



**Universiteit Utrecht**

Master Arbeids- en organisatiepsychologie 2011/2012

Thesis

# **Jong en sterk op zoek naar werk**

Jongeren met gezondheidsklachten en hun  
*self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken.

Naam : Ayla Snoeijs  
Studentnummer : 3387925  
Eerste beoordelaar : Dr. M.C.W. Peeters  
Tweede beoordelaar : Dr. P.J.M. Heiligers  
Externe instelling : TNO Arbeid  
Datum : 12 juni 2012

<b>Inhoudsopgave</b>	<b>2</b>
Voorwoord	3
Samenvatting	4
<b>1. Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1 Introductie	5
1.2 Werkloosheid en gezondheidsklachten	6
1.3 Gezondheidsklachten, werkzoekgedrag en werkhervatting	7
1.4 <i>Self-efficacy</i> met betrekking tot werk zoeken, werkzoekgedrag en werkhervatting	7
1.5 Gezondheidsklachten en <i>self-efficacy</i> met betrekking tot werk zoeken	8
1.6 Sociale steun en proactief coping-gedrag als moderatoren	9
1.7 Huidig onderzoek	11
<b>2. Methode</b>	<b>13</b>
2.1 Procedure en onderzoeksdesign	13
2.2 Participanten	14
2.3 Meetinstrumenten	14
<b>3. Resultaten</b>	<b>17</b>
3.1 Analyse controlevariabelen	17
3.2 Gemiddelde scores en correlaties	17
3.3 Analyses psychische en/of fysieke klachten	20
3.3.1 Relatie psychische en/of fysieke klachten en <i>self-efficacy</i> met betrekking tot werk zoeken	20
3.3.2 Moderator analyse psychische en/of fysieke klachten	22
3.4 Analyses angst, depressieve en manische/psychotische klachten	23
3.4.1 Relatie angst, depressieve, manische/psychotische klachten en <i>self-efficacy</i> met betrekking tot werk zoeken	23
3.4.2 Moderator analyse angst, depressieve en manische/psychotische klachten	23
<b>4. Discussie en conclusie</b>	<b>26</b>
4.1 Bevindingen en conclusies	26
4.1.1 Psychische en/of fysieke klachten	27
4.1.2 Angst, depressieve en manische/psychotische klachten	27
4.1.3 Moderatoren proactief coping-gedrag en sociale steun	28
4.1.4 Overige opvallende resultaten	29
4.2 Kanttekeningen bij huidig onderzoek	30
4.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	31
4.4 Praktische implicaties	31
4.5 Conclusie	32
<b>5. Referentielijst</b>	<b>34</b>
<b>6. Bijlage A Vragenlijst</b>	<b>37</b>

## **Voorwoord**

Graag wil ik een aantal mensen bedanken die mij hebben geholpen om dit afstudeeronderzoek succesvol af te ronden. Allereerst wil ik Jenny Huijs en Oleg Boneschansker bedanken voor de leuke stage bij TNO, het beschikbaar stellen van het databestand en de goede tips omtrent mijn onderzoek. En uiteraard bedank ik ook Femke Bennenbroek voor het beschikbaar stellen van de data van Dariuz. Maria Peeters wil ik daarnaast bedanken voor de nuttige tips, de geruststelling en de fijne begeleiding. En voor het vertrouwen krijgen in de statische analyses van dit onderzoek, ben ik mevrouw Westeneng van de methodewinkel erg dankbaar. En tot slot bedank ik ook mijn vrienden en familie voor de steun tijdens mijn afstuderen.

## Samenvatting

Tot voor kort was er in geen enkel onderzoek aandacht besteed aan jongeren met gezondheidsklachten en hun *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken. Huidig onderzoek brengt hier verandering in. Door middel van een vragenlijstonderzoek is in huidig onderzoek gekeken of er een negatieve relatie bestaat tussen de door jongeren in de bijstand (N=731) ervaren gezondheidsklachten en hun *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken. En daarnaast is er gekeken of proactief coping-gedrag en sociale steun deze negatieve relatie modereren. De mate van *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken van jongeren in de bijstand blijkt voor een deel verklaard te kunnen worden door gezondheidsklachten. Vooral het ervaren van psychische klachten (algemene psychische, depressieve) of een combinatie van psychische en fysieke klachten, heeft invloed op de mate van *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken van jongeren in de bijstand. Daarnaast blijkt de negatieve relatie tussen manische/psychotische klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken zwakker voor jongeren in de bijstand met veel proactief coping-gedrag dan voor jongeren met weinig proactief coping-gedrag.

## Abstract

Until recently there had not been any research done concerning youth with health complaints and their self-efficacy with regard to job search. This changes by this research. Through a questionnaire research, present study examines whether there is a negative relationship between the health complaints being experienced by youth on social welfare (N = 731) and their self-efficacy with regard to job search. It is also examined whether proactive coping and social support moderates this negative relationship. The degree of *self-efficacy* with regard to job search of youth on social welfare appears to be explainable by health complaints. Especially experiencing psychological complaints (general psychological complaints, depressive complaints) or experiencing a combination of psychological and physical complaints, affects the degree of self-efficacy with regard to job search of youth on social welfare. Besides that, the negative relationship between manic/psychotic complaints and self-efficacy with regard to job search for youth with much proactive coping behavior is weaker than for those with less proactive coping behavior.

## 1. Inleiding

### 1.1 Introductie

Werk is voor veel mensen een belangrijk onderdeel in het leven. Voor jongeren is het vinden van een betaalde baan een symbool voor volwassen worden: het wordt gezien als transitie van kindertijd naar volwassenheid. Door het verrichten van betaald werk worden jongeren (financieel) onafhankelijk van hun ouders en krijgen ze meer keuzevrijheid in hun leven (International Labour Office, 2004). Door de economische crisis lijkt het de komende jaren steeds minder vanzelfsprekend dat jongeren een vaste baan vinden. De werkloosheid onder jongeren tot 25 jaar is in 2012 dan ook gestegen. Zo was 9,2 procent van de jongeren in 2011 werkloos en in maart 2012 was dit 11,8 procent (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012). Van de niet-onderwijsvolgende jongeren van 15 tot 27 jaar, had 20 procent geen baan van 12 uur of meer op het einde van 2011. Van deze groep was 11 procent wel bereid om te werken en 24 procent van deze jongeren gaf aan op korte termijn wel beschikbaar te zijn voor werk, maar niet actief naar een baan gezocht te hebben (Pleijers, 2012).

