor interventies bij een slechte gezondheidsbeleving. Laatstgenoemde schaal wordt wel aangeduid als ‘gevoel van competentie’ of het hebben van ‘grip op het eigen leven’. Sense of Coherence wordt omschreven als de mate waarin iemand een diepgaand, duurzaam en dynamisch gevoel van vertrouwen heeft dat de interne en externe omgeving (sociale steun) dermate voorspelbaar zijn dat er een grote kans bestaat dat de dingen zo uitwerken zoals redelijkerwijs kan worden verwacht.

Genoemde ‘flankerende’ literatuur beperkt zich niet tot werklozen en beantwoordt niet rechtstreeks de onderzoeksvragen van voorliggende studie, maar kan wel input leveren voor toekomstig onderzoek naar de witte vlekken die zijn gevonden.

5. Conclusies en beantwoording van de onderzoeksvragen

5.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

1. Wat zijn handzame en valide methoden om gezondheidsbeleving te meten onder werklozen?

De kortste, en meest gebruikte variant van gezondheidsbeleving in de wetenschappelijke literatuur is de enkelvoudige vraag naar ervaren gezondheid met 5 antwoordcategorieën variërend van ‘slecht’ tot ‘uitstekend’ (Amerikaanse variant) en ‘zeer slecht’ tot ‘zeer goed’ (Europese variant). Er zijn varianten met 3 of 4 antwoordcategorieën, met name in ouder wetenschappelijk onderzoek. Deze vraag wordt ook toegepast in veel Nederlands onderzoek, zoals de gezondheid-ênquetes van GGD-en en het landelijke periodieke leefsituatie onderzoek (POLS) van het CBS. Daarmee zijn bij toepassing van deze methode vele vergelijkende studies beschikbaar.

In de wetenschappelijke literatuur wordt de SF36 ook regelmatig gebruikt. De SF12 is de kortere variant, waarbij een onderscheid gemaakt kan worden in een mentale en fysieke component van de gezondheidsbeleving. Met behulp van de SF36 kan inzicht worden verkregen in 8 verschillende dimensies van de gezondheidsbeleving: algemene gezondheidsbeleving, mentale gezondheid, fysieke functioneren, ervaren pijn, vitaliteit, rolbeperkingen door een emotioneel probleem en rolbeperkingen door een fysiek probleem en sociaal functioneren.

In de grijze literatuur wordt nauwelijks gerapporteerd over handzame methoden om gezondheidsbeleving onder werklozen te meten.

Er is enige discussie over de bruikbaarheid van vragenlijsten over ervaren gezondheid in doelgroepen met een beperkt opleidingsniveau. Het grootschalige onderzoek onder uitkeringsgerechtigden in Rotterdam heeft laten zien dat de SF36 als instrument goed bruikbaar is in interviews in deze doelgroep en ook responsief is op ervaren veranderingen in de gezondheid als gevolg van het starten met betaalde arbeid.^{7,52} Voor respondenten met beperkte lees- en schrijfvaardigheden gelden evenwel de gebruikelijke bezwaren van toepassing van vragenlijsten.

2. Wat zijn determinanten van een negatieve gezondheidsbeleving?

Er is een grote verscheidenheid aan factoren die samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving. Deze factoren worden volgens het opgestelde conceptuele model onderverdeeld in een aantal categorieën:

- proximale factoren: persoonsfactoren, leefstijl, omgeving
- distale factoren: demografische kenmerken en sociaaleconomische factoren.

Deze indeling is gebaseerd op het bekende Lalonde-model voor verklaring van sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

Factoren die consistent in verschillende studies samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving zijn:

- proximale factoren: gebrek aan sociale steun, gebrek aan grip op het eigen leven,
- distale factoren: financiële problemen, oudere leeftijd, lager opleidingsniveau, alleenstaand, langere werkloosheidsduur en etniciteit.

Factoren waarvoor enkele studies indicaties geven dat ze samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving zijn:

- proximale factoren: stress en zorgen maken, sociale omgeving, ontbreken van de latente functies van werk en zwakke attitude ten aanzien van betaald werk.

Factoren waarvoor het onduidelijk is op welke wijze ze samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving zijn:

- proximale factoren: lage zelfwaardering en leefstijlfactoren, zoals lichamelijke activiteit, overgewicht en roken
- distale factoren: geslacht.

Bovengenoemde samenhang tussen determinanten en negatieve gezondheidsbeleving in de wetenschappelijke literatuur lijkt erg weinig specifiek te zijn voor werklozen. In onderzoek naar sociaaleconomische gezondheidsverschillen (zie het Lalonde-model) blijkt dat de onderscheiden determinanten in de algemene bevolking een belangrijk deel van de verschillen in gezondheidsbeleving verklaren. Het valt buiten het kader van deze studie om de omvangrijke literatuur over achtergronden van sociaaleconomische

gezondheidsverschillen te bespreken. Daarvoor wordt verwezen naar enkele kernpublicaties in de Nederlandse literatuur.¹²³⁻¹²⁶

In de grijze literatuur worden als belangrijke variabelen die samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving genoemd: opleiding, etniciteit, geslacht, leeftijd en inkomen. Het belang van deze factoren wordt ondersteund in de wetenschappelijke literatuur.

In de grijze literatuur worden ook de woonomgeving en sociale cohesie in de directe omgeving genoemd als variabelen die samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving. Hiervoor is in de wetenschappelijke literatuur geen bewijs gevonden.

3. Wat is het relatieve belang van verschillende determinanten van een negatieve gezondheidsbeleving, en in welke mate zijn belangrijke determinanten van een negatieve gezondheidsbeleving te beïnvloeden?

Er is een grote verscheidenheid aan onderzochte factoren van negatieve gezondheidsbeleving in de geselecteerde studies, waarbij de meeste studies geen goed vergelijkbare definities hanteren. Hierdoor is het niet mogelijk een meta-analyse te doen naar het relatieve belang van de onderscheiden factoren.

Van de factoren die consistent in verschillende studies samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving zijn financiële problemen, gebrek aan sociale steun en gebrek aan grip op het eigen leven in principe te beïnvloeden. Daarnaast zijn er 5 factoren, te weten oudere leeftijd, lager opleidingsniveau, alleenstaand, langere werkloosheidsduur en etniciteit, die moeten worden beschouwd als onveranderbaar in interventie-programma's.

Het is hier evenwel van belang te constateren dat de onderscheiden determinanten in specifieke risicogroepen veel vaker zullen voorkomen dan in andere groepen. Door stapeling van determinanten kan een multi-probleem-situatie ontstaan, waarin het niet meer goed te onderzoeken is welke determinant nu cruciaal is. De stapeling van verschillende determinanten bij dezelfde personen verklaart ook grotendeels waarom in specifieke groepen, bijvoorbeeld laag-opgeleide oudere alleenstaanden, de prevalentie

van een slecht ervaren gezondheid hoog zal zijn ten opzichte van andere groepen uitkeringsgerechtigden.

4. Wat zijn effectieve/veelbelovende interventies gericht op verbetering van de gezondheidsbeleving, al dan niet met verbetering van de sociale/maatschappelijke participatie als achtergrond?

Voor interventiestrategieën met een multidisciplinaire aanpak is er een zwak bewijs voor hun effectiviteit. Voor mensen met chronische klachten aan het bewegingsapparaat en mensen met hart- of ademhalingsproblemen, al dan niet werkloos, is er matig bewijs voor hun effectiviteit. Er is enige indicatie dat sommige specifieke interventies, zoals ExIT in Rotterdam, veelbelovend zijn voor het verbeteren van met name de psychische gezondheid.

Voor de interventiestrategie 'individual placement and support' is er sterk bewijs voor effectiviteit op psychische gezondheid.

Voor specifieke gezondheidsbevorderingsprogramma's onder werklozen is er conflicterend bewijs. Er is matig bewijs voor afwezigheid van enig effect van een gezondheidsbevorderings-programma op fysieke en mentale gezondheid.

Er is matig tot sterk bewijs voor de effectiviteit van de Cognitive Behavioural Training-methode voor psychische gezondheid en daarop aansluitende interventies die zich richten op het vergroten van de eigen controle op het leven (empowerment).

Bovenstaand oordeel over niveau van bewijs is gebaseerd op interventiestudies in de wetenschappelijke literatuur. In de grijze literatuur worden ook veelvuldig genoemd graded activity therapy, individuele consulten van psycholoog/maatschappelijk werk, groepssessies onder begeleiding van een psychotherapeut en training in mindfulness. Hiervoor ontbreekt echter elk wetenschappelijk bewijs over het al dan niet effectief zijn van deze methodieken.

De effectiviteit van een interventie gericht op gezondheidsbevordering zal mede worden bepaald door de specifieke sociaal-maatschappelijke context waarin deze interventie is uitgevoerd. Kenmerken van het systeem van sociale zekerheid zullen zeker van invloed zijn op de ervaren gezondheid onder werklozen, maar vergelijkend onderzoek in verschillende landen ontbreekt.

5. Wat zijn bestaande interventies gericht op verbetering van de gezondheidsbeleving met als direct of indirect einddoel werkhervatting? Welke zijn effectief?

Voor interventiestrategieën met een multidisciplinaire aanpak is er een zwak bewijs voor hun effectiviteit voor werkhervatting. Een multidisciplinaire interventie bestaande uit een beweegprogramma, een cognitief gedragsmatige training gericht op het beter leren omgaan met klachten en een nauwe aansluiting op een werkplek kan effectief zijn bij mensen met chronische klachten aan het bewegingsapparaat en mensen met hart- of ademhalingsproblemen. Er is een indicatie dat de specifieke interventie ExIT in Rotterdam veelbelovend is voor het verhogen van de kans tot terugkeer naar betaalde arbeid.

Voor interventiestrategie 'individual placement and support' is er sterk bewijs voor effectiviteit van de interventie voor werkhervatting.

Voor specifieke gezondheidsbevorderingsprogramma's onder werklozen is er conflicterend bewijs. Er is matig bewijs voor afwezigheid van enig effect van een gezondheidsbevorderingsprogramma voor werkhervatting.

Er is onvoldoende bewijs voor enig effect van reïntegratietrajecten voor betere werkhervatting onder werklozen met gezondheidsproblemen.

Er is matig tot sterk bewijs voor de effectiviteit van de Cognitive Behavioural Training-methode voor werkhervatting.

Bovenstaand oordeel over niveau van bewijs is gebaseerd op interventiestudies in de wetenschappelijke literatuur. In de grijze literatuur worden diverse andere interventies genoemd, maar hiervoor ontbreekt echter elk wetenschappelijk bewijs.

6. Wat zijn specifieke interventies gericht op werkhervatting van de doelgroep werkzoekenden met een negatieve gezondheidsbeleving? Welke zijn effectief?

De meest in het oog springende interventie waarvan de effectiviteit in diverse landen middels experimenteel onderzoek is bewezen, is de ‘individual placement and support (IPS) methodiek. Hierbij worden personen direct geplaatst op een werkplek en krijgen ze vervolgens nazorg van een multidisciplinair team. In de wetenschappelijke literatuur is de effectiviteit aangetoond voor het verkrijgen én behouden van betaald werk van werklozen met mentale gezondheidsproblemen. Er is ook bewijs voor positieve effecten op psychische gezondheid en hieraan gerelateerde medische consumptie.

5.2 Ontbrekende inzichten

Interpretatie van het ontbreken van wetenschappelijk bewijs

Deze studie geeft op een aantal plaatsen aan dat wetenschappelijk bewijs ontbreekt. Daardoor kan niet worden gedefinieerd hoe “evidence-based” interventies voor werklozen met een negatieve gezondheidservaring er nu precies moeten uitzien. Dit betekent echter niet dat daarmee er wetenschappelijk bewijs is voor het ontbreken van enige effectiviteit van “practice-based” interventies. Ook voor zo’n uitspraak ontbreken voldoende wetenschappelijke studies die laten zien wat er nu juist niet werkt. Het is belangrijk te beseffen dat wetenschappelijke methoden en technieken ook hun beperkingen hebben, waardoor werkzame elementen in interventies soms niet goed kunnen worden geïdentificeerd (zoals bijvoorbeeld de kwaliteit van de reïntegratie-begeleiding).

Reikwijdte van de studie

Deze studie is gericht op determinanten van gezondheidsbeleving onder werklozen en interventies die primair gericht zijn op het verbeteren van deze gezondheidsbeleving.

Deze studie evalueert daarmee dus niet de effectiviteit van reïntegratie in het algemeen noch de specifieke rol van gezondheid in werkhervatting. De keuze voor determinanten betekent dat vooral studies zijn geselecteerd die oorzaken vaststellen van een negatieve gezondheidsbeleving. De consequenties van een negatieve gezondheidsbeleving voor het zoeken en vinden van betaalde arbeid (bijvoorbeeld gezondheid als belemmerende factor) vallen dus buiten het kader van de verrichte studie. Een hiermee samenhangende beperking is dat deze studie dus niet gaat over verschillen in gezondheidsbeleving tussen werklozen met objectiveerbare ziekten en aandoeningen of werklozen met en zonder ervaren of vastgestelde functionele beperkingen. Dit laatste vraagt specifiek onderzoek onder personen met ziekten en beperkingen en de invloed van psychologische eigenschappen en de sociale en fysieke omgeving op hun omgang met ziekte en beperking.

Gebrek aan degelijke evaluatiestudies

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat er erg weinig evaluatie-onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van verschillende reïntegratieprogramma's en gezondheidsinterventies voor niet-werkenden met een negatieve gezondheidsbeleving. In evaluatie-onderzoek dat niet geschiedt volgens de aanpak van het gerandomiseerde experiment is de onderzochte interventie niet goed te beoordelen op effectiviteit. Het gewenste experiment is alleen op grote schaal uitgevoerd naar de IPS-methodiek.

In de grijze literatuur worden talloze interventies naar werk besproken, maar de effectiviteit daarvan is nauwelijks onderzocht. Veelal gaat het om kleine, specifieke populaties en niet nauwkeurig omschreven interventies en ontbreekt een controlegroep. Het verdient aanbeveling expliciet onderzoek te verrichten naar onderbouwing van werkzame elementen in deze interventies en vervolgens bij voldoende werkzame elementen de gehele interventie wetenschappelijk verantwoord te evalueren.

Beoordeling van interventies

Het gebrek aan gerandomiseerde interventiestudies (RCT) naar de effectiviteit van reïntegratie is opvallend, omdat evaluatie middels het gerandomiseerde experiment in de gezondheidswetenschappen een volstrekt geaccepteerde én veelvuldig toegepaste methode is. De belangrijkste reden voor de kracht van een RCT is het voorkomen van vertekening door selectieve toewijzing van de interventie en daarmee samenhangend een ongelijke verdeling van prognostische factoren tussen interventie- en controlegroep.

In de afgelopen jaren zijn er verschillende alternatieven ontwikkeld voor het beoordelen van de effecten van praktijkinterventies, ook wel aangeduid als de zogenaamde natuurlijke experimenten.¹²⁷ Deze alternatieven richten zich op de balans in belangrijke prognostische factoren tussen de interventiegroep en de controlegroep. De vier meest genoemde methoden zijn, in volgorde van afnemende bruikbaarheid, de propensity score (corrigeren voor de kans op toewijzing van de interventie), de toepassing van instrumentele variabelen (een variabele (het instrument) die samenhangt met de interventie en die alleen aan de uitkomstvariabele gerelateerd is via de samenhang met de interventie), de onderbroken tijdseries (interrupted time series of regression-discontinuity designs) en het schatten van de verandering in kans op een gezondheidseffect na een interventie (difference-in-differences). In onderzoek naar de effecten van gezondheidsbevordering onder werklozen is het dringend gewenst dat deze alternatieve methoden in de komende jaren worden toegepast, indien een gerandomiseerde evaluatie niet mogelijk is.

Aanwijzingen voor werkzame elementen

Er is bewezen effectiviteit voor de 'individual placement and support (IPS) methodiek, waarbij werkhervatting ook over langere termijn (minimaal 2 jaar) blijvend verhoogd is. De werkzame elementen in deze methodiek zijn: (1) directe plaatsing in betaalde arbeid, al dan niet ondersteund door financiële regelingen voor de werkgever, (2) plaatsing in een werksituatie die passend is bij de capaciteiten van de werkloze, en (3) sociaal-medische begeleiding tijdens werkhervatting die vooral is gericht op het bevorderen van de arbeidsmogelijkheden, waarbij de persoon leert dat gezondheidsklachten geen essentiële barrière vormen voor activiteiten zoals betaalde arbeid. Deze opsomming laat zien dat een meer integrale aanpak van gezondheid en arbeidsmarkt dringend gewenst is.

In evaluatiestudies van cognitieve gedragstherapie komen als werkzame elementen naar voren: (1) leren vergroten van eigen controle op het leven, en (2) op een positieve manier leren omgaan met beperkingen ten gevolge van gezondheidsklachten. Ook deze interventiemethodiek richt zich niet op een specifieke determinant van gezondheidsbeleving, maar op de consequenties in het gedrag van die gezondheidsbeleving.

Uit de grijze literatuur komen geen sterke aanwijzingen dat er recent veelbelovende nieuwe interventies op het terrein van gezondheidsbevordering onder werklozen zijn ontwikkeld. De eerder genoemde ExIT-aanpak is reeds onderwerp van een lopende wetenschappelijke evaluatie.

Timing en context van interventies

De effectiviteit van interventies is geen intrinsieke eigenschap van de interventie zelf. Er is nog weinig aandacht voor analyse van de effectiviteit in relatie tot de specifieke context waarin de interventie wordt toegepast. De wetenschappelijke en grijze literatuur geven geen inzicht in de invloed van een specifieke context op (het ontbreken van) effecten van gezondheidsbevordering onder werklozen op hun gezondheid en werkhervatting. Er zijn aanwijzingen dat gezondheidsbevordering onder werklozen belangrijker is in een situatie van een lage werkloosheid dan hoge werkloosheid.⁶ Andere aspecten, zoals kwaliteit van de uitvoering, timing van de aanbidding in relatie tot werkloosheidsduur en voorgeschiedenis van reïntegratie-activiteiten, zijn niet onderzocht.

In dit verband is het goed te wijzen op de werkzame elementen in interventies zoals IPS en cognitieve gedragstherapie. Deze interventiemethoden hebben geen vaste set van determinanten voor elke persoon die moet worden aangepakt, maar definiëren een algemene aanpak die voor personen met een wisselende combinatie van determinanten geschikt is. Het veelgenoemde maatwerk in discussies over de aanpak van gezondheidsbeleving bij werklozen bestaat er in deze interventies dan ook vooral uit om met die wisselende combinatie adequaat rekening te houden (en niet om een nieuwe aanpak te definiëren). Daardoor zijn deze interventiemethoden in principe geschikt voor een grote diversiteit aan werklozen.

Specifieke doelgroepen

Verschillende determinanten van negatieve gezondheidsbeleving, zoals leeftijd, opleiding, etniciteit en samenlevingsvorm, kunnen niet (of nauwelijks) worden beïnvloed door interventies. Het is opvallend dat in de meeste interventiestudies geen specifieke analyse wordt gedaan naar verschillen in effectiviteit voor specifieke doelgroepen, zoals lager opgeleiden en etnische groepen. Op basis van de wetenschappelijke literatuur over systematische gezondheidsverschillen naar opleidingsniveau mag worden verwacht dat interventies in effectiviteit zullen verschillen naar opleidingsniveau.

De determinanten-mix

Elke specifieke groep werklozen valt te beschrijven door een wisselende set van relevante determinanten. De stapeling van verschillende determinanten bij dezelfde personen verklaart grotendeels waarom in specifieke groepen de prevalentie van een slecht ervaren gezondheid hoog zal zijn ten opzichte van andere groepen. Dit betekent dat er dus vooral sprake is van een andere mix van determinanten in plaats van andere determinanten. Die andere mix is wellicht van toepassing op de afzonderlijke doelgroepen, zoals Wajongers en gedeeltelijk arbeidsongeschikten, maar hierover ontbreekt enige informatie in de wetenschappelijke en grijze literatuur over nederlandse werklozen.

Veranderbaarheid van determinanten

Van de factoren die consistent in verschillende studies samenhangen met een negatieve gezondheidsbeleving zijn financiële problemen, gebrek aan sociale steun en gebrek aan grip op het eigen leven in principe te beïnvloeden. Deze determinanten zijn in principe te veranderen in (gezondheids)interventies. Daarnaast zijn er vijf factoren, te weten oudere leeftijd, lager opleidingsniveau, alleenstaand, langere werkloosheidsduur en etniciteit, die zijn beschouwd als onveranderbaar in interventie-programma's. Opleidingsniveau heeft daarbij betrekking op het onderscheid tussen laag (lagere school en lager beroeps- onderwijs) en hoog opgeleiden (hbo en universiteit). Daarbij wordt er dus geen uitspraak gedaan over de invloed van aanvullende opleiding en nascholing op het vergroten van de kans op werkhervatting.

Empowerment

Er is meer inzicht nodig in de specifieke rol van verandering in determinanten van een negatieve gezondheidsbeleving. In verschillende interventies zijn onderdelen opgenomen die expliciet ingaan op belangrijke determinanten van gezondheid, met name 'gebrek aan sociale steun' en 'gebrek aan grip op eigen leven'. Deze determinanten worden ook wel onder de term 'sense of coherence' aangeduid. Het beschikbare onderzoek geeft evenwel niet goed weer of de interventies er ook daadwerkelijk in slagen deze determinanten te verbeteren en dat daardoor de kans op werkhervatting stijgt.

Bovengenoemde determinanten worden regelmatig in de grijze literatuur benoemd onder de noemer van 'empowerment', dat ook kan worden gezien als een variant van 'health literacy' (vaardigheid om eigen gezondheid en onderliggende determinanten te

begrijpen). Empowerment kan worden onderscheiden in intrapersoneel, interactioneel, en gedrag.¹²⁸ Intrapersoonlijke empowerment heeft dan betrekking op determinanten zoals gebrek aan ervaren controle, weinig geloof in eigen kunnen, ontbreken van motivatie en beperkt gevoel van competentie. Voor een aantal van deze determinanten is in de wetenschappelijke literatuur voldoende bewijs voor hun invloed op gezondheidsbeleving. Interactionele empowerment heeft betrekking op het individu in relatie tot zijn omgeving, ondermeer het bewustzijn van het individu ten aanzien van de middelen die nodig zijn om het doel te bereiken, en de kennis en vaardigheden om met die middelen aan te wenden en om te gaan. Persoonlijke effectiviteit (self-efficacy) ten aanzien van werkzoekgedrag kan hieronder vallen. In enkele wetenschappelijke studies zijn er indicaties dat dit de gezondheidsbeleving kan beïnvloeden. In de grijze literatuur wordt gewezen op zelfredzaamheid, maar de rol hiervan in gezondheidsbeleving blijkt onduidelijk in wetenschappelijk onderzoek. Gedrag heeft betrekking op coping gedrag en participatie. Voor het belang van coping in gezondheidsbeleving is voldoende wetenschappelijke bewijs.

Ziektegedrag

Deze literatuurstudie richt zich niet op de consequenties van een negatieve gezondheidsbeleving voor het zoeken en vinden van betaalde arbeid. De aloude psychologische theorie dat patiënten baat kunnen hebben bij hun klachten (soms secundaire ziekte winst genoemd) wordt wel in verband gebracht met de negatieve gezondheidsbeleving onder werklozen. De verrichte literatuurstudie geeft geen ondersteuning voor deze theorie, maar zoals gezegd is deze studie daar ook niet specifiek op gericht. De theorie over secundaire ziekte winst staat overigens in schril contrast met de veelvuldig aangetoonde psychische verslechtering van werknemers die werkloos worden.

Er zijn enige aanwijzingen in diverse wetenschappelijke studies dat secundaire ziekte winst een rol zou kunnen spelen in ziektegedrag, maar deze studies zijn slecht in staat om secundaire ziekte winst valide te meten en bovendien dit concept te onderscheiden van andere belangrijk psychologisch ziektegedragingen, zoals ervaren controle.¹²⁹

De rol van participatie in gezondheidsbeleving

Het is opvallend dat voor formele (bv. vrijwilligerswerk) en informele (bv. contacten met burens) participatie in de samenleving het bewijs voor een directe samenhang met een negatieve gezondheidsbeleving veel minder eenduidig is dan vaak wordt gesuggereerd in de grijze literatuur. Sociale participatie wordt gezien als een belangrijke determinant van empowerment, waarin werklozen door te participeren nieuwe vaardigheden leren, en het ervaren van succes bijvoorbeeld het gevoel van zelf-redzaamheid en controle over eigen leven kan vergroten. Deze benadering was bijvoorbeeld onderdeel van de Nederlandse training van werklozen in het leren ontwikkelen en stellen van haalbare doelen ten aanzien van werkzoekgedrag en omgaan met eigen problemen positieve gevolgen.⁵³

Er is weinig onderzoek beschikbaar over de invloed van deelname aan maatschappelijke activiteiten, kwaliteit en omvang van het sociale netwerk of vrijwilligerswerk op de ervaren gezondheid onder werklozen. Ook in de grijze literatuur zijn geen onderbouwende feiten gevonden. De operationalisatie van deze determinanten in bruikbare meetinstrumenten ontbreekt vaak. Hetzelfde geldt voor het belang van de latente functies van werk en attitude ten aanzien van betaald werk. Er zijn enkele studies die indicaties geven voor de mogelijke invloed van genoemde factoren, maar goed inzicht ontbreekt. Het is aannemelijk dat studies onder werkenden hier een verdere onderbouwing aan kunnen geven.

Leefstijl factoren

Eenzelfde conclusie kan worden getrokken voor de bekende invloed van leefstijl-gedragingen. Personen die voldoende bewegen lijken een betere ervaren gezondheid en personen met overgewicht een slechtere ervaren gezondheid te hebben. Ook hier ontbreekt overtuigend bewijs uit specifieke studies onder werklozen. Het is waarschijnlijk dat deze verbanden beter zijn onderbouwd in studies in de algemene bevolking of in specifieke beroepsgroepen, maar zo'n analyse valt buiten het kader van de hier gepresenteerde literatuurstudie.

Referenties

1. Bartley M, Sacker A, Clarke P. Employment status, employment conditions, and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey 1991-2001. *J Epidemiol Commun Health* 2004;58:501-6.
2. Janlert U. Unemployment as a disease and diseases of the unemployed. *Scand J Work Environ Health* 1997;23(Suppl 3):79-83.
3. Morris JK, Cook DG, Shaper AG. Loss of employment and mortality. *BMJ* 1994;308:1135-9.
4. Lundin A, Lundberg I, Hallsten L, Ottosson J, Hemmingsson T. Unemployment and mortality--a longitudinal prospective study on selection and causation in 49321 Swedish middle-aged men. *J Epidemiol Commun Health* 2010;64:22-8.
5. Schuring M, Burdorf A, Kunst A, Voorham T, Mackenbach J. Ethnic differences in unemployment and ill health. *Int Arch Occup Environ Health* 2009;82:1023-30.
6. Schuring M, Burdorf A, Kunst AE, Mackenbach JP. The effect of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European countries. *J Epidemiol Commun Health* 2007;61:597-604.
7. Schuring M, Mackenbach J, Voorham AJ, Burdorf A. The effect of re-employment on perceived health. *J Epidemiol Commun Health* 2010:Aug 30. Epub ahead of print.
8. Price RH, Choi JN, Vinokur AD. Links in the chain of adversity following job loss: how financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning, and poor health. *J Occup Health Psychol* 2002;7:302-12.
9. WHO. ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Geneva: WHO, 2001.
10. Wanberg CR, Hough LM, Song Z. Predictive validity of a multidisciplinary model for reemployment success. *J Appl Psychol* 2002;87:1100-20.
11. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1981.
12. Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG. Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010.
13. Janlert U, Hammarstrom A. Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health* 2009;9:235.

14. Scanlan JN, Bundy AC. Is the health of young unemployed Australians worse in times of low unemployment? *Aust N Z J Public Health* 2009;33:79-82.
15. Nuttman-Shwartz O, Gadot L, Kacen L. Recurrent job loss and mental health among women. *Women Health* 2009;49:294-309.
16. Hultman B, Hemlin S. Self-rated quality of life among the young unemployed and the young in work in northern Sweden. *Work* 2008;30:461-72.
17. Freidl W, Fazekas C, Raml R, Pretis M, Feistritz G. Perceived social justice, long-term unemployment and health. A survey among marginalised groups in Austria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:547-53.
18. Bacikova-Sleskova M, van Dijk JP, Geckova AM, Nagyova I, Salonna F, Reijneveld SA, Groothoff JW. The impact of unemployment on school leavers' perception of health. Mediating effect of financial situation and social contacts? *Int J Public Health* 2007;52:180-7.
19. Axelsson L, Andersson IH, Eden L, Ejlerstson G. Inequalities of quality of life in unemployed young adults: a population-based questionnaire study. *Int J Equity Health* 2007;6:1.
20. Creed PA, Macintyre SR. The relative effects of deprivation of the latent and manifest benefits of employment on the well-being of unemployed people. *J Occup Health Psychol* 2001;6:324-31.
21. McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *J Appl Psychol* 2005;90:53-76.
22. Akhavan S, Bildt CO, Franzen EC, Wamala S. Health in relation to unemployment and sick leave among immigrants in Sweden from a gender perspective. *J Immigr Health* 2004;6:103-18.
23. Price RH, Choi JN, Vinokur AD. Links in the chain of adversity following job loss: how financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning, and poor health. *J Occup Health Psychol* 2002;7:302-12.
24. Kokko K, Pulkkinen L. Unemployment and psychological distress: Mediator effects. *J Adult Developm* 1998;5:205-17.
25. Rodriguez E, Lasch K, Mead JP. The potential role of unemployment benefits in shaping the mental health impact of unemployment. *Int J Health Serv* 1997;27:601-23.
26. Turner JB. Economic context and the health effects of unemployment. *J Health Soc Behav* 1995;36:213-29.

27. Grayson JP. Health, physical activity level, and employment status in Canada. *Int J Health Serv* 1993;23:743-61.
28. Leeflang R, Klein-Hesselink D, Spruit I. Health effects of unemployment: I. Long-term unemployed men in a rural and an urban setting. *Soc Sc Med* 1992;34:341-50
29. Leeflang R, Klein-Hesselink D, Spruit I. Health effects of unemployment: II. Men and women. *Soc Sc Med* 1992;34:351-63.
30. Luo J, Qu Z, Rockett I, Zhang X. Employment status and self-rated health in north-western China. *Public Health* 2010;124:174-9.
31. Strully K. Racial-ethnic disparities in health and the labor market: Losing and leaving jobs. *Soc Sci Med* 2009;69:768-76.
32. Zunzunegui MV, Forster M, Gauvin L, Raynault MF, Douglas Willms J. Community unemployment and immigrants' health in Montreal. *Soc Sc Med* 2006;63:485-500.
33. Sersic DM, Sverko B, Galesic M. Unemployment and dimensions of subjective health: Exploring moderating effects of age. *Studia Psychologica*, 2005;47:
34. Axelsson L, Ejlertsson G. Self-reported health, self-esteem and social support among young unemployed people: A population-based study. *Int J Soc Welfare* 2002;11:111-9.
35. Ahs A, Westerling R. Self-rated health in relation to employment status during periods of high and of low levels of unemployment. *Eur J Public Health* 2006;16:294-304
36. Kivimaki M, Elovainio M, Kokko K, Pulkkinen L, Kortteinen M, Tuomikoski H. Hostility, unemployment and health status: testing three theoretical models. *Soc Sci Med* 2003;56:2139-52.
37. Rodriguez E, Allen JA, Frongilo EA, Chandra P. Unemployment, depression, and health: a look at the African-American community. *J Epidemiol Commun Health* 1999;53:335-42.
38. Roberts H, Pearson JC, Madeley RJ, Hanford S, Magowan R. Unemployment and health: the quality of social support among residents in the Trent region of England. *J Epidemiol Commun Health* 1997;51:41-5.
39. de Goede M, Spruijt E. Effects of parental divorce and youth unemployment on adolescent health. *Patient Educ Couns* 1996;29:269-76.
40. Hammarstrom A. Health consequences of youth unemployment. *Public Health* 1994;108:403-12.