Deze statistieken laten zien dat er nog altijd jongeren zijn die niet op de arbeidsmarkt participeren en, doordat ze een korte periode recht hebben op een werkloosheidsuitkering, vaak terugvallen op een bijstandsuitkering. Jongeren hebben in Nederland recht op een bijstandsuitkering, als ze tussen de 18 en 27 jaar zijn en niet genoeg inkomen of vermogen hebben om in hun levensonderhoud te voorzien en ook niet in aanmerking komen voor een andere uitkering. Met een bijstandsuitkering kunnen jongeren de periode overbruggen totdat ze een baan vinden. Tussen 2008 en 2010 was er een grote stijging te zien van de instroom van jongeren tot 27 jaar in de bijstand (Bloem & Weidum, 2012). Het percentage jongeren in de bijstand in Nederland was in 2011 wel lager dan in 2010. Bij zowel mannen als vrouwen onder de 27 jaar was een daling te zien in het aantal bijstandsuitkeringen, respectievelijk een daling van 11,4 % en 7,5 % (CBS, 2011). Met de huidige economische situatie is er een grote kans dat het aantal jongeren in de bijstand het komende jaar weer gaat toenemen. Daarnaast had 9 % van de jongeren die in 2011 geen werk hadden, zich niet aangeboden op de arbeidsmarkt omdat ze aangaven niet te kunnen of willen werken (Pleijers, 2012). Een verminderde gezondheid kan voor jongeren één van de oorzaken zijn van het niet kunnen of willen werken (Bokdam, De Visser, Bouma & Engelen, 2010). Deze statistieken geven aanleiding tot het huidige onderzoek, waarin de vraag centraal staat of er een negatieve relatie bestaat tussen jongeren in de bijstand met gezondheidsklachten en hun *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken.

## 1.2. Werkloosheid en gezondheidsklachten

Verschillende literatuurstudies en meta-analyses tonen de relatie tussen werkloosheid en een slechte gezondheid aan (Schuring, Reijenga, Carlier & Budorf, 2011; Mathers en Schofield, 1998; McKee-Ryan, Song, Wanberg & Kinicki, 2005; Paul & Moser, 2009). Volgens de World Health Organisation wordt gezondheid gezien als: ‘toestand van optimaal welzijn in geestelijk, lichamelijk en maatschappelijk opzicht’. In huidig onderzoek wordt een onderscheid gemaakt tussen psychische en lichamelijke gezondheid, onderverdeeld in psychische klachten en fysieke klachten. Psychische klachten zijn klachten op cognitief (bijvoorbeeld concentratieproblemen) en emotioneel gebied (bijvoorbeeld depressiviteit) (Koning Collewet & Gravesteijn-Ligthelm, 2008). Fysieke klachten zijn beperkingen in het functioneren van het bewegingsapparaat of organen. Dat werklozen vaak last hebben van gezondheidsklachten, blijkt onder andere uit onderzoek van Mathers en Schofield (1998). Zij vonden negatieve effecten van verlies van werk op zowel de lichamelijke als de psychische gezondheid. En McKee-Ryan et al. (2005) en Paul & Moser (2009) vonden een effect van werkloosheid op de psychische gezondheid. Uit onderzoek blijkt ook dat van de psychische klachten in relatie tot het verliezen van werk, depressieve klachten het vaakst gerapporteerd worden (Price, Van Ryn & Vinokur, 1992). Exacte cijfers van jongeren in de bijstand met gezondheidsklachten ontbreken, maar Paul & Moser (2009) concludeerden uit hun meta analyse wel dat werkloosheid na het verlaten van school leidt tot een significante afname in psychische gezondheid.

Het is duidelijk dat gezondheid en werkloosheid dus met elkaar samenhangen. Er bestaan verschillende theorieën over waarom werkloosheid kan leiden tot een slechtere gezondheid. De *functional deprivation theory* van (Jahoda, 1979) en het *vitamine model* van Warr (1987) zijn in de literatuur het meest besproken in dit verband (Scanlan & Beltran, 2007). De theorie van Jahoda (1979) stelt dat de psychologische impact van werkloosheid wordt veroorzaakt door het gebrek aan het vervullen van 5 belangrijke psychologische behoeften. Deze behoeften zijn: dagrimte, sociale contacten buiten familie, deel uitmaken van een collectief doel, persoonlijke status/identiteit en activiteit. Als iemand buiten het werk niet kan profiteren van deze vijf behoeften, kan dit volgens Jahoda leiden tot psychologische problemen. Het model van Warr (1987) gaat er vanuit dat werkloosheid kan leiden tot negatieve psychologische en fysieke uitkomsten omdat werklozen negen positieve voordelen (vitamines) van werk niet ervaren: de mogelijkheid voor controle, mogelijkheid om vaardigheden te gebruiken, deelname aan externe doelen, variatie, duidelijkheid over de omgeving, beschikbaarheid van geld, fysieke veiligheid, mogelijkheid tot interpersoonlijk

contact en een gewaardeerde sociale positie. Naast de factoren in de theorie van Jahoda (1979) en het model van Warr (1987), spelen persoonlijke processen, ervaringen uit het verleden en omgeving ook een belangrijke rol in het ontstaan van gezondheidsklachten bij werklozen (McKee Ryan et al., 2005). Uit bovenstaande literatuur blijkt dus dat werklozen vaak gezondheidsklachten ervaren.

### **1.3 Gezondheidsklachten, werkzoekgedrag en werkhervatting**

Het hebben van een slechte gezondheid kan een belemmerende factor voor re-integratie zijn. Voor werkloze jongeren met een slechte gezondheid geldt over het algemeen dat ze minder geneigd zijn om actief naar werk te zoeken dan werkloze jongeren met een goede gezondheid (Taris, 2002). De relatie tussen gezondheid en werkzoekgedrag is bij volwassen werklozen aangetoond. Zo toonden Van Hooft & Ottervanger (2007) bij een Nederlands re-integratiebedrijf aan dat gezondheidsbeleving sterk positief samenhangt met werkzoekintentie en werkzoekgedrag. Werklozen die hun gezondheid als goed ervoeren, bleken meer plannen te maken op het gebied van zoeken naar werk en vier maanden later meer tijd te hebben besteed aan het zoeken naar werk. Huijs, Bennenbroek, Van Genabeek en Giesen (2009) concludeerden in hun onderzoek dat werklozen met een slechte psychische en/of fysieke gezondheid deze slechte gezondheid als een obstakel zagen bij het zoeken naar werk.