41. Viinamaki H, Koskela K, Niskanen L, Arnkill R, Tikkanen J. Unemployment and mental wellbeing: A factory closure study in Finland. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993;88:429-33.
42. Turner JB, Kessler RC, House JS. Factors facilitating adjustment to unemployment: implications for intervention. *Am J Commun Psychol* 1991;19:521-42.
43. Studnicka M, Studnicka-Benke G, Wogerbauer G, Rastetter D, Wenda R, Gathmann P, Ringel E. Psychological health, self-reported physical health and health service use. Risk differential observed after one year of unemployment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991;26:86-91.
44. Bambra C, Eikemo T. Welfare state regimes, unemployment and health: A comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *J Epidemiol Commun Health* 2009;63:92-8.
45. Harris MF, Harris E, Shortus TD. How do we manage patients who become unemployed? *Med J Aust* 2010;192:98-101.
46. Audhoe SSH, Hoving JL, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. Vocational interventions for unemployed: Effects on work participation and mental distress. A systematic review. *J Occup Rehab* 2010;20:1-13.
47. Bambra C, Whitehead M, Hamilton V, Does 'welfare-to-work' work? A systematic review of the effectiveness of the UK's welfare-to-work programmes for people with a disability or chronic illness. *Soc Sci Med* 2005;60:1905-18.
48. Waddell G, Burton AK *Concepts of Rehabilitation for the Management of Common Health Problems*. London: The Stationery Office, 2004.
49. Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ* 2001;322:204-8.
50. Reynolds C, Barry MM, Gabhainn SN. Evaluating the impact of the winning new Jobs programme on the re-employment and mental health of a mixed profile of unemployed people. *Int J Mental health Promot* 2010;12:32-41.
51. Harris E, Rose V, Ritchie J, Harris N. Labour market initiatives: potential settings for improving the health of people who are unemployed. *Health Promot J Austr* 2009;20:214-20.
52. Schuring M, Burdorf A, Voorham AJ, der Weduwe K, Mackenbach JP. Effectiveness of a health promotion programme for long-term unemployed subjects with health problems: a randomized controlled trial. *J Epidemiol Commun Health* 2009;63:893-9

53. van Hooft EA, Noordzij G. The effects of goal orientation on job search and reemployment: a field experiment among unemployed job seekers. *J Appl Psychol* 2009;94:1581-90.
54. Vastamaki J, Moser K, Paul KI. How stable is sense of coherence? Changes following an intervention for unemployed individuals. *Scand J Psychol* 2009;50:161-71.
55. Vermeulen SJ, Anema HJR, Schellart AJ, van Mechelen W, van der Beek AJ. Intervention mapping for development of a participatory return-to-work intervention for temporary agency workers and unemployed workers sick-listed due to musculoskeletal disorders. *BMC Public Health* 2009;9:216.
56. Oyeflaten I, Hysing M, Eriksen HR. Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation. *J Rehabil Med*;2008:548-54.
57. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370:1146-52.
58. Beutel ME, Zwerenz R, Bleichner F, Vorndran A, Gustson D, Knickenberg RJ. Vocational training integrated into inpatient psychosomatic rehabilitation--short and long-term results from a controlled study. *Disabil Rehabil* 2005;27:891-900.
59. Rose V, Harris E. From efficacy to effectiveness: case studies in unemployment research. *J Public Health*;2004:297-302.
60. Watson PJ, Booker CK, Moores L, Main CJ. Returning the chronically unemployed with low back pain to employment. *Eur J Pain* 2004;8:359-69.
61. Juvonen-Posti P, Kallanranta T, Eksyma SL, Piirainen K, Keinanen-Kiukaanniemi S. Into work, through tailored paths: a two-year follow-up of the return-to-work rehabilitation and re-employment project. *Int J Rehabil Res* 2002;25:313-30.
62. Vinokur AD, Schul Y, Vuori J, Price RH. Two years after a job loss: long-term impact of the JOBS program on reemployment and mental health. *J Occup Health Psychol* 2000;5:32-47.
63. Kendall AS, Thompson BF. A pilot program for dealing with the comorbidity of chronic pain and long-term unemployment. *J Occup Rehab* 1998;8:5-26.
64. Proudfoot J, Guest D, Carson J, Dunn G, Gray J. Effect of cognitive-behavioural training on job-finding among long-term unemployed people. *Lancet* 1997;350:96-100.

65. Creed P. Mental health, attitude-to-work and life situation outcomes for long-term unemployed attending occupational skills training. *J Appl Soc Behav* 1997;4:52-68.
66. Davies G. The employment support network--an intervention to assist displayed workers. *J Employm Counseling* 1996;33:146-54.
67. Price RH, Van Ryn M, Vinokur AD. Impact of a preventive job search intervention on the likelihood of depression among the unemployed. *J Health Soc Behav* 1992;33:158-67.
68. Shrey DEB, Stephen, A, Mark LS, Hursh NC. Returning social security beneficiaries to the work force: A proactive disability management model. *Rehab Counseling Bull* 1991;34:257-273.
69. Achterhuis H. De gezondheidsutopie, G lezing 2004, Utrecht, 2004.
70. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health – how people manage stress and stay well, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1987.
71. Besseling JJM, Oomens PCJ, de Vroome E. Monitor brugbanen, voorjaar 2009. Hoofddorp: TNO, 2009.
72. Brouwer P, Giesen F. De meerwaarde van Emma at Work. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven, 2009.
73. Bunt S. Evaluatie van de gezondheidsprogramma's sociale activering. Eindrapport. Leiden: Research voor Beleid, 2004.
74. Burg van der CL, Arts DAG, Veldhuis V. Begrip en beleving van de WGA. Ervaringen van WGA-cliënten met de WGA. Leiden: AStri, 2009.
75. Campen van C. (red.), Iedema J, Wellink H. Gezond en wel met een beperking. Ervaren kwaliteit van leven en functioneren van mensen met langdurige lichamelijke beperkingen. Den Haag: SCP, 2006.
76. CBS (25 augustus 2010). Mensen met beroepen van lager niveau voelen zich minder gezond. (Webmagazine: [http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/](http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2010/2010-3177-wm.htm)
77. [gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2010/2010-3177-wm.htm](http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2010/2010-3177-wm.htm)) Den Haag: CBS.
78. Crombag-Roben P, van Lierop B. Meer empowered richting werk. Een empowermenttraining voor jongeren met een functiebeperking. Artikel in: *Maandblad Reintegratie* 2010;10(3):25-8.
79. Crouchs IMJ, Wittevrongel V, Hoofs MH. Multidisciplinaire aanpak van chronische pijnklachten heeft langetermijneffect. *TBV* 2008;16:108-9.

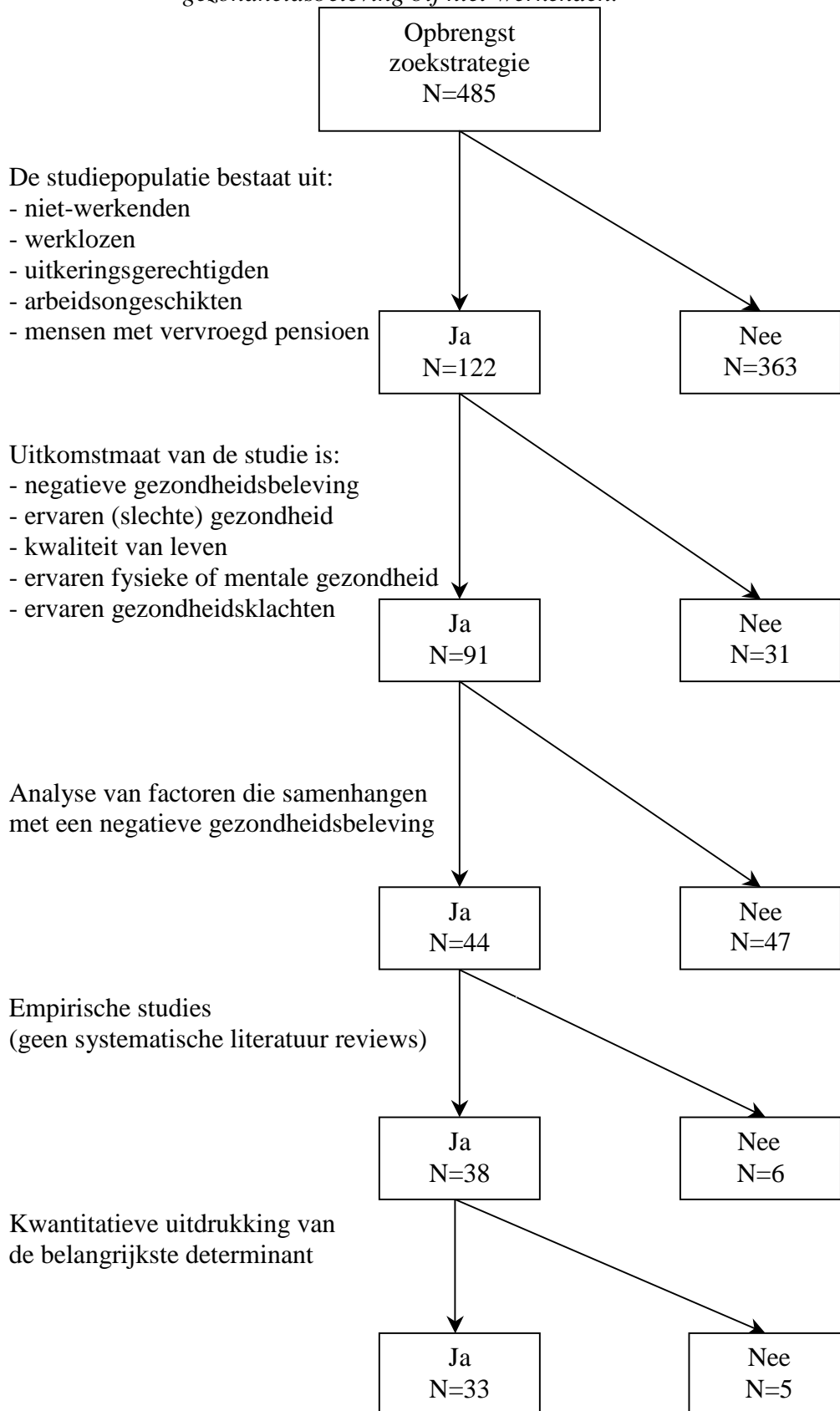
80. Dekkers-Sánchez PM. Effect van cognitieve gedragstherapie en graded exercise therapy op werkhervatting bij arbeidsongeschikten met chronisch-vermoeidheidssyndroom. *TBV* 2008;16:106-7.
81. Deursen van CGL, Burg van der CL. Van ziekmelding tot WAO. Onderzoek onder werknemers die in 2001 voor de poort van de WAO stonden. Leiden: AStri, 2002
82. Deursen van CGL, Burg van der CL, Veldhuis V. Herbeoordeeld... en dan? Stand van zaken 2005-cohort, 18 maanden na de uitslag. Leiden: AStri, 2007.
83. Doorn van E, Horssen van CP. Minder dan 35% arbeidsongeschikt: blijven werken of toch niet? Amsterdam: Regioplan, 2007
84. Doorn van M, Burg van der CL, Hento I. Onzekerheden bij werkhervatting. Een verkennende studie naar de ervaren onzekerheden van mensen met een WAO-uitkering. Leiden: AStri, 2003
85. Echtelt van P. Een baanloos bestaand. De betekenis van werk voor werklozen, arbeidsongeschikten en werkenden. Den Haag: SCP, 2010.
86. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Commun Health* 2005;59:460-6.
87. Gadamer HG. *The Enigma of health: the art of healing in a scientific Age*, Stanford University Press, Stanford, California, 1996
88. Hal van L, Meershoek A, de Rijk A, Joling C, Nijhuis F. Een rol om op te bouwen? Zelfbeeld, levensstrategieën en re-integratietrajecten van langdurig arbeidsongeschikten. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2009.
89. Hento I, Jehoel-Gijsbers G. 80 Arbeidsgehandicapten op weg naar werk. Amsterdam: LISV, 2001.
90. Horssen van C, Rosing FA. Gezondheidsbeleving en werkhervatting 35-minners. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek, 2010.
91. IWI. Meedoen met belemmeringen. Maatschappelijke participatie, gezondheidsbeleving en zelfredzaamheid van langdurig uitkeringsgerechtigden. Den Haag: IWI, 2009.
92. Jagt van der F, Pelt van K. Gezondheidsbevordering bij uitkeringsgerechtigden, lokale interventie portfolio's van 10 succesvolle projecten, NIGZ, Woerden, 2009.
93. Jansen DL, Heijmans MJWM, Boeschoten EW, Rijken PM. Bevordering van arbeidsparticipatie en autonomie van nierpatiënten. Utrecht: NIVEL, 2009.
94. Jehoel-Gijsbers G. (red.) Beperkt aan het werk. Rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie. Den Haag: SCP, 2010.

95. Jehoel-Gijbers G. Sociale uitsluiting. Een conceptuele en empirische verkenning. Werkdocument 99. Den Haag: SCP, 2003.
96. Joosen MCW, Stal W, Swijnenburg RH, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. Evaluatie van een multidisciplinair vitaliteitsprogramma bij aanhoudende vermoeidheidsklachten. TBV 2007;15:476-83.
97. Keuzenkamp S, Merens A (red.) Sociale atlas van vrouwen uit etnische minderheden. Den Haag: SCP, 2006.
98. Keuzenkamp S, Keizer M. Allochtone vrouwen en gezondheid, Den Haag, SCP, 2011.
99. Koenders PG, Deursen van CGL. Minder verzuim bij verbetering leefstijl. TBV 2009;17:3-9.
100. Nas M. Haagse WWB-ers over hun gezondheid en betaald werk. Sociaal Bestek, 2008.
101. Nettleton S. The sociology of health and illness, Polity Press, Cambridge UK, 2006.
102. Pas van der A. "Resilience" gaat niet over rozen: boekbespreking van studie van Werner & Smith over veertig jaar follow up van kinderen die onder riskante omstandigheden opgroeien, gedownload van internet, 2009.
103. Ploeg MA. Gezondheidsbevordering bij uitkeringsgerechtigden, inventarisatie van projecten en beschrijving van 20 'good practices', NIGZ-centrum Kennis & Kwaliteit, Utrecht, 2005
104. Rijk de A, Lierop van B, Janssen N, Nijhuis F. Geen kwestie van motivatie maar van situatie. Een onderzoek naar man/vrouw verschillen in werkhervatting gedurende het eerste jaar na ziekmelding. Maastricht: UM, 2002.
105. Scion II team. Basisrapport scion (measurement report), deelrapport 1, bevindingen na 18 maanden follow-up, Trimbos-instituut, Effectiviteitstudie naar arbeidsreintegratiendoel Individuel Placement & support (IPS), 2010.
106. Schellekens JMH. Beweging als Warming up voor Reïntegratie. De invloed van een reconditioneringsprogramma op de lichamelijke conditie, het welbevinden en de kansen op werkhervatting. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2003.
107. Snel E. In de fuik. Turken en Marokkanen in de WAO. Utrecht: Verwey-Jonker instituut, 2002.
108. STECR Sociaal-medische begeleiding allochtonen. Apeldoorn: STECR, 2003.
109. Steenbeek R, Jettinghoff K. Werkhervatting van zieke en niet-zieke werklozen. TBV 2008;16:189-3.

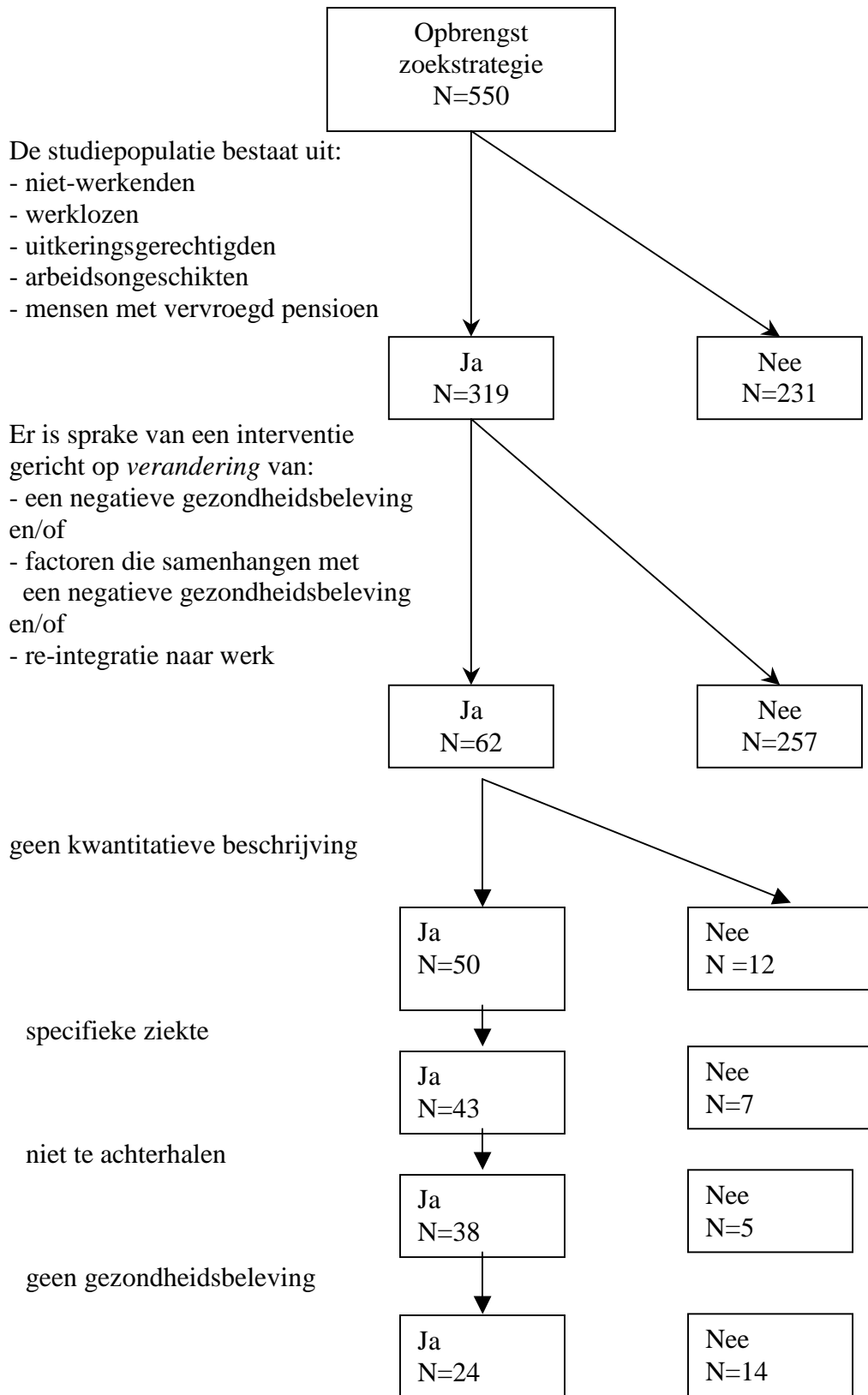
110. Tenhaeff C, Bobeldijk D. Aandacht voor gezondheid in trajecten naar activering en werk, deel A en B, NIZW Sociaal Beleid, Utrecht (met NIZW, ondersteuning Zon MW), 2005.
111. TNO. Artikel TNO website 19 april 2010. Hoofddorp: TNO, 2010.
112. Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach JE, Trotter II RT, Room R, Rehm J, Saxena S. Disability and Culture: Universalism and Diversity, on behalf of the WHO published by Hogrefe & Huber Publishers, Seattle, 2001.
113. UWV. UWV Kwartaalverkenning 2009-I. Amsterdam: UWV, 2009.
114. Vester M. De Relatie tussen Autonomie, Pesten en Ervaren Gezondheid. The Relationship between Autonomy, Mobbing and Perceived Health. Afstudeerscriptie 2008.
115. Weeghel van J, Michon H, Kroon H. Arbeidsrehabilitatie vanuit een GGZ-team: De betekenis van het individuele placement and support-model uit de Verenigde Staten, Maandblad Geestelijke volksgezondheid 2002;57:936-49.
116. Willems I. Inspelen op gezondheidsbeleving bevordert reïntegratie. Klachtombuiging Top-Care werkt. Venlo: Top-Care Health Service. 2007.
117. BWR (2008). Beschrijving van de interventie Bewegen als Warming-up voor Reïntegratie. (Op de website: http://www.interventiesnaarwerk.nl/uploaddb/download_object.asp?atoom=90&VolgNr=0)
118. Gezondheidstraining (2009). Beschrijving van de interventie Gezondheidstraining (Op de website: http://www.interventiesnaarwerk.nl/uploaddb/download_object.asp?atoom=166&VolgNr=0)
119. KoM (2009). Beschrijving van de interventie Kijk op Mogelijkheden (KoM). (Op de website: http://www.interventiesnaarwerk.nl/uploaddb/download_object.asp?atoom=171&VolgNr=0)
120. TraJect (2009). Beschrijving van de interventie TraJect: aan het werk?! (Op de website: http://www.interventiesnaarwerk.nl/uploaddb/download_object.asp?atoom=177&VolgNr=0)
121. Jagmohansingh S. Evaluatie ExIT Feijenoord. Rapport van de Sociaal Wetenschappelijke afdeling van de dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Rotterdam. 2008.
122. Van Erp NHJ, Giesen FBM, van Weeghel J, Kroon H, Michon HWC, Becker D, McHugo GJ, Drake RE. A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands. Psychiat Serv 2007;58:1421-6.

123. Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG. Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010.
124. Mackenbach JP. Ziekte in Nederland. Volksgezondheid tussen biologie en politiek. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg/uitgeverij Mouria, 2010.
125. Mackenbach JP. Ongezonde verschillen. Over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Van Gorcum, Assen, 1994.
126. Kunst A. Sociaal-economische verschillen in sterfte en gezondheid in Nederland. Een overzicht van vorderingen in recent beschrijvend onderzoek. Bevolkingstrends, 1e kwartaal 2007:34-44
127. Bonell CP, Hargreaves J, Cousens S, Ross D, Hayes R, Petticrew M, Kirkwood BR. Alternatives to randomisation in the evaluation of public health interventions: design challenges and solutions. *J Epidemiol Commun Health* 2010, Aug 6 [Epub ahead of print]
128. Schmidt M, Robbesom D, Bakker M, Stronks K. Empowerment in het Referentiekader Gezondheidsbevordering. NIGZ: Woerden, 2007.
129. Fishbain DA, Rosomoff HL, Cutler RB, Rosomoff RS. Secondary gain concept: a review of the scientific evidence. *Clin J Pain* 1995;11:6-21.

Flow schema 1. Selectie van studies betreffende determinanten van een negatieve gezondheidsbeleving bij niet-werkenden.



Flow schema 2. Selectie van studies betreffende interventies gericht op (determinanten van) een negatieve gezondheidsbeleving van niet-werkenden



Bijlage 3 17 Studies determinanten negatieve gezondheidsbeleving onder werklozen

Auteur	Studie opzet	Studie-populatie	Gezondheids-beleving	Determinant	Associatie
Janlert, 2009 (13)	Cross-sectionele studie	1044 werkloze 30-jarigen in Zweden	Slechte ervaren gezondheid (SRH)	Armoede Gebrek aan controle Omgaan met problemen Stress Sociale steun Belang van werk Functies van werk	r=0.26 (V), 0.17 (M) r=0.17 (V), 0.15 (M) r=0.10 (V), NS (M) NS (V), NS (M) NS (V), r=-0.12 (M) NS (V), NS (M) r=-0.13 (V), r=-0.13 (M)
Scanlan, 2009 (14)	Cross-sectionele studie	251 Australische werkloze jongeren	Slechte ervaren gezondheid (SF-36)	Werkloosheid tijdens tijd van hoge werkloosheid vs lage werkloosheid	NS
Nuttman-Shwartz, 2009 (15)	Cross-sectionele studie	134 Israëlische vrouwen die baan verloren	Mentale gezondheid (psych symptomen lijst)	Beoordeling van het werkloos raken (bedreigend)	Sig.
Hultman, 2008 (16)	Cross-sectionele studie	651 werkloze jongeren in Zweden	Kwaliteit van leven (9 items)	Geslacht Leeftijd (18-20 vs 21-24) Lagere opleiding	NS NS Sig.
Freidl, 2007 (17)	Cross-sectionele studie	486 Oostenrijkse werklozen	Subjectieve gezondheidsbeleving (SRH)	Werkloosheidsduur (1-10 mnd; 11-20 mnd; >20 mnd.)	Sig.
Bacikova-Sleskova, 2007 (18)	Cross-sectionele studie	472 werkloze vrouwen (15-24jr.) 357 werkloze mannen (15-24jr.)	Zelf-gerapporteerde gezondheid (SRH)	Financiële stress Financiële zorgen Financiële stress	b=0.06 (V) b=0.11 (V) NS (M)
Axelsson, 2007 (19)	Cross-sectionele studie	158 20-25 jarige werklozen in Zweden (minimaal 3 mnd werkloos)	Goede gezondheids-gerelateerde kwaliteit van leven (NB: hogere odds ratio betekent betere gezondheid) (SRH)	Overgewicht Goede relaties vrienden Sociale contacten >8 Eenzaamheid Sociale steun Zelfvertrouwen Tevreden economische situatie Vrije tijd (tevreden) Woning (tevreden) Mogelijkheid om eigen beslissingen te nemen Getrouwd/samenwonend Wonend bij ouders	NS NS NS NS OR=4.22 (1.26-14.05) NS OR=16.52 (3.03-90.12) NS OR=4.62 (1.47-14.61) OR=11.62 (2.67-50.67) NS NS
Creed, 2001 (20)	Cross-sectionele studie	248 werklozen in Australië	Algemene gezondheids-beleving (GHQ)	Financiële zorgen Dagstructuur Dagelijkse activiteiten Sociale contacten Gemeenschappelijk doel Leeftijd Werkloosheidsduur	0.61 -0.47 -0.33 -0.34 -0.39 NS NS

Auteur	Studie opzet	Studie-populatie	Gezondheids-beleving	Determinant	Associatie
McKee-Ryan, 2005 (21)	Meta-analyse (cross-sectionele analyse)	104 studies onder werklozen	Subjectieve lichamelijke gezondheid (grote variatie)	Belang van werk Zelfwaardering Sociale steun Hoger inkomen Financiële zorgen Stress Interne attributie werkloosheid Verwachtingen tav werkhervatting Probleemgerichte coping Emotionele coping Getrouwd Man Werkloosheidsduur Leeftijd	r=-.04 NS r=.01 r=-.02 r=-.08 r=-.25 r=-.10 r=.40 r=-.12 r=-.09 r=.18 r=.23 NS r=-.03
Akhavan, 2004 (22)	Cross-sectionele studie	60 Zweedse werkloze immigranten	Slechte algemene gezondheid (SRH)	Vrouwen (tov mannen)	Sig.
Price, 2002 (23)	Herhaalde metingen (3 meetmomenten)	756 mensen die werkloos worden	Slechte ervaren gezondheid (SRH)	Invloed op gebeurtenissen Financiële zorgen Depressieve klachten	r=-0.01 tot r=-0.22 r=0.13 tot r=0.26 r=0.25 tot r=0.44
Kokko, 1998 (24)	Longitudinale studie (9 jaar)	235 Finse werklozen	Slechte psychische gezondheid (SRH)	Werkloosheidsduur Zelfvertrouwen (jong) Zelfvertrouwen (> 36 jr) Lage zelfwaardering Economische situatie Sociale steun Angst(36jr)	r=.23 (M), NS (V) NS r=-.39 (M), r=-.20 (V) r=.20 (M), NS (V) r=-.32 (M), r=.22 NS NS (M), r=.41 (V)
Rodriguez, 1997 (25)	Cross-sectionele studie	Afro en blanke Amerikanen	Slechte psychische gezondheid (lijst depressie symptomen)	Type uitkering	Sig.
Turner, 1995 (26)	Cross-sectionele studie	1252 respondenten uit de beroepsbevolking in VS	Slechte psychische gezondheid (lijst depressie symptomen)	Landelijke werkloosheid Laag Medium Hoog Eerdere werkloosheid en landelijke werkloosheid Laag Medium Hoog Hogere opleiding	NS b=.699 b=1.51 b=.359 b=.258 NS b=-.052
Grayson, 1993 (27)			Ervaren gezondheid (SRH)	Lichamelijke activiteit	Sign
Leeflang (I), 1992 (28)	Cross-sectionele studie	396 werkloze mannen in Nederland	Slechte gezondheid; lichamelijke symptomen (VOEG)	Stedelijk gebied Opleidingsniveau Geen partner Eenzaamheid Werkloosheidsduur Gezondheidsselectie Financiële problemen	Stad Platteland β=-.09 β=-.16 NS β=.19 β=.15 β=.28 β=.11 NS β=.27 β=.29 β=.15 NS
Leeflang (II), 1992 (29)	Cross-sectionele studie	675 werklozen in Den Haag	Slechte ervaren gezondheid (VOEG)	Geslacht Laag opleidingsniveau Afhankelijke kinderen Eenzaamheid Laag inkomen Financiële problemen Moeite met betalen huur	Sig. 0.11 (M), NS (V) NS NS NS 0.14 (M), 0.17(V) NS

Toelichting op de tabel:

SRH: self-rated health. Enkelvoudige vraag met 3 tot 5 antwoordcategorieën.

GHQ: general health questionnaire, 12 items

VOEG: vragenlijst onderzoek ervaren gezondheid

SF36: short form 36

r = bivariate correlatie

OR = odds ratio logistische regressie, bij dichotome uitkomstmaat

RR = relatieve risico

β = gestandaardiseerde regressie coëfficiënt van de lineaire regressieanalyse (bij continue uitkomstmaat)

b = regressie coëfficiënt de lineaire regressieanalyse (bij continue uitkomstmaat)

ns = niet significant

sign = significant zonder verdere informatie

Bijlage 4 16 studies naar determinanten van negatieve gezondheidbeleving onder werklozen en werkenden

Auteur	Studie opzet	Studie populatie	Gezondheidsbeleving	Determinant	Associatie
Luo, 2010 (30)	Cross-sectionele studie	7796 Chinese werkzoekenden en werkenden	Slechte ervaren gezondheid (SRH)	Leeftijd 25-29 Leeftijd 30-34 Leeftijd 35-39 Leeftijd 40-44 Leeftijd 45-49 Geslacht Etniciteit Getrouwd Opleidingsniveau Arme familie Ondergewicht Overgewicht Gestopt met roken Roker Alcoholgebruik (>= 1x per week) Fysieke activiteit (inactief:actief) Materiële tekortk. Een beetje Veel Sociaal netwerk Matig Sterk Werkstatus Werkloos Nooit gewerkt Ooit gewerkt	OR=1.28 OR=1.63 OR=2.18 OR=2.90 OR=4.17 NS NS NS NS OR=1.69 OR=1.35 NS OR=2.20 NS OR=0.71 OR=1.46 OR=1.38 OR=1.72 OR=1.11 OR=1.63 OR=1.40 NS OR=1.60
Schuring, 2009 (5)	Cross-sectionele studie	2.057 Rotterdammers	Slechte ervaren gezondheid (SF36)	Turks/Marokaans Surinaams/Antil. Vluchtelingen	OR=3.9 (2.6–6.0) OR=2.5 (1.7–3.6) NS
Strully, 2009 (31)	Longitudinal survey (4 jaar)	8125 werkende en werkloos geworden afgelopen jaar in VS	Matige/slechte ervaren gezondheid (SRH)	Leeftijd Vrouw Afro-American Hispanic Gescheiden Weduwe/ weduwn. Familie inkomen hoog	NS NS OR=1.510 (.114) OR=1.296 (.167) NS OR=.202 (.116) OR=.905 (.021)
Zunzunegui, 2006 (32)	Cross-sectionele studie	1947 Canadese volwassenen	Uitstekende/ hele goede zelfgerapporteerde gezondheid (SRH)	Wonen in wijk met hoge werkloosheid 2 ^e generatie imigranten (M) in wijk met hoge werkloosheid Sociale steun	NS -30.3 SD 14.4 0.211 (0.242) (M)
Sersic, 2005 (33)					Niet te vinden
Axelsson, 2002 (34)			Ervaren gezondheid (SRH)	werkloos	sign