Naast de relatie tussen gezondheid en werkzoekgedrag, is in verschillende onderzoeken ook een relatie tussen gezondheid en werkhervatting gevonden. Van Hooft & Ottervanger (2007) vonden dat werklozen die tijdens het eerste gesprek bij een re-integratie bedrijf positiever waren over hun gezondheid, zes maanden later vaker een baan hadden gevonden dan anderen. Brouwer et al. (2011) vonden in hun literatuurstudie dat als de werkzoekende zich te ziek voelt om te werken en gezondheidsklachten ervaart, de kans op werkhervatting kleiner blijkt te zijn. Bij werkhervatting blijken soort gezondheidsklachten ook een rol te spelen. Zo is de duur tot werkhervatting langer voor mensen met psychische problemen dan voor mensen met fysieke beperkingen en hebben werklozen met mentale klachten een kleinere kans op het vinden van een baan (Koning et al., 2008; Paul & Moser, 2009). Gezondheidsklachten blijken dus een obstakel te zijn in het zoeken naar werk en bij werkhervatting.

### **1.4 Self-efficacy met betrekking tot werk zoeken, werkzoekgedrag en werkhervatting**

Uit de meta-analyse van Kanfer, Wanberg, & Kantrowitz (2001) blijkt dat actief werkzoekgedrag één van de belangrijkste voorspellers is voor het vinden van werk. Een

belangrijke factor die invloed kan hebben op werkzoekgedrag, is het vertrouwen dat iemand in zichzelf heeft om werk te zoeken. In huidig onderzoek wordt dit *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken genoemd. *Self-efficacy* wordt door Bandura (1982) gedefinieerd als de overtuiging/het vertrouwen dat iemand heeft om in staat te zijn het gewenste gedrag te vertonen in een gegeven situatie. *Self-efficacy* is altijd gelinkt aan een specifiek doel of gedrag, zoals in huidig onderzoek aan het zoeken naar werk. *Self-efficacy* wordt gezien als een belangrijke determinant van motivatie, affect en actie en heeft een positieve invloed op gedrag. Zo kan *self-efficacy* leiden tot meer inzet en doorzettingsvermogen, het stellen van hogere doelen, meer optimisme en minder negatieve emoties en stress (Bandura, 1989).

Zo blijkt uit de meta-analyse van Kanfer et al., (2001) dat de mate van *self-efficacy* die werklozen met betrekking tot werk zoeken ervaren, van grote invloed is op het werkzoekgedrag en de werkzoekintentie. Werklozen die een hogere *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken ervoeren, rapporteerden meer werkzoekgedrag. En dit werkzoekgedrag bleek een belangrijke voorspeller voor het vinden van een baan. Taris (2002) vond in zijn studie juist dat werkloze jongeren die zich minder in staat voelde om iets te veranderen aan hun huidige staat van werkloosheid (*powerlessness*), juist actiever naar werk zochten. Deze uitkomst was volgens Taris (2002) te verklaren door het feit dat de kwantiteit van werkzoekgedrag, zoals aantal sollicitatie brieven versturen, niet zozeer de belangrijkste voorspeller voor werkhervatting hoeft te zijn. De kwaliteit van het werkzoekgedrag, zoals het versturen van een sollicitatiebrief voor een passende functie, is volgens hem mogelijk een belangrijker voorspeller voor werkhervatting.

Ondanks tegenstrijdige onderzoeksresultaten, zijn er aanwijzingen voor het bestaan van een relatie tussen *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken en werkzoekgedrag en werkhervatting.

### **1.5 Gezondheidsklachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken**

Naar de directe relatie tussen gezondheidsklachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken is nog geen onderzoek gedaan, maar er zijn wel aanwijzingen voor het bestaan van deze relatie. Wiener, Oei & Creed (1999) vonden namelijk dat werklozen met een slechtere psychologische gezondheid een lagere algemene *self-efficacy* hadden. Volgens Schuring et al. (2011) zijn er in enkele wetenschappelijke studies indicaties dat *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken de gezondheidsbeleving kan beïnvloeden. En over het algemeen blijkt dat *self-efficacy* positief samenhangt met gezondheid en welbevinden (Schaufeli & Bakker, 2007). Daarnaast lieten Huijs, Koppes, Taris & Blonk (2012) zien dat de mate van *self-*



*efficacy* bij medewerkers die verzuimen door fysieke en/of psychische klachten een belangrijke rol speelt in hun terugkeer naar werk. Hoe hoger het niveau van *self-efficacy* met betrekking tot terugkeer naar werk van de medewerkers, hoe eerder ze terugkeerden naar het werk. Dit zou veroorzaakt worden doordat medewerkers met lagere levels van *self-efficacy* met betrekking tot terugkeer naar werk er minder vertrouwen in hebben dat ze succesvol kunnen zijn op het werk. Dit kan dan leiden tot het vermijden van werk waardoor terugkeer naar werk vertraagd wordt. Dit proces kan hetzelfde zijn bij werklozen met gezondheidsklachten en hun mate van *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken in relatie tot werkzoekgedrag. Uit het onderzoek van Huijs et al. (2012) bleek daarnaast dat verzuimende medewerkers met fysieke klachten een hogere mate van *self-efficacy* met betrekking tot terugkeer naar werk hebben dan verzuimende medewerkers met fysieke en psychische klachten of alleen psychische klachten.

Bovenstaande onderzoeken en de *self-efficacy* theorie van Bandura (1989) geven aanwijzingen voor het bestaan van een relatie tussen gezondheidsklachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken bij werklozen. Uitgaande van de negatieve relatie die tussen gezondheidsklachten en werkzoekgedrag in meerdere onderzoeken is gevonden en het positieve verband tussen *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken en werkzoekgedrag (Huijs et al., 2009; Taris, 2002; Van Hooft & Ottervanger, 2007), wordt in huidig onderzoek verondersteld dat er een negatieve relatie bestaat tussen gezondheidsklachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken voor jongeren in de bijstand. Om voor jongeren in de bijstand effectieve interventies te ontwikkelen die gericht zijn op het vergroten de *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken, is het van belang om te kijken van welke factoren deze negatieve relatie afhangt. Interventies zouden zich dan op deze factoren kunnen richten en dit zou de kans op werkherhaving kunnen vergroten. Proactief coping-gedrag en sociale steun zijn twee van deze factoren.

## **1.6 Sociale steun en proactieve coping als moderatoren**

Proactief copinggedrag kan een bufferende rol spelen in de relatie tussen gezondheidsklachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken. In het stress en coping model van Lazarus en Folkman (1984) wordt coping gezien als de persoonlijke cognitieve en gedragsmatige inspanningen die mensen inzetten in situaties die beoordeeld worden als belastend of onbeheersbaar (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). Twee manieren van coping worden in de meeste theorieën onderscheiden: probleemgerichte en emotiegerichte coping. Probleemgerichte coping heeft tot doel om zoveel mogelijk aan de

gestelde eisen tegemoet te komen door actie te ondernemen, problemen zo goed mogelijk op te lossen en de dreiging op te heffen. Emotiegerichte coping bestaat juist uit het beheersen van de door stressvolle situaties opgeroepen emotionele en lichamelijke reacties.

Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat mensen gebruik maken van beide vormen van coping in stressvolle situaties (Gaillard, 2003; Folkman et al., 1986). Proactief coping-gedrag is een vorm van een probleemgerichte coping strategie en dit gedrag kan zich uiten in direct actie ondernemen, informatie zoeken of plannen maken om problemen op te lossen. Probleemgerichte coping strategieën blijken voornamelijk positief samen te hangen met algehele gezondheidsuitkomsten en zijn over het algemeen genomen productiever in stresssituaties dan emotie-gerichte coping strategieën. Dit bleek uit onderzoek van Penley, Tomaka en Wiebe (2002), die in hun meta-analyse de relatie tussen coping en gezondheid onder een niet-klinische populatie onderzochten. Onderzoek van Huijs et al. (2012) sluit hierop aan. Zij toonden aan dat verzuimende medewerkers met een hoger level van probleemgerichte coping eerder volledig in het werk terugkeerden dan medewerkers met lagere levels van probleemgerichte coping. Daarnaast hadden medewerkers met fysieke klachten hogere levels van probleemgerichte coping dan verzuimende medewerkers met psychische problemen.

Naast proactief coping-gedrag kan sociale steun ook een bufferende rol spelen in de relatie tussen gezondheidsklachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken. In de literatuur worden verschillende definities voor sociale steun gehanteerd. In huidig onderzoek wordt sociale steun gezien als *received social support*, de hoeveelheid daadwerkelijk ontvangen ondersteunende acties/handelingen (Peeters, 1994; Gaillard, 2003; Haber, Cohen, Lucas & Baltes, 2007). Er zijn vijf verschillende typen van sociale steun, namelijk: emotionele, instrumentele, informationele, waarderingssteun en belonend gezelschap. In huidig onderzoek wordt alleen ingegaan op emotionele steun, omdat deze vorm wordt gezien als het belangrijkste type sociale steun op het gebied van gezondheidsverbetering (Peeters, 1994). Uit een meta-analyse van Kanfer et al. (2001) blijkt dat de hoeveelheid ervaren sociale steun vaak wordt gezien als een buffer in stressvolle situaties en dat sociale steun positief gerelateerd is aan werkzoekgedrag. Daarnaast blijkt uit literatuuronderzoek van Schuring et al. (2011) dat gebrek aan sociale steun consistent samenhangt met een negatieve gezondheidsbeleving. In het Michigan model van stress (Kahn, 1981) wordt sociale steun, naast persoonlijkheid, gezien als moderator die invloed heeft op de manier waarop subjectieve stressoren ontstaan (beoordeling van stressor), hoe die leiden tot stressreacties en hoe deze reacties effect hebben op de gezondheid (Gaillard, 2003). In de situatie van

werklozen kan sociale steun dus een belangrijke rol spelen in de beoordeling van werkloosheid en het effect van deze beoordeling op de gezondheid. In het huidige onderzoek wordt een bufferende werking van sociale steun in de relatie tussen gezondheidsklachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken verwacht. Bovenstaande literatuur geeft aanwijzingen voor het bestaan van deze bufferende rol en de bufferende rol van proactief coping-gedrag in de relatie tussen gezondheidsklachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken.

### **1.7 Huidig onderzoek**

De onderzoeksvraag van dit onderzoek is tweeledig: (1) Is er een relatie tussen de door jongeren in de bijstand ervaren psychische klachten, fysieke klachten of een combinatie van deze klachten en de mate van *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken en (2) hebben sociale steun en proactief coping-gedrag een modererende rol op bovenstaande relatie. Psychische klachten zullen extra onderzocht worden door de klachten nog op te splitsen in angst-, depressieve en manische/psychotische klachten. Dit wordt gedaan omdat uit bovenstaande literatuur blijkt dat er in onderzoeken vaker een relatie tussen psychische klachten en werkhervatting wordt gevonden dan een relatie tussen fysieke klachten en werkhervatting (Koning et al., 2008). Daarom wordt ook onderzocht hoe de relatie met *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken er voor verschillende soorten psychische klachten (angst-, depressieve en manische/psychotische) uit ziet.

Als controlevariabelen worden geslacht, opleiding, herkomst en werkzoekervaring meegenomen. Uit de meta-analyse van Kanfer et al. (2001) is gebleken dat geslacht, opleiding en herkomst invloed kunnen hebben op de individuele kansen tot werkhervatting. Zo blijkt opleiding ook samen te hangen met negatieve gezondheidsbeleving en blijkt geslacht een belangrijke moderator voor de effecten van werkloosheid op mentale gezondheid (Paul & Moser, 2009). De ervaring met het werk zoeken wordt meegenomen als controlevariabelen, omdat het logisch lijkt dat de ervaring uit het verleden invloed kan hebben op de *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken in het heden.

Op basis van bovenstaande literatuur zijn onderstaande hypothesen geformuleerd, welke ook te zien zijn in het onderzoeksmodel (Figuur 1).

*Hypothese 1a.* Er bestaat een negatief verband tussen ervaren gezondheidsklachten (psychische klachten, fysieke klachten of een combinatie van beiden) en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken voor jongeren in de bijstand.

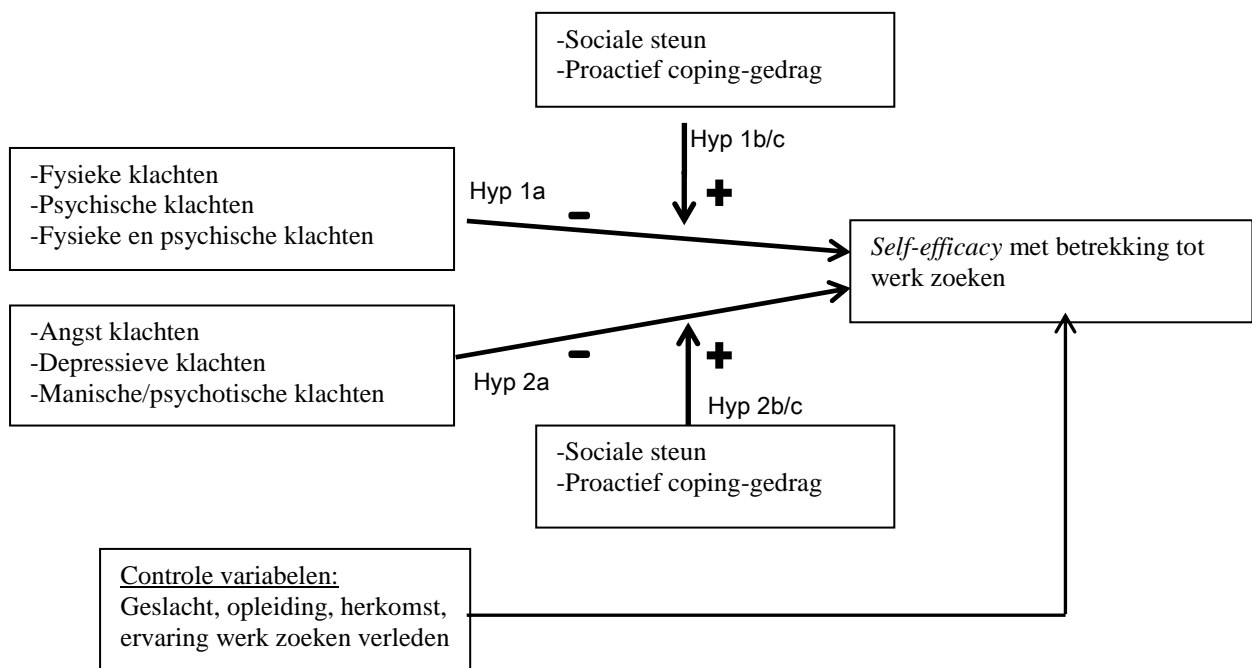
*Hypothese 1b.* De negatieve relatie tussen ervaren gezondheidsklachten (psychische klachten, fysieke klachten of een combinatie van beiden) en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken zal zwakker zijn voor jongeren in de bijstand met veel proactief coping-gedrag dan voor jongeren met weinig proactief coping-gedrag.

*Hypothese 1c.* De negatieve relatie tussen ervaren gezondheidsklachten (psychische klachten, fysieke klachten of een combinatie van beiden) en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken, zal zwakker zijn voor jongeren in de bijstand die veel sociale steun ervaren dan voor jongeren die weinig sociale steun ervaren.

*Hypothese 2a.* Er bestaat een negatief verband tussen ervaren angst-, depressieve en manische/psychotische klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken voor jongeren in de bijstand.

*Hypothese 2b.* De negatieve relatie tussen ervaren angst-, depressieve of manische/psychotische klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken, zal zwakker zijn voor jongeren in de bijstand met veel proactief coping-gedrag dan voor jongeren met weinig proactief coping-gedrag.

*Hypothese 2c.* De negatieve relatie tussen ervaren angst-, depressieve of manische/psychotische klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken, zal zwakker zijn voor jongeren in de bijstand die veel sociale steun ervaren dan voor jongeren die weinig sociale steun ervaren.



*Figuur 1.* Onderzoeksmodel.

## 2. Methode

### 2.1 Procedure en onderzoeksdesign.

Dit onderzoek was een surveyonderzoek onder jongeren met een WWB uitkering (Wet Werk en Bijstand) of een WIJ uitkering (Wet Investeren in Jongeren) en heeft plaatsgevonden in samenwerking met TNO Kwaliteit van Leven en Dariuz. Dariuz is bedrijf dat is ontstaan vanuit TNO Kwaliteit van Leven, twee SW-bedrijven en een re-integratiebedrijf en richt zich op het ontwikkelen van betrouwbare methodieken voor arbeidsontwikkeling. De deelnemende jongeren zijn in de periode van januari 2009 tot en met november 2011 door verschillende Nederlandse gemeenten aangemeld bij re-integratie- en SW (sociale werkplaats) bedrijven. Het onderzoek bestond uit één meetmoment, dit was het moment van aanvang van een re-integratie traject bij een re-integratie- of SW bedrijf. De eerste selectie van jongeren vond plaats bij de verschillende gemeenten in Nederland. Klantmanagers bij de gemeenten bepaalden, afhankelijk van de werkwijze en eisen per gemeente, welke jongeren met een bijstandsuitkering wel of niet bij een re-integratie- of SW-bedrijf werden aangemeld. Het wel of niet bestaan van een contract tussen Dariuz en een re-integratie- SW-bedrijf heeft geleid tot de tweede selectie, omdat alleen de jongeren hebben deelgenomen aan het onderzoek die bij gecontracteerde bedrijven aangemeld waren.

Na aanmelding bij een re-integratiebedrijf of SW-bedrijf, werden de jongeren per brief en/of telefonisch uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen. Het was voor het huidige onderzoek niet mogelijk om te achterhalen welke procedure er precies bij welke jongere is toegepast. Voor de jongere was het invullen van de vragenlijst in de meeste gevallen het eerste contact met het bedrijf en was het invullen van de vragenlijst verplicht. Als de jongere na twee keer afwezig was, werd hij/zij gekort op zijn/haar uitkering. Bij sommige bedrijven werd er eerst een korte intake gehouden en werd daarna de vragenlijst digitaal of op papier afgenomen. De voorkeur ging uit naar een digitale afname, maar soms was dit niet mogelijk door taalproblemen of problemen met de internetverbinding. Afname van de vragenlijst heeft in een groep of individueel plaatsgevonden en de vragenlijst werd door elke participant ingevuld onder begeleiding van minimaal één medewerker van het re-integratie- of SW-bedrijf die de speciale Dariuz trainingen had gevolgd en gecertificeerd was om de Dariuz vragenlijsten af te nemen.

De antwoorden op de vragenlijsten zijn door Dariuz verzameld en in een databestand gezet. Het databestand dat voor huidig onderzoek is gebruikt, bevatte alleen de volwassenen en jongeren die toestemming (*informed consent*) hadden gegeven voor gebruik van hun antwoorden door TNO voor wetenschappelijk onderzoek. De laatste selectie op de

respondenten is door de huidige onderzoeker gedaan door alleen jongeren te selecteren met een WWB of WIJ uitkering en die de diagnose vragenlijst versie 2 hadden ingevuld.