Auteur	Studie opzet	Studie populatie	Gezondheids-beleving	Determinant	Associatie
Ahs, 2005 (35)	Cross-sectionele studie (2 meetmomenten)	Werkenden en werklozen in Zweden	Slechte ervaren gezondheid (SRH)	<p>lage werkloosheid</p> <p>Werkloos Geslacht (vrouw) Leeftijd (16-64) 26-45 45-64 allochtoon Lage opleiding Alleenstaand Platteland gebied</p> <p>Hoge werkloosheid</p> <p>Werkloos Geslacht (vrouw) Leeftijd (16-64) 26-45 45-64 allochtoon Lage opleiding Alleenstaand Platteland gebied</p>	<p>OR=1.9 (1.3-2.7) OR=1.2 (1.0-1.4)</p> <p>OR=2.4 (1.7-3.4) OR=11 (8.4-13.6) OR=3.3 (2.7-4.1) OR=2.2 OR=1.3 (1.1-1.6) NS</p> <p>OR=2.7 (2.1-3.5) NS</p> <p>OR=2.2 (1.5-3.4) OR=3.7 (2.5-5.6) OR=3.1 (2.5-4.0) OR= 1.8 (1.4-2.4) NS NS</p>
Kivimaki, 2003 (36)	Cross sectionele	2153 mensen uit de algemene populatie Finland	Niet optimale gezondheid (SRH)	<p>Vijandelijkheid</p> <p>Werkloosheidsduur (in laatste 3 jaar) 1-20 mnd 21-36 mnd</p>	<p>3.4 (2.5-4.5) (M) 2.2 (1.7-2.9) (V)</p> <p>1.6 (1.1-2.4) (M) NS(V) 2.9 (2.0-4.5) (M) 2.4 (1.6-3.7) (V)</p>
Rodriquez, 1999 (37)	Cross-sectionele studie	1369 Afro-Amerikanen en 6660 blanke Amerikanen	Goede ervaren gezondheid (SRH)	<p>werkloos & werkzoekend</p> <p>Afro-Amerikaans Blank</p> <p>Werkloos & niet werkzoekend</p> <p>Afro-Amerikaans Blank</p> <p>Gescheiden/ weduwe Nooit getrouwd Lage opleiding Laag inkomen Vermogen Schulden Sociale steun</p> <p>Afro-Amerikaans</p> <p>Blank</p>	<p>NS NS</p> <p>OR=0.20 (V) OR=0.45 (V) OR=0.24 (M)</p> <p>NS NS NS NS NS NS</p> <p>OR=1.2 (V) OR=1.4 (M) OR=1.2 (V) OR=1.2 (M)</p>

Bijlage 5 Interventie-onderzoek

Referentie (1 ^{ste} auteur, jaar)	Onderzoeksopzet	Doelgroep	Interventie	Controle	(determinanten van) gezondheidsbeleving	(determinanten van) Participatie en/of werkhervatting	Resultaten
Harris, 2010 (45)	Review (opinie)	Werklozen met gezondheidsproblemen en hun familie	Cognitieve gedragstherapie, doelgerichtheid en motiverende counseling		Gezondheidsproblemen		Interventie met aandacht voor sociale steun voor patiënten is mogelijk effectief (geen bewijs)
Audhoe, 2010 (46)	Review van 6 (quasi-) experimentele studies	Vijf interventie studies op: - Skillshare work-preparation programma - Job-search workshop (JOBS) - Työhön job-search training	Groepstraining: verbeteren werkzoekgedrag, persoonlijke ontwikkeling, leren omgaan met tegenslagen, vergroten van de kans op werk, verbeteren van mentale gezondheid.		Mentale gezondheid	Werkhervatting	Zwak bewijs dat deze re-integratie aanpak een positieve invloed heeft op werkhervatting en mentale gezondheid van werklozen.
Bambra, 2005 (47)	Review van 16 beschrijvende studies	Werklozen met een lichamelijke aandoening of een chronische ziekte	1) Opleiding, training en plaatsingen 2) Beroepsadvies en ondersteunende diensten 3) Voordelen en kortingen voor werknemers 4) Kortingen voor werkgevers en bevorderen van werkomgeving			Werkhervatting	1) Werkhervatting tussen de 18,5% en 50% 2) Werkhervatting 11-26% (+64% werkhervatting in kleinschalig project) 3) Werkhervatting 10% vs 5% in groep die geen informatie hadden over regeling 4) geen gegevens
Waddell & Burton, 2004 (48)	Narratieve review	Mensen met veel voorkomende gezondheidsproblemen, zoals psychische problemen, klachten aan het bewegingsapparaat en hart- en longziekten.	Reïntegratie met focus op opbouwen fysieke conditie, cognitief gedragsmatige training en werkgerelateerde doelen, nauwe aansluiting op een werkplek. Werk is geen eindpunt, maar onderdeel van de reïntegratie		sociale interacties, ziektegedrag, omgaan met klachten, emoties en zorgen, fysieke conditie		Multidisciplinaire aanpak is voor mensen met chronische klachten aan het bewegingsapparaat het meest effectief (opinie) Reïntegratie van hart- en vaatziekten moet uit gaan van het biopsychosociale model.
Crowther, 2001 (49)	Review van 11 RCTs	Werklozen met psychische gezondheidsproblemen	1) Individual Placement and Support-varianten 2) Training in vaardigheden	1) Training in werkvaardigheden 2) Regulier traject			31% vs 12% werkhervatting (5 RCTs) Geen invloed
Reynolds, 2010 (50)	Quasi experiment Follow-up 12 maanden	Gemengde doelgroep, ook langdurig werklozen	JOBS Groepstraining gericht op vergroten van kans op werk en verbeteren van de mentale gezondheid. (verbeteren werkzoekgedrag, persoonlijke ontwikkeling, leren omgaan tegenslagen)		Ervaren gezondheid Psychische gezondheid Omgaan tegenslagen Financiële nood	Werkhervatting Werkzoekgedrag	48 % werkhervatting tov 17% in controlegroep Significant effecten beter omgaan met tegenslagen en verminderen van financiële moeilijkheden. Ervaren gezondheid NS Psychische gezondheid NS
Harris, 2009 (51)	Longitudinale studie	Werklozen met psychische gezondheidsproblemen	Cognitieve gedragstherapie		Verminderen psychische gezondheidsproblemen		Kleinschalige pilot: wel effect. Totale interventie: effect niet aan te tonen
Schuring, 2009 (52)	Gerandomiseerd experiment	921 bijstandsgerechtigden met gezondheidsklachten	Beweepprogramma (12 wkn) en gedragstherapie	Regulier re-integratietraject	Fysieke en mentale gezondheid, omgaan met problemen en zelfwaardering	Motivatie om te werken, werkzoekgedrag en werkhervatting	Interventie geen positieve invloed op uitkomstmaten

Bijlage 5 Interventie-onderzoek

Referentie (1 ^{ste} auteur, jaar)	Onderzoeksofzet	Doelgroep	Interventie	Controle	(determinanten van) gezondheidsbeleving	(determinanten van) Participatie en/of werkhervatting	Resultaten
Van Hooft, 2009 (53)	Gerandomiseerd experiment met herhaalde metingen	109 Werkzoekenden	Kleinschalige workshops met een leerdoel-oriëntatie. Kleinschalige workshops met een prestatiegerichte oriëntatie	Kleinschalige workshops gericht op ontdekken eigen mogelijkheden		Werkhervatting	Leerdoeloriëntatie positief voor werkhervatting ($r = 0.29$), prestatiegerichte oriëntatie geen invloed op werkhervatting.
Vastamaki, 2009 (54)	Longitudinale studie bij 74 finse werklozen in interventie		Combinatie van arbeidsmarkttraining, persoonlijke coaching en hulp op andere levensgebieden (financieel/ gezondheid)		Sense of coherence (gevoel van competentie)	Werkhervatting	Significante verbetering in SoC Samenhang sense of coherence en werkhervatting
Vermeulen, 2009 (55)	Ontwikkeling van een interventie met Intervention Mapping	Uitzendkrachten, werklozen en en tijdelijke werknemers met verzuim wegens aandoeningen aan bewegingsapparaat	Re-integratie/ activeringsprogramma			Werkhervatting (betaald werk/ therapeutisch werk)	Gegevens RCT nog niet beschikbaar.
Oyeflaten, 2008 (56)	Prospectieve studie	135 zieke werknemers	Multidisciplinair re-integratieprogramma		Angst-vermijdende overtuigingen, ziekte perceptie, subjectieve gezondheidsklachten en coping	Werkhervatting	Angst-vermijdende overtuigingen verklaren verschillen in werkhervatting
Burns, 2007 (57)	Gerandomiseerd experiment in 6 EU-landen, waaronder NL.	312 werklozen met ernstige mentale gezondheidsproblemen, gemotiveerd om aan de slag te gaan	Direct plaatsen van mensen op een werkplek en het begeleiden van zowel werknemer als werkgever na werkhervatting (IPS: individual placement and support)	Re-integratietraject gericht op het leren omgaan met klachten en het aanleren van werkvaardigheden		Werkhervatting	55% werkhervatting tov 28% werkhervatting controle groep 13% uitval tov 45% uitval controle groep
Beutel, 2005 (58)	Gerandomiseerd design	Werkhervatting in kader van psychosomatische rehabilitatie (N=266). Meer dan de helft was werkloos/ arbeidsongeschikt.	Beroepstrainings-programma en stage geïntegreerd in psychosomatische behandeling	Reguliere behandeling	Lichamelijke belemmeringen voor werkhervatting (work disability)	Werkhervatting Attitude tov werk verzuim	Deelnemers waren optimistischer over werkhervatting en verzuimden minder dan voor de interventie. Lichamelijke belemmeringen voor werkhervatting (work disability) verminderde bij deelnemers terwijl deze toenamen in de controlegroep.
Rose, 2004 (59)	3 Case-studies	Werklozen met psychische gezondheidsproblemen: sociale dienst, huisarts-praktijk en GGZ in Australië	Cognitieve gedragstherapie		Psychische gezondheid		Duurzaamheid van therapie niet aan te tonen bij werklozen in deze case studies

Bijlage 5 Interventie-onderzoek

Referentie (1 ^{ste} auteur, jaar)	Onderzoeksofzet	Doelgroep	Interventie	Controle	(determinanten van) gezondheidsbeleving	(determinanten van) Participatie en/of werkhervatting	Resultaten
Watson, 2004 (60)	Quasi-experiment, voor en na-meting (na 6 mnd) geen controlegroep	86 langdurige (> 3 jaar) werklozen met lage rugpijn als belemmering voor werk	Multidisciplinaire aanpak: Psychologische begeleiding, fysieke training en beroepsoriëntatie	geen	Psychologische stress Fysiek functioneren	Werkhervatting Vrijwilligerswerk Opleiding	Significante verbetering in: Psychologische stress Fysiek functioneren
Juvonen-Posti, 2002 (61)	Quasi-experimenteel design met een matched controle groep	140 langdurig werklozen met lichamelijke beperkingen	Multidisciplinaire aanpak (reïntegratiecentrum en sociale dienst), gericht op specifieke behoefte individu	Gematched op leeftijd, geslacht, lichamelijke beperkingen	Psychische gezondheid Ervaren competentie Gevoel van vertrouwen (Sense of coherence)	Werkhervatting	14% werkhervatting tov 9% in controle groep Verbetering psychische gezondheid Toename ervaren competentie Geen invloed op vertrouwen
Vinokur, 2000 (62)	Gerandomiseerd experiment	1801 werklozen in VS	Workshops gericht op actief leren van vaardigheden om werk te zoeken, omgaan met tegenslagen, en toename motivatie en controle (JOBS)	Schriftelijke advies over werkzoeken	Psychische gezondheid	Werkhervatting	Deelnemen aan JOBS hangt samen met werkhervatting na 2 jaar (r = 0.44) en met vermindering depressieve symptomen (r = 0.06).
Kendall, 1998 (63)	Quasi experiment met nameting na 3 en 16 mnd	81 werklozen met pijn gerelateerde belemmering voor werkhervatting. 102 mensen in controlegroep	Cognitieve gedragstherapie, omgaan met pijn	Mensen op de wachtlijst	Psychosociaal functioneren Fysiek functioneren Depressie Controle over pijn	Werkhervatting (part-time/full-time)	Verbetering na de interventie op alle uitkomstmaten. Interventiegroep van 1% naar 11% full-time werkend, van 16-27% part-timewerkend en van 0 naar 10 % rijwilligerswerk/ scholing/ stage (na 16 mnd). Controlegroep geen verandering
Proudfoot, 1997 (64)	RCT	289 werklozen zonder zware psychiatrische problemen	Cognitieve gedragstherapie + groepsinterventie gericht op sociale ondersteuning	reguliere reïntegratie + groepsinterventie gericht op sociale ondersteuning	Ervaren gezondheid (GHQ)	Werkhervatting	34% werkhervatting tov 13% in controlegroep In beide groepen significante verbetering ervaren gezondheid
Creed, 1997 (65)	Case studies (na-meting na 3 maanden)	6 langdurig werklozen	Programma voor beroepsvaardigheden en persoonlijke ontwikkeling	geen	Psychische gezondheid	Levenssituatie Werk-betrokkenheid	Positief effect voor psychische gezondheid, levenssituatie en werkbetrokkenheid direct na de interventie. Effect na 3 maanden alleen nog op werkbetrokkenheid.
Davies, 1996 (66)	Beschrijvende pilot studie	10 mensen die werkloos geworden zijn	Employment Support Network traject: gedeeld leiderschap, zelfmanagement steun van mensen met zelfde ervaring en flexibiliteit	geen programma	Emotionele steun	Werkhervatting	Deelnemers rapporteerden emotionele steun
Price, 1992 (67)	RCT	826 werklozen	Beroepsvaardigheden-training, leren omgaan met tegenslagen, sociale steun	Werken met schriftelijk instructie materiaal	Depressie		Alleen positieve invloed van de interventie voor werklozen met hoog risico voor depressie.
Shrey, 1991 (68)	Case-control studie	107 werklozen met een arbeidsongeschiktheids-uitkering	Multidisciplinair programma om te leren omgaan met beperkingen door marketing, werk beloningstraining, netwerken en werkzoek vaardigheden training.	regulier		werkhervatting	25% werkhervatting tegenover 17% in de reguliere re-integratie

idnr	Onderzoeks-vraag	Referentie	omschrijving studie	Resultaten (beschrijving)	Meetinstrument	Determinanten /samenhangen de var	Interventies	Weblink
1	2,3,5	Achterhuis, H (2004), de gezondheidsutopie, G-lezing, Utrecht	publicatie over de lezing van Hans Achterhuis in het kader van een serie debatten over de gezondheidszorg.	Over de betekenis van gezondheid in onze samenleving. Suggesties voor het ontmantelen van de gezondheidsutopie (voor politiek en professionals op het terrein van de volksgezondheid en gezondheidszorg)				
2	1,2,3	Antonovsky, A (1989) Unraveling the mystery of health - how people manage stress and stay well, San Francisco, Jossey-Bass Publishers	sociological study in which Antonovsky describes his theory of health and illness (termed: Salutogenesis).	Theory building on concepts of health, illness and stress. Development of concept of 'a sense of coherence' development of the Orientation of Life Questionnaire. Support the relationships between emotions and health. The sense of coherence has three components: Comprehensibility: a belief that things happen in an orderly and predictable fashion and a sense that you can understand events in your life and reasonably predict what will happen in the future. Manageability: a belief that you have the skills or ability, the support, the help, or the resources necessary to take care of things, and that things are manageable and within your control. Meaningfulness: a belief that things in life are interesting and a source of satisfaction, that things are really worth it and that there is good reason or purpose to care about what happens		coping, sense of coherence		
3	2	J.J.M. Besseling, P.C.J. Oomens, E. de Vroome. (2009). Monitor brugbanen, voorjaar 2009. TNO	oa. Schriftelijke enquête onder cliënten, 2 halfjaarlijkse metingen. N=260 brugbaners en N=3890 positief geïndiceerden die nog niet werkzaam zijn in brugbaan, n=86 brugbaners en 802 overig positief geïndiceerden. Gem. leeftijd van 46 jaar, 57% is vrouw. Brugbaners vaker man en jonger dan nietbrugbaners	Niet-werkzamen (positief geïndiceerden) zien minder mogelijkheden om te werken, en meer belemmeringen om te werken, schatten hun werkvermogen lager in en hebben minder het gevoel voldoende vaardigheden te hebben om betaald werk te doen. Ze ervaren hun eigen gezondheid als slecht in vergelijking met degenen die wel werken. Ze hebben meer complexe klachten, dat wil zeggen zowel op lichamelijk als psychisch vlak. Zij zien in hun gezondheid dan ook vaker een belemmering voor het verrichten van betaald werk.		arbeidsparticipatie, complexiteit klachten		http://www.uwv.nl/Images/Monitor%20brugbanen-rapport%201e%20meting_tcm26-215579.pdf
4	2,4	Brouwer, P. Giesen F. (2009) de meerwaarde van Emma at Work. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.	Effectevaluatie. Uitzendkrachten van Emma at Work. N=67 n=34. populatie: Jongeren die uitzendwerk doen of hebben gedaan via Emma at Work (uitzendbureau dat jongeren met chronische ziekte of aandoening helpt met vinden van werk. Leeftijd tussen 17-28 jaar, 55% werkt niet op moment, Opl. vwo of lager, 39% wajong uitkering.	Uitzendwerk heeft volgens meerderheid geen invloed op de gezondheid. Ervaren beperkende invloed door gezondheid is bij eenderde verbeterd. Ruim een kwart zegt dat gezondheid juist een grotere belemmering bleek dan gedacht.			uitzendwerk	