## **2.2 Participanten**

Voor dit onderzoek zijn 731 jongeren met WWB of een WIJ uitkering van minimaal 18 en maximaal 27 jaar geselecteerd. Deze jongeren zijn geselecteerd omdat jongeren vanaf 18 tot 27 jaar in aanmerking komen voor een WIJ uitkering. Het uitvalpercentage is onbekend, omdat niet bekend is bij hoeveel jongeren de vragenlijst in totaal is afgenomen. De groep participanten bestond uit 264 vrouwen en 467 mannen met een gemiddelde leeftijd van 22.81 jaar (SD 2.47), waarvan 92.6% een WWB uitkering en 7.4% een WIJ uitkering had. Van de participanten was 58.7 % procent vrijgezel, 24.4% had een partner, 3.7% was getrouwd, 1.6% was gescheiden en van 11.5% was de burgerlijke staat onbekend. De meeste participanten (47.1%) hadden een lbo, vmbo, mavo of mbo opleiding genoten. Daarnaast had 20% havo, mbo2, 3, 4 of vwo afgerond, 13.1% had geen school afgemaakt, 11.4% alleen basisschool, 1.8% speciaal basisonderwijs, 4.9% voortgezet speciaal basisonderwijs, 1.5% hbo of universiteit en van 0.3 % was de opleiding onbekend. De meeste participanten waren in Nederland geboren (80%) en 20 % van de participanten was in een ander land dan Nederland geboren.

## **2.3 Meetinstrumenten**

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een diagnosevragenlijst die is ontwikkeld door Dariuz. De Dariuz diagnosevragenlijst is een intake-instrument dat wordt ingezet bij cliënten van re-integratie- en SW-bedrijven. De inzet van de diagnosevragenlijst wordt gecombineerd met een gesprek tussen een professional (trajectbegeleider van re-integratie- of SW-bedrijf) en cliënt. De diagnosevragenlijst wordt ingezet zodat de trajectbegeleider meer informatie krijgt over persoonskenmerken en de wensen en behoeften van de cliënt. Er zijn 4 versies van de diagnosevragenlijsten, ieder ontwikkeld voor een specifieke doelgroep. Voor huidig onderzoek is diagnose vragenlijst 2 gebruikt. Deze wordt ingezet bij cliënten met een grote afstand tot de arbeidsmarkt (>2jaar werkloos/ernstige problematiek) en waarbij maatschappelijke en/of arbeidsparticipatie het doel van de re-integratie inspanningen zijn.

Voor huidig onderzoek is alleen gebruik gemaakt van de volgende constructen van de vragenlijst: algemene gezondheidsklachten, angst, depressieve, manische/psychotische klachten, *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken, sociale steun en proactief coping-gedrag. De vragenlijst heeft het Keurmerk Gewone Taal. Dit keurmerk wordt toegekend aan

teksten/vragenlijsten die voldoen aan de criteria van de Stichting Makkelijk Lezen. Dit houdt in dat de vragenlijst voor iedereen (ongeacht opleidingsniveau) goed leesbaar/begrijpbaar is.

### 2.3.1 Onafhankelijke variabelen.

*Fysieke en psychische klachten.* Of iemand wel of niet last had van fysieke en/of psychische klachten in de 4 weken voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst, is gemeten door middel van 1 item: ‘Heeft u de laatste 4 weken klachten over uw gezondheid gehad?’ Hier konden de respondenten meer dan één van de volgende drie antwoorden aankruisen: ja fysieke klachten, ja psychische klachten of nee.

*Depressieve, angst en manische-psychotische klachten.* Depressieve en angst klachten zijn gemeten met de subschalen depressie en angst van de Nederlandse vertaling van de Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21: De Beurs, Dyck van, Marqenie, Lange & Blonk, 2001). Manische-psychotische klachten zijn gemeten met een door Dariuz ontwikkelde schaal. Een voorbeelditem van de depressie schaal is: ‘Ik had het gevoel dat ik niets heb om me op te verheugen’. Een voorbeelditem van de angstschaal: ‘Ik maakte me zorgen over situaties waarin ik in paniek kan raken’. En een voorbeelditem van de manie/psychose schaal: ‘Ik hoorde of zag wel eens dingen die andere mensen niet kunnen zien of horen’. De participant werd gevraagd om aan te geven in hoeverre de stellingen de afgelopen vier weken op hem/haar van toepassing was. Er kon op een 4-punts Likert-schaal geantwoord worden (0 = bijna nooit tot 4 = heel vaak). De betrouwbaarheid van de depressieschaal was  $\alpha = .84$ , de angstschaal  $\alpha = .82$  en van de manie/psychose schaal  $\alpha = .74$ .

### 2.3.2 Onafhankelijke variabelen: moderatorvariabelen

*Sociale steun.* De hoeveelheid ervaren emotionele sociale steun, is gemeten door middel van vier stellingen, welke gebaseerd zijn op de vragenlijst van Abby en Abramis (1985). Een voorbeeld stelling was: ‘Hoe vaak laat iemand merken dat hij of zij om u geeft?’ De stellingen konden beantwoord worden op een 5-punts likertschaal (1=bijna nooit en 5=heel vaak). De betrouwbaarheid van deze schaal was  $\alpha = .83$ .

*Proactief coping-gedrag.* Om de mate van proactief coping-gedrag te meten, is gebruik gemaakt van onderdelen van de Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs et al, 1988). Deze schaal is gemeten door de respondent drie uitspraken voor te leggen en de respondent op een 5-punts Likert schaal (1=helemaal mee oneens tot 5=helemaal mee eens) aan te laten geven wat hij /zij van de uitspraak vond. Een voorbeeld item is: ‘Ik bedenken verschillende oplossingen voor een probleem’. De betrouwbaarheid van deze schaal was  $\alpha = .64$ .

### 2.3.3 Afhankelijke variabele

*Self efficacy met betrekking tot werk zoeken.* Deze schaal bestond uit 3 stellingen en is gebaseerd op een vragenlijst van Ellis en Taylor (1983) en Van Ryn en Vinokur (1992). Een van de items was: 'Ik heb er vertrouwen in dat ik werk/bezigheden kan vinden die bij mij passen'. De stellingen werden beantwoord op een 5-punts Likert schaal (1 = helemaal mee oneens tot 5 = helemaal mee eens). De betrouwbaarheid van deze schaal was  $\alpha = .73$ .

### 2.3.4 Controle variabelen

Van geslacht, herkomst, opleidingsniveau en werkzoekervaring werd op basis van de literatuur verwacht dat ze invloed konden hebben op de afhankelijke variabele *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken. Geslacht was gecodeerd 1= man 2=vrouw. Op de vraag herkomst kon geantwoord worden met Nederland of anders. Nederland was gecodeerd als 0 en anders als 1. Opleiding is oplopend gecodeerd: 1 =geen school afgemaakt tot 7 = hbo/universiteit. Ervaring met het zoeken naar werk is gemeten door de participant te vragen of hij/zij ervaring had met het zoeken naar werk/bezigheden. Er kon gekozen worden uit: ja, daar heb ik goede ervaringen mee; ja, daar heb ik slechte ervaringen mee; of nee.