idnr	Onderzoeks-vraag	Referentie	omschrijving studie	Resultaten (beschrijving)	Meetinstrument	Determinanten /samenhangende var	Interventies	Weblink
5	4,5	Bunt, S. Evaluatie van de gezondheidsprogramma's sociale activering. Leiden: Research voor beleid. 2004	Het hoofdoel van het gezondheidsprogramma is cliënten te leren hoe ze met hun lichamelijke belemmeringen en mogelijkheden om kunnen gaan zodanig dat deelname aan (on)betaalde activiteiten of sociale netwerken mogelijk wordt. Het idee is dat deelnemers ervaren dat hun lichamelijke beperkingen deelname aan het gezondheidsprogramma niet in de weg staan, waardoor deze klachten ook minder snel zullen worden gezien als een drempel voor deelname aan een vervoltraject. Het gezondheidsprogramma legt de nadruk op sport en beweging onder deskundige begeleiding. In Den Haag zijn twee organisaties verantwoordelijk voor de uitvoering van het gezondheidsprogramma: Ergo Control en de Stichting Werklozen Initiatief (SWI), waarbij elke organisatie een eigen invulling geeft aan het programma. De doelgroep (n=144, 42% in Ift 40 tot 50 jaar) bestaat uit Haagse bijstandsgerechtigden met grote afstand tot de arbeidsmarkt. 50 tot 75% niet in Nederland geboren, rel laag opleidingsnivo, veel voorkomende klachten zijn rugklachten en vermoeidheid.	Uit deze evaluatie blijkt dat het zelfvertrouwen bij ongeveer een derde van de deelnemers (naar eigen zeggen) is toegenomen, minder spanningsklachten en vermoeidheid. Daarnaast voelt de helft zich gezonder, ruim een kwart heeft minder gezondheidsklachten. Het lijkt erop dat de doelmatigheid en planmatigheid van het project nog verbeterd kunnen worden waardoor er een grotere effectiviteit in termen van gerealiseerde doelstellingen te bereiken is	Fysieke testen Ergo Control en vragenlijsten		gezondheidsprogramma, sociale activering	http://www.research.nl/Publication.aspx?publication=765645111

idnr	Onderzoeks-vraag	Referentie	omschrijving studie	Resultaten (beschrijving)	Meetinstrument	Determinanten /samenhangende var	Interventies	Weblink
6	2	C.L. van der Burg, D.A.G. Arts, V. Veldhuis (2009). Begrip en beleving van de WGA. Ervaringen van WGA-cliënten met de WGA. Leiden: Astri	kwalitatief, populatie: WGA-ers	Geïntegreerd model ICF- en Wanberg: factoren van (indirecte) invloed op gezondheidsbeleving en werkherhvatting. Dit zijn volgens het model: gezondheidstoestand/ziekten/aandoeningen, arbeidsparticipatie, externe factoren (arbeidsmarkt, sociaal kapitaal, discriminatie), persoonlijke factoren (menselijk kapitaal, economische noodzaak), activiteit (werkzoekgedrag), functies en anatomische eigenschappen.		gezondheidstoestand/ziekten/aandoeningen, arbeidsparticipatie, externe factoren (arbeidsmarkt, sociaal kapitaal, discriminatie), persoonlijke factoren (menselijk kapitaal, economische noodzaak), activiteit (werkzoekgedrag), functies en anatomische eigenschappen.		http://www.uvw.nl/Images/ASTri%20rapport%20A08.458%20-%20Begrip%20en%20beleving%20van%20de%20WGA_tcm26-213350.pdf
8	1	Crétien van Campen (red.), Jurjen Iedema, Hiske Wellink (2006) Gezond en wel met een beperking Ervaren kwaliteit van leven en functioneren van mensen met langdurige lichamelijke beperkingen. Den Haag: SCP		Ervaren kwaliteit van leven (SF12 vragenlijst) heeft twee dimensies: ervaren lichamenlijk en ervaren geestelijk functioneren in het dagelijks leven.	SF12			
9	2	http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2010/2010-3177-wm.htm	Pols survey onder personen 25-64 jaar	Mensen met beroepen van elementair of lager niveau voelen zich ongezonder dan mensen met een beroep op hoger niveau. Daarnaast ervaren werklozen en arbeidsongeschikten hun gezondheid als minder goed dan werkende mensen. Van de werkenden van 50 tot 65 jaar met een beroep op elementair of laag niveau voelt zelfs een kwart zich niet zo gezond. Dat is veel meer dan bij de jongere werkenden op dit niveau. Ook bij de andere beroepsniveaus ervaren oudere mensen hun eigen gezondheid vaker als minder goed dan jongere mensen. Bij mannen is dit effect van leeftijd groter dan bij vrouwen.		beroep (opleiding?), arbeidsparticipatie, leeftijd, geslacht		http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2010/2010-3177-wm.htm
10	4	Artikel: Crombag-Roben, P. en B. van Lierop. Meer Empowerment richting werk. Reïntegratie, maart 2010.	36 jongeren met visuele handicap nemen deel aan empowerment training. Controle groep van jongeren die wel wilden deelnemen maar niet konden (wegens afstand, tijd etc). Voor- en nameting met vragenlijst empowerment.	Na de training staan jongeren meer empowered in het leven. Een groot deel heeft meer regie over hun leven dan 3 maanden eerder. 1 op de 3 heeft zelf beslissing genomen om school, werk of stage situatie te veranderen, tegen 1 op 5 in controle groep			Empowerment training	

idnr	Onderzoeks-vraag	Referentie	omschrijving studie	Resultaten (beschrijving)	Meetinstrument	Determinanten /samenhangen de var	Interventies	Weblink
11	5	Multidisciplinaire aanpak =van chornische pijnklachten heeft langetermijneffect, Croughs, I.M.J., Wittevrongel, V., Hoofs, M.H. artikel tBV maart 2008, p. 108 109	n= 251, effectstudie. mensen met chronische pijnklachten	Multidisciplinaire aanpak lijkt positief effect te hebben op verzuimduur en medische consumptie.			winnock training, multidisciplinaire aanpak	
12	5	Dekers-Sanchez, P.M. Effect van cognitieve gedrgastherapie en graded exercise therapy op werkhervatting bij arbeidsngeschikten met chronusch-vermoeidheidssyndroom, artikel tBV maart 2008, p. 106 107	systematische review naar effecten CGT en graded ex. Bij CVS-patienten	Er zijn aanwijzingen dat graded exercise therapy en cognitieve gedragstherapie effectief zijn voor werkhervatting bij werknemers die verzuimen wegens chronisch vermoeidheidssyndroom.			graded exercise therapy, cognitieve gedragstherapie	
13	3?	ir Carla G.L. van Deursen (AStri) drs Cathelijne L. van der Burg (AStri) (2002) VAN ZIEKMELDING TOT WAO Onderzoek onder werknemers die in 2001 voor de poort van de WAO stonden. Leiden: astri	Kwalitatief en kwantitatief onderzoek. De informatie is via drie verschillende enquêtes verkregen: een schriftelijke enquête onder 3.554 12-maandszieken, een telefonische enquête onder 1.201 van hen en diepte-interviews met 26 12-maandszieken die een WAO ontvangen. Deze enquêtes zijn 18 tot 21 maanden na de ziekmelding gevoerd. populatie: werknemers die in 2000 voor de poort van de WAO stonden, de zogenoemde 12-maandszieken	Het komt veel vaker voor dat uitsluitend de werkomstandigheden als (mede) oorzaak van de klachten genoemd worden, dan dat het uitsluitend privéomstandigheden betreft. Dit geldt vooral voor mannen; bij vrouwen is het verschil minimaal. Ruim eenderde (36 procent) van de 12-maandszieken wijst noch het werk, noch de privé-omstandigheden als oorzaak van de klachten aan. Bij de mannen spelen relatief vaak werkomstandigheden een rol bij het ontstaan van de gezondheidsklachten, bij vrouwen relatief vaak privé-omstandigheden. Het aandeel dat de klachten niet aan privé- of werkomstandigheden toeschrijft, is echter voor beiden precies even hoog (36 procent). Ouderen schrijven de klachten minder vaak toe aan privé- of werkomstandigheden dan jongeren.		werkomstandigheden, prive omstandigheden		http://docs.minszw.nl/pdf/35/2003/35_2003_3_3480.pdf
14	2	C. van Deursen, CL van der Burg, V Veldhuis (2007). Herbeoordeeld... en dan? Stand van zaken 2005-cohort, 18 maanden na de uitslag. Leiden: AStri	Panel: 2 cohorten. Eerste meting (n=1.873) derde meting (n=378). Twee cohorten WAO'ers (uitslag herbo in mei/juni 2005 en mei juni 2006) waarvan de uitkering beëindigd of verlaagd is, zijn gedurende anderhalf jaar gevolgd. Beide cohorten op drie tijdstippen geënquêteerd, namelijk op 4, 8 en 18 maanden na ontvangst van de uitslag van de herbeoordeling.	Indien werken op T0 meer positief over gezondheidsbeleving na 4, 8 en 18 maanden. Het werken op T0 is na anderhalf jaar nauwelijks meer bepalend voor gezondheidsveranderingen, werken na 18 mnd wel. Degenen die werken rapporteren veel minder vaak een achteruitgang dat degenen die geen werk hebben. Werkend bij herbo: na 18 mnd 54% ervaart gezondheid als goed/redelijk, niet werkend: 31%. Werkend na 18 mnd: 54% ervaart gezondheid als goed/redelijk en 22% gezondheid in afgelopen jaar verslechterd, niet werkend na 18 mnd 19% goede/redelijke gezondheid,		arbeidsparticipatie		
15	2	Doom, E. van en C.P. van Horssen (2007) Minder dan 35% arbeidsongeschikt: blijven werken of toch niet? Amsterdam: Regioplan	Survey, N=2867, n=1153. Populatie: werknemers met minder dan 35% verlies van verdien capaciteit.	Uit regr analyse blijkt dat de ervaren gezondheid samenhangt met het hervatten van werk. Bij een vergelijking van de werksituatie van werkende en niet-werkende respondenten blijkt dat mensen die aangeven at het goed gaat met hun gezondheid vaker werken dan de respondenten die zeggen dat het slecht gaat. Samenhang tussen de kenmerken opleiding en ervaren gezondheid en het al dan niet hervatten van werk door deze groep. Een hoger opleidingsniveau gaat samen met een grotere kans op werkhervatting evenals een goede gezondheid.		opleiding		

idnr	Onderzoeks-vraag	Referentie	omschrijving studie	Resultaten (beschrijving)	Meetinstrument	Determinanten /samenhangen de var	Interventies	Webblink
16	2	M. van Doorn, C. van der Burg, I. Hento. (2003). Onzekerheden bij werkhervatting. Een verkennende studie naar de ervaren onzekerheden van mensen met een WAO-uitkering. Leiden: Astri	Exploratief. Vervolg meting 2,5 jaar na einde wachttijd WAO in feb 2001 Telefonische enquête en 25 diepte-interviews. n=954 repr steekproef Personen die in aug 1999 12 mnd ziek waren en een WAO-keuring moesten ondergaan. 'werkenden' (n=568, 53%): mensen die 2½ jaar na einde wachttijd (EWT) werkten; - 'uitvallers' (n=132, 12%): mensen die na hun ziekmelding nog wel gewerkt hebben, maar op het moment van de telefonische vragenlijst (februari 2002) niet meer werkten; - 'nooit-hervatters' (n=254, 24%): mensen die na hun ziekmelding niet meer gewerkt hebben.	Van de vier onderzochte terreinen van onzekerheden en belemmeringen, speelt de onzekerheid over de ontwikkeling van de gezondheid de grootste rol bij werk-hervatting. De onzekerheid over de gevolgen van werkhervatting voor de eigen gezondheid kan zich op één of meer van de volgende wijzen uiten: - bang zijn een baan niet lang vol te kunnen houden; - denken dat de gezondheid slechter zal worden met werken; - alleen willen werken als men er, gezien de gezondheid, zeker van is het werk aan te kunnen; - van mening zijn dat een werkgever niet altijd op betrokkene kan rekenen vanwege zijn gezondheid. Wat betreft de gevolgen van werken voor de eigen gezondheid, voelt 7 procent van de niet-werkenden zich helemaal niet onzeker (versus 24 procent van de werkenden). Verder voelt de helft van de niet-werkenden zich 'heel onzeker' over de medische gevolgen van werkhervatting: zij herkennen drie of meer van de hierboven genoemde aspecten van onzekerheid. De diepte-interviews laten zien dat de onzekerheid op de volgende manieren tot uiting komt: - onzekerheid over het ziekteverloop (van dag tot dag of in de toekomst); - de (te veeleisende) combinatie van ziekte met persoonlijke verzorging, huis-houdelijk werkzaamheden; - gebrek aan gerichte hulp van instanties; - angst voor herhaling (van het klachtenverloop of het verzuimbegeleidingproces); - de mening van de behandelaars uit de curatieve sector; - het gevoel uitgerangeerd te zijn. Onzekerheid over gezondheid gaat gepaard met slechtere uitgangspunten. Gebleken is dat de algemene uitgangssituatie slechter is voor niet-werkenden die zich onzeker voelen.		onzekerheid over ontwikkeling gezondheid		http://www.uwv.nl/Images/Onzekerheden%20bij%20werkhervatting_tcm26-121151.pdf
17	2	Echtelt, van, P. (2010) Een baanloos bestaan. De betekenis van werk voor werklozen, arbeidsongeschikten en werkenden. Den Haag: SCP.	Secundaire analyses Onderzoek leefsituatie van werkenden en niet werkenden (LWW). n= 1660. Werkenden, werklozen en arbeidsongeschikten	15% van nietwerkende AO is tevreden over gezondheid, 75% van werkenden. Werklozen minder vaak tevreden is met de gezondheid. Het aandeel tevredenen ligt binnen deze groep nauwelijks hoger dan binnen de groep werkende arbeidsongeschikten (59% resp. 54%). Voor een deel kunnen de verschillen in ervaren gezondheid verklaard worden door verschillen in opleidingsniveau. Dat werklozen minder sociaal participeren wordt voor een groot deel verklaard door hun slechtere gezondheid. Tevens speelt hun relatief lage opleidingsniveau een rol. Ouderen en migranten hebben een relatief slechte ervaren gezondheid, en dit zijn ook de groepen die in 2007 een groter deel uitmaken van de werklozen en niet-werkende arbeidsongeschikten. Mensen met een slechte gezondheid leven relatief vaak zonder partner		arbeidsparticipatie, opleiding, partner, leeftijd, etniciteit		
18	1,2,3	Eriksson M & B. Lindström (2005), Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review, Journals of Epidemiology and Community Health, 2005: 59: 460-466	review of the work of Antonovsky	review study: key concepts in A's theory are how specific personal dispositions serve to make individuals more resilient to the stressors they encounter in daily life. A. identified these characteristics, which he claimed helped a person better cope and remain healthy by providing that person a sense of coherence about life and its challenges.		coping, sense of coherence		
19		Gadamer, H.G., The Enigma of health: the art of healing in a scientific Age, Stanford University Press, Stanford, California, 1996	filosofische studie over gezondheid en genezen.	Enigma of Health Gadamer explored what it means to heal, as a patient and a provider. In this work the practice and art of medicine are thoroughly examined, as is the inevitability of any cure				

idnr	Onderzoeks-vraag	Referentie	omschrijving studie	Resultaten (beschrijving)	Meetinstrument	Determinanten /samenhangende var	Interventies	Weblink
20?		Lineke van Hal, Agnes Meershoek, Angelique de Rijk, Catelijne Joling & Frans Nijhuis (2009) Een rol om op te bouwen? Zelfbeeld, levensstrategieën en re-integratietrajecten van langdurig arbeidsongeschikten.	Kwalitatieve studie (interviews) naar nieuwe clientypering - op basis van het zelfbeeld van de cliënt - en interventies die bij de verschillende type cliënten het meest geschikt worden geacht. Gezondheidsbeleving is geen onderwerp van de studie, maar komt zijdelings wel ter sprake als het gaat over het nemen van regie over het eigen leven.	type indeling van cliënten gekoppeld aan aanbevolen begeleiding richting werk.		nvt	meer maatwerk bij begeleiding (toegesplitst op clientypering)	http://www.uvw.nl/Images/Een%20rol%20om%20op%20te%20bouwen%20-%20Definitieve%20versie%20eindrapport%20juni%202009_tcm26-221100.pdf
21		I. Hento en G. Jehoel-Gijsbers (2001). 80 Arbeidsgehandicapten op weg naar werk. Amsterdam: LISV	schriftelijke, mondelinge en telefonische enquêtes. enquêtes in de periode december 1999 tot en met november 2000. , n = 80. Populatie: arbeidsgehandicapten voor wie een reïntegratietraject is ingekocht bij Arbeidsvoorziening of een andere instantie. Dit traject is in het 3e kwartaal 1999 in de Lisv-registratie Remon geregistreerd.	Nazorg aan arbeidsgehandicapten die weer aan het werk zijn lijkt een belangrijke bijdrage te leveren aan het continueren van het werk. De angst van veel arbeidsgehandicapten voor de mogelijk negatieve gevolgen van werkhervatting voor hun gezondheid en uitkeringssituatie zou verminderd kunnen worden als zij er zeker van kunnen zijn dat zij ook -na werkhervatting- begeleid worden. Een jaar na de registratie van de inkoop blijkt een deel van de reïntegratietrajecten (nog) niet te zijn ingevuld; een deel blijkt te zijn afgerond; een substantieel deel van de trajecten loopt nog door.			nazorg bij werkhervatting	http://tno-arbeid.adlibsoft.com/adlib/docs/arbeidsgeh.pdf
22		C. van Horssen en F.A. Rosing (2010) Gezondheidsbeleving en werkhervatting 35-minners. Adam: Regioplan Beleidsonderzoek	Combinatie: literatuurstudie en enquête. FML-gegevens zijn aan data gekoppeld. N= 6010 personen, n=1803, respons 30% Populatie± alle werknemers, excl vangnetgevallen, die tussen 1-1-08 en 30-6-09 door UWV voor de WIA zijn beoordeeld en toen 35- bevonden.	Invloed van gezondheidsbeleving op werkhervatting is afhankelijk van inkomen en opleiding, 43% werkende 35 minners ervaart goede gezondheid, 17% van de niet-werkenden		inkomen, opleiding		
23	2,4,5,6	Meedoen met belemmeringen. Maatschappelijke participatie, gezondheidsbeleving en zelfredzaamheid van langdurig uitkeringsgerechtigden. 2009. IW1	Enquete onder aanvragers van uitkering WWB of WWB in mrt of apr 2006. Periodieke vragenlijst. N=70.121, n=22.053	WWB-ers met slecht ervaren gezondheid voelen zich vaker sociaal geïsoleerd en hebben relatief weinig sociale contacten. Duidelijke relatie tussen acceptatiebereidheid, werkhouding en zelfredzaamheid met ervaren gezondheid. Een hoge mate van zelfredzaamheid draagt ook bij aan het vinden of hervatten van werk. Hulp bij werkzoeken leidt tot verbetering van zelfredzaamheid bij WWB-ers. Hulp bij gezondheidsproblemen verbetert de mate waarin zij beperkingen ervaren in hun dagelijks leven en verbeteringen in de mate waarin zij activiteiten in hun dagelijks leven, werk of sociale contacten kunnen uitvoeren, maar vergroot niet de kans op werk.		acceptatiebereidheid, werkhouding en zelfredzaamheid	hulp bij werkzoeken, hulp bij gezondheidsproblemen	
24	4,5	Jagt, F. van der, en K. van Pelt (2009), Gezondheidsbevordering bij uitkeringsgerechtigden, lokale interventie portfolio's van 10 succesvolle projecten, NIGZ, Woerden	Systematische beschrijving van 10 projecten met interventies op terreinen gezondheidsbevordering; beschreven naar inhoud, organisatie, implementatie, evaluatie (indien mogelijk: proces, effect) en continuering	Van de 10 cases is slechts bij 3 systematisch geëvalueerd: proj. 1 (Univ. Groningen, Schellekens, 2003, met controle groep/ en Erasmus Univ.), project 4 (Erasmus Universiteit, met controlegroep), project 7 (Univ. Maastricht, design onduidelijk). Ten aanzien van overige beschrijvingen: nauwelijks meeting op clientniveau, subjectieve (negatieve) gezondheidsbeleving wordt nauwelijks genoemd, behalve nr. 2 (verbetering ervaren gezondheid).	zie Schellekens 2003; zie Schuring e.a., 2007). Zie van Assema e.a. 2004?)	met name aandacht voor context (ethnische cultuur),	beweging, voedingsvoorziening, leefstijlverbetering, bestrijden overgewicht etc.	

Bijlage 6 Grijs literatuur

idnr	Onderzoeks-vraag	Referentie	omschrijving studie	Resultaten (beschrijving)	Meetinstrument	Determinanten /samenhangen de var	Interventies	Weblink
25	4, 5	Jansen, D.L., Heijmans, M.J.W.M., Boeschoten, E.W., Rijken, P.M., Bevordering van arbeidsparticipatie en autonomie van nierpatiënten. 2009 NIVEL, www.nivel.nl	Het project had tot doel inzicht te krijgen in de psychologische factoren die van belang zijn voor het al dan niet verrichten van werk en -meer in het algemeen- het ervaren van autonomie door nierpatiënten (deelstudie 1), en het ontwikkelen en uittesten van een psychologische interventie gericht op het ondersteunen van nierpatiënten bij het behoud van werk en een actief leven (deelstudie 2).	ziekte- en behandelingspercepties (persoonlijke ideeën die iemand heeft over zijn/haar ziekte en behandeling) en de ervaren sociale steun c.q. overbescherming spelen belangrijke rol bij al dan niet werken. Er is een pilot geweest van de cursus met kleine n. Op dit moment wordt door NIVEL meer onderzoek gedaan naar effect cursus.		sociale steun	groeps cursus 'sterk door werk',	
26	2	Jehoel-Gijsbers, G. (red). (2010). Beperkt aan het werk. Rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie. Den Haag: SCP.	Secundaire analyses NEA	De resultaten laten zien dat mensen die hun gezondheid na negentien weken als slecht of redelijk inschatten, vaak nog steeds volledig verzuimen, 56 weken na aanvang van het verzuim (zie figuur 3.5). Indien zij het werk hervatten, dan is dat vaak slechts gedeeltelijk. Bij de werknemers die hun gezondheid goed tot uitstekend beschouwen, is het omgekeerde te zien. Zij hebben 56 weken na aanvang van het verzuim het werk vaker volledig hervat. Wel is het zo dat van de mensen die na negentien weken hun eigen gezondheid als goed tot uitstekend beoordelen, na 56 weken een aanzienlijk deel nog steeds volledig verzuimt. Bij deze groep spelen klaarblijkelijk andere factoren een bepalende rol in de beslissing over het nemen van de hervattingdrempel				
27	2	Jehoel-Gijsbers, G. (2003) Sociale uitsluiting Een conceptuele en empirische verkenning Werkdocument 99. Den Haag: SCP		Samenhang tussen opleidingsniveau, werken, inkomen en gezondheid. Slechte gezondheid, overlast en onveilig voelen in de buurt hangen samen. Uit de hiervoor gepresenteerde resultaten blijkt dat de veronderstelde risicofactoren inderdaad samenhangen met een aantal kenmerken van sociale uitsluiting. Vooral etnische minderheidsgroepen, mensen met een slechte gezondheid en laag opgeleiden scoren hoog op sociale uitsluitingskenmerken		opleiding, arbeidsparticipatie, inkomen, overlast, onveilig voelen		
28	5	Joosen, M.C.W., Stal, W., Swijnenburg, R.H., Sluiter, J.K., Frings-Dresen, M.H.W., Evaluatie van een multidisciplinair vitaliteitsprogramma bij aanhoudende vermoeidheidsklachten, artikelen in TBV 15, december 2007	resultaatstudie, n = 32, populatie: mensen met vermoeidheidsklachten	Aanhoudende vermoeidheid is multifactorieel van aard en behandelingen dienen vanuit verschillende aangrijppingspunten te zijn gericht. Een multidisciplinair vitaliteitsprogramma lijkt een gunstig effect te hebben op vermindering van vermoeidheidsklachten en verbetering van kwaliteit van leven en arbeidsparticipatie. Zowel cliënten als werkgevers ervaren positieve resultaten van een vitaliteitsprogramma.			multidisciplinair vitaliteitsprogramma	

idnr	Onderzoeks-vraag	Referentie	omschrijving studie	Resultaten (beschrijving)	Meetinstrument	Determinanten /samenhangen de var	Interventies	Weblink
30	2	Keuzekamp, S en A. Merens (red) (2006) Sociale atlas van vrouwen uit etnische minderheden. Den Haag: SCP	Secundaire analyses van verschillende onderzoeken	Allochtone vrouwen beoordelen hun gezondheid als aanmerkelijk minder goed dan de allochtone en mannen. Turkse vrouwen zijn het minst tevreden. Grote tevredenheid van vrouwen (en mannen) uit Somalië (tabel 7.1). In dit onderzoek wordt ook onderscheid gemaakt naar fysieke en geestelijke gezondheid. De verschillen hangen deels samen met sociaal-economische kenmerken, maar onderzoek onder oudere allochtonen toont aan dat de verschillen tussen de diverse bevolkingsgroepen na controle voor sociaal-economische factoren weliswaar kleiner worden, maar niet verdwijnen (Van Campen en Schellingerhout 2005; Kunst et al. 2003). D Net als bij de autochtonen oordelen de vrouwelijke, oudere, laagopgeleide, werkloze, arbeidsongeschikte en ziekenfondsverzekerde allochtonen naar verhouding vaak slecht over hun gezondheid (Van Lindert et al. 2004).		geslacht, etniciteit, opleiding, SES		
31	2,4	Keuzekamp en Keizer (2011, nog te verschijnen: nog onder embargo), "Allochtone vrouwen en gezondheid", Den Haag, SCP	Onderzoek naar de rol van gezondheidsproblemen als belemmering voor arbeidsparticipatie voor vrouwen en mannen uit verschillen etnische groepen (autochtoon, Marokkaans, Turks, Surinaams en Antilliaans). Bronnen: secundaire analyses van surveys (POLS, SIM), focusgroepgesprekken en interviews (bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, huisartsen).	Gezondheidsproblemen vormen belangrijke belemmering voor arbeidsdeelname. Niet de aard van de aandoening maar (de samenhang met) psychisch en lichamelijk welbevinden zijn belangrijker voor al/niet werken. Grote verschillen tussen etnische groepen wat betreft de rol van gezondheid voor arbeidsparticipatie.	SF 12 (in POLS)	niet uitgebreid onderzocht (verwijzing naar literatuur: aanleg, ontwikkeling in kindertijd, levensstijl, leefomgeving, soort werk, traumatische gebeurtenissen, migratie, etc.). Etnische verschillen	n.v.t.	
32	4, 5	Koenders, P.C., Deursen, C.G.L. van, Minder verzuim bij verbetering levensstijl, TBV 17, januari 2009	Prospectief onderzoek onder 3436 bankmedewerkers naar verband levensstijlverandering en verzuim.	Meer sporten, matig alcoholgebruik en een betere energiebalans gaan samen met een verzuimdaling. De bewijsvoering voor het oorzakelijke verband tussen de leefstijlverbetering van de bankmedewerkers en het door vele factoren bepaalde verzuim is moeilijk. We kunnen niet spreken van een causale relatie die lijkt volgens de onderzoekers wel aannemelijk.			leefstijlverandering	
36	2	Nas, M. (2008). Haagse WWB-ers over hun gezondheid en betaald werk. Sociaal Bestek.	Haagse bijstandstandsgerechtigden, panel. Representatieve steekproef klantenbestand dSZW. In totaal ca 2000 . Ruim 600 personen werden min 2 van de 4 keer geïnterviewd. Vooral vrouw, alleenstaand (evt met kind), geboren in het buitenland, veel langdurig zittend bestand, tussen 30 en 59 jaar oud. Grote afstand tot arbeidsmarkt. 60% had ontheffing van arbeidsverplichting	Ervaren gezondheid van haagse bijstandsgerechtigden is slechter dan die van de gem. Nederlander. Gemeten adhv VOEG-score (lijst met klachten). Klanten die uitstroonden naar werk voelen zich gezonder of in elk geval gezonder dan klanten die in de bijstand bleven. Dezelfde mensen voelen zich gezonder in een periode waarin zij werken dan in een periode waarin zij bijstand ontvangen.	VOEG	arbeidsparticipatie		

idnr	Onderzoeks-vraag	Referentie	omschrijving studie	Resultaten (beschrijving)	Meetinstrument	Determinanten /samenhangende var	Interventies	Weblink
37		Nettleton, S. The sociology of health and illness, Polity Press, Cambridge UK, 2006						
38	2,3,	Pas, A. van der (2009), paper op internet, gedownload november 2010, 'Resilience' gaat niet over rozen	paper over het werk van E. Werner en R. Smith (2001) Journeys from childhood to midlife, risk, resilience and recovery, Ithaca, Cornell University Press	40 jaar lang is een grote groep 'multi risico kinderen gevolgd: waarom ging het bij eenderde van deze kinderen toch goed? De ontwikkeling van de goed opgegroeide kinderen was 'gebufferd'. Leidend tot de conclusie dat de weerkracht van deze kinderen de resultante is van zogenaamde bufferprocessen. Deze bufferprocessen elimineren niet de risico's en de stress maar stellen het individu in staat om daar goed mee om te gaan.		bufferprocesse n, w.o. aard van het beestje', veilige verzorger in jeugd, een betrokken persoon buitenshuis, sociale steun		
40	4,5	Ploeg, M.A. (2005) gezondheidsbevordering bij uitkeringsgerechtigden, inventarisatie van projecten en beschrijving van 10 good practices, NIGZ-centrum Kennis en Kwaliteit, Utrecht	Dit rapport is ten dele voorloper van rapport van der Jagt & van Pelt 2009. Zes projecten hebben "bevordere deelname arbeidsmarkt tot doel", slechts enkele hebben "omgaan met gezondheidsbelemmeringen" tot (eind)doel, 25% der projecten zijn wijkgericht opgezet.	Vrijwel alle projecten zijn in voorbereidings- of opstartfase en hebben hooguit interim-evaluaties (proces).	n.v.t. gezien prille karakter van projecten en praktijkgerichte benadering (pilots)	gezondheid, leefstijl, zelfredzaamheid	voorlichting, beweging, voeding	
41	2	Rijk, de A, B. van Lierop, N. Janssen, F. Nijhuis (2002) Geen kwestie van motivaite maar van situatie. Een onderzoek naar man/vrouw verschillen in werkhervatting gedurende het eerste jaar na ziekmelding. Maastricht: UM		De subjectieve gezondheid speelt bij werkhervatting van vrouwen (in 1e jaar) een grotere rol dan bij die van mannen.		geslacht		
42	2	Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.22, 24 juni 2010. Bilthoven: RIVM		Determinanten: opleiding (zowel wanneer controle voor leeftijd en geslacht). Determinanten beschreven in wetenschappelijke literatuur: ziekten, gezonde leefstijl- en psychosociale factoren zoals chronische aandoeningen, lichamelijke klachten, lichamelijke beperkingen en handicaps, niet fit voelen, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie, leefstijlfactoren (roken, voeding, overgewicht, en beweging) stemming, sociale steun (alleenstaand meer dan gehuwd of samenwonend), regelmatig gebruik van welzijnsvoorzieningen, aantal ziekenhuisopnames in de afgelopen 12 mnd. Obv Pols: personen met diabetes, hartinfarct, vernauwing bloedvaten en darmstoornis voelen zich ongezonder dan met andere chronische ziekten		opleiding, ziekten, leefstijl, klachten, beperkingen, fit voelen, arbeidsongeschiktheid, arbeidsparticipatie, sociale steun, gebruik welzijnsvoorzieningen, aantal ziekenhuisopnames, type ziekte		http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/ervaren-gezondheid/