### 3. Resultaten

#### 3.1 Analyse controle variabelen

Er is een lineaire regressieanalyse met de controlevariabelen uitgevoerd om te kijken welke variabelen, waarvan vooraf werd verwacht dat ze mogelijk invloed zouden kunnen hebben op *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken, daadwerkelijk een verband toonden met deze variabele. De controlevariabelen zijn allen tegelijk in het model ingevoerd. De resultaten in Tabel 1 laten zien dat alleen opleidingsniveau, goede ervaringen met werk zoeken en een combinatie van goede en slechte ervaringen met werk zoeken invloed hebben op de mate van *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken. Werkzoekervaring (drie dummies) en opleidingsniveau zijn dus meegenomen als controlevariabelen in de overige analyses.

Tabel 1  
*Regressietabel controlevariabelen*

Variabelen	Self efficacy (N=718)		
	B	SE B	$\beta$
<i>Controle variabelen</i>			
Goede ervaringen werk zoeken	.52	.09	.34**
Slechte ervaringen werk zoeken	-.15	.10	-.07
Goede en slechte ervaringen werk zoeken	.20	.08	.14*
Herkomst	-.10	.06	-.06
Geslacht	-.02	.05	-.01
Opleidingsniveau	.05	.02	.11**

#### 3.2 Gemiddelde scores en correlaties

De gemiddelden en standaarddeviaties van alle variabelen uit het onderzoeksmodel worden in Tabel 2 en 3 gepresenteerd. Fysieke klachten werden vaker gerapporteerd dan psychische klachten of een combinatie van psychische en fysieke klachten. In totaal gaf 55.3 % aan geen psychische en/of fysieke klachten te ervaren. Na het uitvoeren van een chi-square test blijken de percentages niet significant van elkaar te verschillen. Tabel 3 laat zien dat participanten lager scoorden op angstklachten (M=1.45, SD=.60) dan op depressieve klachten (M= 1.72 SD=.70). Dit verschil is volgens de pairwise t-test significant,  $t(721) = -14.18, p < .01$ . Er werd ook significant hoger gescoord op depressieve klachten (M=1.72, SD=.70) dan op manische/psychotische klachten (M=1.41, SD=.55),  $t(719) = 16.04, p < .01$ . Tot slot werd er significant hoger gescoord op angstklachten (M=1.45, SD=.60) dan op manische/psychotische klachten (M=1.41, SD=.55),  $t(719) = -2.33, p < .05$ .

Tabel 2

*Gemiddelden en standaarddeviaties voor gezondheidsklachten en werkzoekervaring.*

Variabele	N	Perc
Psychische klachten	58	7.9
Fysieke klachten	165	22.6
Psychische en fysieke klachten	98	13.4
Geen klachten	404	55.3
Goede ervaringen werk zoeken	210	28.7
Slechte ervaringen met werk zoeken	93	12.7
Goede en slechte ervaringen werk zoeken	331	45.3
Geen ervaringen met werk zoeken	90	12.3

Tabel 3

*Gemiddelden en standaarddeviaties voor angst-,depressieve, manische/psychotische klachten, proactief coping-gedrag, sociale steun en opleidingsniveau.*

Variabele	N	M	SD	Range
<i>Self-efficacy</i> m.b.t. werk zoeken	719	3.62	.71	1-5
Angstklachten	722	1.45	.60	1-4
Depressieve klachten	722	1.72	.70	1-4
Manische-/psychotische klachten	720	1.41	.55	1-4
Proactief coping-gedrag	727	3.66	.62	1-5
Sociale steun	720	2.68	.71	1-4
Herkomst (1=geboren in NI, 0= Anders)	730	.80	.40	0-1
Geslacht (1=man, 0=vrouw)	731	.64	.48	0-1
Opleidingsniveau (1=geen opleiding tot 7= Hbo/universiteit)	729	4.28	1.73	1-7

In Tabel 4 zijn de correlaties tussen alle variabelen uit het onderzoeksmodel te zien. Deze tabel laat zien dat er een significante negatieve relatie bestaat tussen ervaren psychische klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken ( $r=-.11$ ,  $p<.01$ ) en tussen ervaren psychische klachten in combinatie met fysieke klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken ( $r=-.18$ ,  $p<.01$ ). De tabel laat ook zien dat er een significante negatieve relatie is gevonden tussen angst, depressieve en manische/psychotische klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken ( $r=-.23$ ,  $p<.01$ ;  $r=-.29$ ,  $p<.01$ ;  $r=-.22$ ,  $p<.01$ ). Er is ook een significante positieve relatie gevonden tussen de moderatorvariabelen proactief coping-gedrag en sociale steun ( $r= .13$ ,  $p<.01$ ) en tussen deze moderatorvariabelen en *self-efficacy*

Tabel 4

*Correlaties voor alle variabelen in het onderzoeksmodel.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. <i>Self-efficacy</i> m.b.t. werk zoeken	---													
2. Psychische klachten	-.11**	---												
3. Fysieke klachten	-.01	-.16**	---											
4. Psy+fys klachten	-.18**	-.12**	-.22**	---										
5. Proactief coping-gedrag	.32**	-.01	.00	-.07	---									
6. Sociale steun	.25**	-.06	.06	-.19**	.13**	---								
7. Angstklachten	-.23**	.24**	-.05	.45**	-.15**	-.22**	---							
8. Depressieve klachten	-.29**	.24**	-.05	.40**	-.14**	-.34**	.68**	---						
9. Manische-/psychotische klachten	-.22**	.23**	-.04	.36**	-.07	-.27**	.66**	.67**	---					
10. Goede ervaringen werk zoeken	.28**	-.04	.00	-.08*	.12**	.05	-.11**	-.12**	-.13**	---				
11. Slechte ervaringen werk zoeken	-.21**	.07	.03	.07	-.09*	-.07	.10**	.15**	.17**	-.25**	---			
12. Goede en slechte ervaringen werk zoeken	-.03	-.03	-.01	.06	-.01	.01	.05	.07	.05	-.59**	-.35**	---		
13. Opleidingsniveau	.13**	.05	-.04	.06	.06	.09*	.07	.04	-.00	-.03	-.06	.15**	.05	-.07

\*p&lt;.05, \*\* p&lt;.01

met betrekking tot werk zoeken (respectievelijk  $r=.32$ ,  $p<.01$  en  $r=-.22$ ,  $p<.01$ ). Daarnaast hebben enkele controlevariabelen een significante positieve relatie met *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken, namelijk goede ervaringen met werk zoeken ( $r=.28$ ,  $p<.01$ ), slechte ervaringen met werk zoeken ( $r=-.21$ ,  $p<.01$ ) en opleidingsniveau ( $r=.13$ ,  $p<.01$ ).