idnr	Onderzoeks-vraag	Referentie	omschrijving studie	Resultaten (beschrijving)	Meetinstrument	Determinanten /samenhangen de var	Interventies	Weblink
45		Scion II team, 2010, basisrapport scion (measurement report), deelrapport 1, Trimbos, UMCG e.a.	Bevindingen na 18 maanden follow-up, trimbos-instituut met financiering van Zon mw: alleen titelblad gevonden. Scion is een gerandomiseerde gecontroleerde effectiviteitstudie naar arbeidsreintegratiendoel Individuel Placement & support (IS)	(In dit kader niet bestudeerd als grijs literatuur. Verwijzing naar wetenschappelijke analyse)			IPS	
46	4.5	Beweging als Warming up voor Reïntegratie. De invloed van een reconditioneringsprogramma op de lichamelijke conditie, het welbevinden en de kansen op werkhervatting. Dr. J.M.H. Schellekens, Rijksuniversiteit Groningen, november 2003.	In dit project wordt onderzocht of lichamelijke conditie en welzijn van WAO-ers kunnen worden verbeterd door deelname aan een 3 maanden durend reconditioneringsprogramma gericht op fysieke conditieverbetering. Verwacht wordt dat een dergelijk effect gunstig is voor het dagelijks functioneren en welzijn, en bijdraagt aan reïntegratiesucces. Het onderzoek is uitgevoerd bij 102 WAO-ers die het reconditioneringsprogramma hebben gevolgd. De resultaten van die groep worden vergeleken met die van een schaduwgroep van 38 WAO-ers die niet aan het programma hebben deelgenomen.	Dit onderzoek vond plaats onder mensen met een WAO-uitkering die hebben deelgenomen aan Beweging als Warming up voor Reïntegratie van Ergo Control. Hieruit bleek onder meer dat 15 maanden na dit programma (dat 3 maanden duurde) het aantal uren (on)betaald werk dat werd verricht door de ouddeelnemers aan het programma meer waren toegenomen dan bij een controlegroep. Geconcludeerd kan worden dat de verwachte conditieverbetering van het reconditioneringsprogramma is aangetoond alsmede een daarmee samenhangende verbetering in het dagelijks functioneren en welzijn van de deelnemers/-neemsters. Overigens blijken de positieve programma-effecten op de welbevinden- en depressiescores			beweging	http://www.bewegenwerk.nl/Onderzoek/Eindrapport/BWR.pdf
49	2	Dr. Erik Snel (2002), In de fuik Turken en Marokkanen in de WAO. Utrecht: Verwey-Jonker instituut.	Kwalitatief. n=10 allochtonen (max 5 jaar in WAO) + behandelende uitvoeringsfunctionaris + 5 groeps gesprekken (n=80) + expertmeetings met verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen.	Geen harde uitspraken mogelijk over cultureel verschil in gezondheidsbeleving. Opvattingen over ziekte en gezondheid bij Turken en Marokkanen lijken samen te hangen met het opleidingsniveau en het niet-erkennen en somatiseren van psychische klachten.		opleiding, etniciteit		
53	2.4	Sociaal-medische begeleiding allochtonen. 2003 Stecr	Assist tot stand gekomen door combi literatuur, praktijkervaring, workshops.	Allochtonen hebben zowel prive als op hun werk vaker te maken met uitsluitingsmechanismen, communicatieproblemen, discriminatie en pesten, hierdoor meer kans op gezondheidsproblemen en verzuim. Ook hebben ze een andere ziektebeleving. De kenniskring geeft aanbevelingen die arboprof kunnen helpen bij begeleiding van allochtonen met als uiteindelijk doel reïntegratie.		eticiteit	aanbevelingen voor arboprofs bij begeleiding van allochtonen	http://tno-arbeid.adlibsoft.com/docs/49950.pdf

idnr	Onderzoeks-vraag	Referentie	omschrijving studie	Resultaten (beschrijving)	Meetinstrument	Determinanten /samenhangen de var	Interventies	Weblink
54	4	Steenbeek, R. , Jettinghoff, K. Werkhervatting van zieke en niet zieke werklozen, artikel in TBV 16, mei 2008	Longitudinaal vragenlijstonderzoek, twee metingen met een jaar ertussen onder 870 werklozen uit de WW en ZW bestanden.	Belangrijkste voorspeller van ziek-zijn is ziek zijn bij eerste meting. Hogere leeftijd is belangrijkste belemmering voor werkherhervatting. Herstel kan bevorderd worden door vroeger contact, aandacht, stimuleren zelfvertrouwen en positieve mening over werk en meer 'maatwerk' UWV, CWI en re-integratiebedrijven. citaat15-9-2010 Hoe kunnen we gezondheidsherstel bij zieke werklozen bevorderen? Uit dit onderzoek blijkt dat vroegtijdig contact met de zieke werkloze, aandacht voor de gezondheidsproblemen, stimuleren van zelfvertrouwen en stimuleren van een positieve mening over werk bijdragen aan gezondheidsherstel. Ook het leveren van meer 'maatwerk' door UWV, CWI en re-integratiebedrijven kan bijdragen aan het gezondheidsherstel van zieke werklozen: meer aandacht voor de individuele situatie van de cliënt, meer aandacht voor diens gezondheid en meer aandacht voor de bijdrage van de curatieve sector. Uit het onderzoek blijkt dat de cliënt zich niet serieus genomen voelt en de nadruk legt op zijn ziekte. Het idee is dat wanneer de cliënt zich wel serieus genomen voelt hij de aandacht van gezondheidsherstel richting werkherhervatting zal verleggen.' p. 54			vroeger contact, aandacht, stimuleren zelfvertrouwen en positieve mening over werk, maatwerk	
55	3,4	Ten Haef en Bobeldijk (2005), Aandacht voor gezondheid in trajecten naar activering en werk, deel A en B, NIZW Sociaal Beleid, Utrecht	Weergave van inzichten uit enquête onder (28) aanbieders van trajecten en (7) aanbesteders (sociale diensten van gemeenten) van de 20 projecten van rapport van Ploeg (zie hiervoor).	Wat levert in projecten de aandacht voor gezondheid bij uitkeringtrekkers op? Volgens aanbieders: feitelijke gezondheidstoestand verbeterd: ja (32%), soms (64%); nemen gezondheidsklachten af? Ja (46%), soms (46%). De geenqueteerde (7) aanbesteders: iets meer reserves over effecten.	n.v.t.	niet uitgewerkt	zie Ploeg	
56	4	Drs. Z.H. Tiessen-Raaphorst (NIVEL/NOC*NSF) Dr. J.J. Kerssens (NIVEL) Dr. D.H. de Bakker (NIVEL) Dr. Ir. G.C.W. Wendel-Vos (RIVM/PZO). (2005) Sporters vitaal! De gezondheid van sporters vergeleken met niet-sporters. Utrecht: Nivel	Cross-sectioneel onderzoek. Het onderzoek is verricht door middel van analyse van de gegevens van de patiëntenenquête van NS2. De enquêtes zijn mondeling afgenomen. Het onderzoek is representatief voor de Nederlandse bevolking. In de analyse zijn de data van 5.265 respondenten van 12 jaar en ouder meegenomen.	Voldoende bewegen, waaronder sporten, heeft een positieve invloed op de ervaren gezondheid.			beweging	http://www.nivel.nl/pdf/SportersVitaal.pdf
57	4	Artikel TNO website 19 april 2010	Effectstudie, pilotstudie Arnhem en Leeuwarden. effecten van inzetten van participatiecoaches in wijken met veel werkloosheid, schulden en opleidingsachterstand. Gekeken is naar de veranderingen in 8 leefgebieden en naar de relatie van die veranderingen met de inzet van instrumenten door de participatiecoaches. De participatiecoaches adviseren bewoners, verwijzen door naar relevante instanties, zetten specifieke trajecten in, enzovoorts. Ook is aan de hand van vragenlijsten nagegaan of er vooruitgang werd geboekt op een aantal meer subjectieve kenmerken van de wijkbewoners.	Inzet van instrumenten (?) door de participatiecoaches draagt bij aan volgen opleiding en werkherhervatting, meer uren werk en verbeterde gezondheidsbeleving.			inzet instrumenten (?) door participatiecoach	

Bijlage 6 Grijze literatuur

idnr	Onderzoeks-vraag	Referentie	omschrijving studie	Resultaten (beschrijving)	Meetinstrument	Determinanten /samenhangen de var	Interventies	Weblink
58	2	UWV Kwartaalverkenning 2009-I	Analyses op gekoppeld Astri-enquete bestand (herbo) en registratiegegevens claimbeoordeling.	Gezondheidsbeleving slechter naarmate er meer beperkingen zijn. Bij een combinatie van psychische en fysieke beperkingen is de gezondheidsbeleving slechter dan gemiddeld. Maar dit zijn geen sterke verbanden.		aantal beperkingen,		http://www.uwv.nl/Images/UKV%202009-I_tcm26-195526.pdf
59	2,3	Vester, M. (2008). De Relatie tussen Autonomie, Pesten en Ervaren Gezondheid. The Relationship between Autonomy, Mobbing and Perceived Health.	Afstudeer-scriptie.			autonomie		http://dspace.ou.nl/bitstream/1820/1339/1/PsyMVester2008.pdf
60		Üstün, T. B., S. Chatterji, J.E. Bickenbach, R.T. Trotter II, R. Room, J. Rehm & S. Saxena, (2001), Disability and Culture: Universalism and Diversity, on behalf of the WHO published by Hogrefe & Huber Publishers, Seattle	bundel met landen studies over de culturele opvattingen over health and disability					
61	5,6	Willems, I (2007) Inspelen op gezondheidsbeleving bevordert reïntegratie. Klachtombuiging Top-Care werkt. Top-care Health Services.	Pilotproject in opdracht van UWV. 79 cliënten door UWV aangemeld, 59 kregen re-integratietraject. Merendeel vrouw, 25-45 jaar, vooral lagere opleiding, WAO-ers Mogelijkheid voor deelname aan arbeidsproces maar niet via regulier arbeidstoeleidingstraject door zware persoonlijke belemmeringen, middelgrote afstand tot arbeidsmarkt en gedragsmatige componenten	Bleek uit MBTI dat deelnemers volgzzaam zijn, sterk hechten aan veiligheid en traditie, georganiseerd en gepland leven. Daarom veel structuur, ordening en leiding bieden in traject. Met name deelnemers met MBO opl of meer vonden baan.			Q5, structuur, iordening en leiding bieden	http://www.wiseup.nl/documents/ArtikelAanpakgezondheidsbelevin.pdf
62	4,5	Weeghel, van J, H. Michon en H. Kroon (2002), Arbeidsrehabilitatie vanuit een GG-team: De betekenis van het individuele placement and support-model uit de Ve-renigde Staten, Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 57 (2002), p. 936-949	overzichtsartikel over de achtergronden, resultaten en mogelijkheden voor de invoering van het individual placement and support model (IPS) voor Nederland	IPS is een interventie of supported employment voor mensen met ernstige psychiatrische klachten. IPS is ontstaan uit onvrede over de bestaande dagprogramma's voor deze doelgroep. Van alle arbeidsrehabilitatie modellen lijkt IPS als enige een wetenschappelijk fundament te hebben. IPS lijkt op gespannen voet te staan met de gangbare praktijk in Nederland voor deze specifieke doelgroep. In die praktijk wordt betaald werk meestal als onhaalbaar gezien.			IPS	

idnr	Onderzoeks-vraag	Referentie	omschrijving studie	Resultaten (beschrijving)	Meetinstrument	Determinanten /samenhangen de var	Interventies	Weblink
64	5,6	BWR Beschrijving van de interventie Bewegen als Warming-up voor Re-integratie (2008)	werkzoekenden met een grote afstand tot de arbeidsmarkt die de benodigde structuur en/of fysieke en mentale fitheid missen om succesvol te kunnen deelnemen aan een re-integratietraject. Veelal laag opgeleide mensen van diverse nationaliteit. Beoogde cursusdeelnemers zijn, ondanks hun lichamelijke en/of psychische klachten goedgekeurd voor werk door een arbeidsmedisch toetsbedrijf.	Er zijn verschillende effectevaluaties gedaan van BWR door bv Erasmus uni en Rijksuni Groningen. Samengevat zijn er meetbare resultaten te zien op het gebied van: - Verbetering van de fysieke en mentale conditie van klanten - Het letterlijk weer in beweging krijgen van klanten, die daardoor: * uitstromen uit de uitkering of, * doorstromen in een vervolgttraject (sociale activering, scholing, re-integratie) * starten met een behandelingstraject waar men eerder niet aan toe was * een wsw-indicatie krijgen			Beweging	http://www.interventiesnaarwerk.nl/uploaddb/download_object.asp?atoom=90&VolgNr=0
65	5,6	Beschrijving van de interventie EMcare – diagnostiek en mono- of multidisciplinaire behandeling voor mensen met aandoeningen aan het houdings- en bewegingsapparaat	voor- en een nameting zonder controlegroep, n = 73, populatie: mensen die relatief lastig te diagnosticeren en te behandelen klachten hebben aan het houdings- en bewegingsapparaat. Met als gevolg veelal langdurige behandeling, onduidelijkheid over diagnose en/of bijkomende factoren zoals psychosociale of arbeidsrelevante problemen of twijfel over effectiviteit van ingestelde behandeling (second opinion). (Veelal langdurig verzuimders en uitkeringsgerechtigden ZW/Arbo, maar ook WWB en WIA)				Emcare	http://www.interventiesnaarwerk.nl/interventie/raadplegen.asp?display=2&atoom=178&atoomsrt=44&actie=2
67	5,6	Beschrijving van de interventie Gezondheidsstraining (2009)	voor- en een nameting zonder controlegroep door Mind at Work. n=22 (voor en nameting). De interventie is gericht op mensen met psychische en/of fysieke beperkingen die meer grip willen krijgen op hun gezondheid en zo de kans op (behoud van) werk willen vergroten	Effecten van de training vielen vooral te verwachten in verbeteringen op het vlak van activering en socialisering. Met betrekking tot de UCL is er bij de subschalen "actief aanpakken" (p=.183) en "passief reactiepatroon" (p=.106), voor de SCL-90 op de subschalen "agorafobie" en "wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit" sprake van een verbetering (respectievelijk p=.057 en p=.065). Een verbetering op de agorafobieschaal reflecteert een groei in socialisering. Follow-up resultaten in de vorm van data met betrekking tot het wel of niet verkrijgen van arbeid worden op dit moment verzameld			Gezondheidsstraining (mentaal en fysiek)	http://www.interventiesnaarwerk.nl/uploaddb/download_object.asp?atoom=166&VolgNr=0
68	5,6	Beschrijving van de interventie Kijk op Mogelijkheden (KoM)	voor- en een nameting zonder controlegroep, n= 50 Clienten uit granietenbestand gemeente Purmerend die lichamelijke of psychische belemmeringen ervaren bij het weer actief worden.	9 sw indicaties aangevraagd, 14 actief bij baanstede of waterlandbaan, enkeling vrijwilligerswerk of opleiding, 11 zorgtrajecten			Kijk op mogelijkheden, multidisciplinaire maatregelen	http://www.interventiesnaarwerk.nl/uploaddb/download_object.asp?atoom=171&VolgNr=0

idnr	Onderzoeks-vraag	Referentie	omschrijving studie	Resultaten (beschrijving)	Meetinstrument	Determinanten /samenhangen de var	Interventies	Weblink
69	5/6	Beschrijving van de interventie Traject: aan het werk?! (2009)	Resultaatmeting met een voor- en een nameting zonder controlegroep (veranderingsonderzoek) n=13 (verdeeld over 3 groepen). Populatie: 16-25 jarigen met chronische aandoening (zoals een dwarslaesie of MS), die als gevolg daarvan belemmeringen ondervinden bij het vinden van (regulier en passend) werk.	Uit de Rand-36 bleek dat deelnemers uit de eerste groep beter in hun vel zitten. Werkende bestanddelen - Een gerichtheid in het programma bij alle betrokken partijen op gaan werken, niet op de diagnose - Samenwerking en betrokkenheid van de vele partijen				http://www.interventiesnaarwerk.nl/uploaddb/download_object.asp?atoom=177&VolgNr=0
64-69	5,6	Beschrijving van interventies op www.interventiesnaarwerk.nl	Website met verschillende typen re-integratie interventies. Veelal resultaatmeting met een voor- en een nameting zonder controlegroep (veranderingsonderzoek) maar kleine n (Varierend van ca 10 tot 100?). Uiteenlopend van arbeidsgehandicapten, jongeren met gedragsproblemen, gemotiveerde ouderen, mensen met kanker, alleenstaande ouders, allochtonen etc	Van alle interventies is een beschrijvingsdocument beschikbaar met doelgroepbeschrijving etc. Alle interventies worden beoordeeld door een expertgroep die middels een kleurencodering aangeven in hoeverre (niet aanwezig, aanwezig maar niet volledig, volledig) de interventie theoretisch onderbouwd is en of proces en resultaat evaluatie heeft plaatsgevonden				http://www.interventiesnaarwerk.nl/interventie/overzicht.asp?fcid=93&fid=115