### 3.3 Analyses psychische en/of fysieke klachten

Er is een lineaire regressieanalyse uitgevoerd om te toetsen of er een negatief verband bestaat tussen ervaren gezondheidsklachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken voor jongeren in de bijstand (hypothese 1a) en of proactief coping-gedrag en ervaren sociale steun afzonderlijk van elkaar een moderende werking hebben op deze negatieve relatie (hypothese 1b en 1c). Hiervoor is de variabele gezondheidsklachten omgezet naar 3 dummy variabelen, namelijk psychische klachten, fysieke klachten, een combinatie van psychische en fysieke klachten. Hierbij is 0= geen psychische, fysieke of combinatie van klachten en 1 = wel psychische, fysieke of combinatie van klachten. Om hypothese 1a te toetsen zijn in de analyse in de eerste stap de controlevariabelen en in stap twee de onafhankelijke variabelen toegevoegd. In de derde stap zijn de twee moderatorvariabelen en in de laatste stap zijn alle zes de interactievariabelen toegevoegd om hypothese 1b en 1c te toetsen. De correlaties in tabel 4 laten zien dat er geen multicollineariteit tussen de variabelen aanwezig was, omdat er geen correlaties boven de .80 waren. Uit de collineariteit statistieken bleek dit eveneens, omdat alle Variance inflation factor scores onder de 10 waren (range 1.00 tot 1.60) en de tolerantie scores zaten allemaal boven de .20 (range .63 tot 1.00) (Field, 2009).

#### 3.3.1 Relatie psychische en/of fysieke klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken

De resultaten in tabel 5 laten zien dat psychische, fysieke klachten en een combinatie van fysieke en psychische klachten, in combinatie met de controlevariabelen, 16 % van de variantie in *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken verklaren ( $R^2=.16$ ,  $F(7, 718)= 19.44$ ,  $p<.01$ ). Toevoeging van de gezondheidsklachten aan het model leidt tot 4% extra verklaarde variantie ( $\Delta R^2=.04$ ,  $F(3, 718)= 13.50$ ,  $p<.01$ ). Psychische klachten blijken significant negatief samen te hangen met *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken ( $\beta = -.12$ ,  $p<.01$ ) en er is een significante negatieve relatie tussen ervaren psychische klachten in combinatie met fysieke klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken gevonden ( $\beta = -.19$ ,  $p<.01$ ). Kijkend naar de Beta, blijkt dat ervaren van een combinatie van psychische klachten en fysieke klachten het belangrijkste is in dit model.

Tabel 5

*Regressietabel gezondheidsklachten, proactief coping-gedrag en sociale steun als moderatoren en controlevariabelen.*

	Self efficacy (N=719)											
	B <sup>1</sup>	SE B <sup>1</sup>	β <sup>1</sup>	B <sup>2</sup>	SE B <sup>2</sup>	β <sup>2</sup>	B <sup>3</sup>	SE B <sup>3</sup>	β <sup>3</sup>	B <sup>4</sup>	SE B <sup>4</sup>	β <sup>4</sup>
<i>Controle variabelen</i>												
Goede ervaringen werk zoeken	.52	.09	.33**	.50	.08	.32**	.44	.08	.28**	.44	.08	.28**
Slechte ervaringen werk zoeken	-.16	.10	-.08	-.12	.10	-.06	-.09	.09	-.04	-.08	.09	-.04
Goede en slechte ervaringen werk zoeken	.18	.08	.13*	.19	.08	.13*	.16	.08	.12*	.17	.08	.12*
Opleidingsniveau	.05	.02	.12**	.05	.01	.13**	.04	.01	.10**	.04	.01	.10**
<i>Onafhankelijke variabelen</i>												
Psychische klachten				-.32	.09	-.12**	-.28	.09	-.11**	-.26	.09	-.10**
Fysieke klachten				-.10	.06	-.06	-.10	.06	-.06	-.09	.06	-.06
Psychische + fysieke klachten				-.39	.07	-.19**	-.29	.07	-.14**	-.29	.08	-.14**
Proactief coping-gedrag							.29	.04	.25**	.23	.05	.20**
Sociale steun							.16	.03	.16**	.16	.05	.16**
<i>Interactietermen</i>												
Psychische klachten x Proactief coping-gedrag										-.02	.15	-.01
Psychische klachten x Sociale steun										.12	.11	-.04
Fysieke klachten x Proactief coping-gedrag										.17	.10	.07
Fysieke klachten x Sociale steun										-.09	.09	-.04
Psychische en fysieke klachten x Proactief coping-gedrag										.13	.11	.05
Psychische en fysieke klachten x Sociale steun										-.02	.10	-.01
R <sup>2</sup>	.12			.16			.25			.26		
ΔR <sup>2</sup>	.12**			.04**			.09**			.01		

Noot. \*p<.05, \*\*p<.01, <sup>1</sup> = model 1, <sup>2</sup> = model 2, <sup>3</sup>=model 3, <sup>4</sup> = model 4

Op basis van deze resultaten wordt hypothese 1a gedeeltelijk bevestigd, omdat er een hoofdeffect van psychische klachten en een combinatie van psychische en fysieke klachten is gevonden. Het ervaren van psychische klachten en het ervaren van een combinatie van psychische en fysieke klachten heeft een negatief verband met de mate van *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken van jongeren in de bijstand.

### 3.3.2 Moderator analyse psychische en/of fysieke klachten

De verwachting was dat proactief coping-gedrag en ervaren sociale steun afzonderlijk van elkaar een moderende werking zouden hebben op de negatieve relatie tussen de verschillende soorten gezondheidsklachten (fysiek, psychisch of combinatie van beiden) en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken (hypothese 1b en 1c). Dit is getoetst door de zes interactietermen tegelijkertijd in de vierde stap in het regressiemodel op te nemen. Een interactieterm is het product van de onafhankelijke variabele en de moderatorvariabele. De moderatorvariabelen zijn hierbij gecentreerd, door het gemiddelde van de variabele af te trekken. Dit is gedaan om multicollineariteit tussen variabelen te voorkomen (Field, 2009).

De resultaten in Tabel 5 laten zien dat toevoeging van de zes interactietermen in geen enkel geval leidt tot een significante toename van de verklaarde variantie. Proactief coping-gedrag en sociale steun zijn dus geen moderatoren in de relatie tussen gezondheidsklachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken, onafhankelijk van de soort klachten.

Er zijn wel hoofdeffecten van proactief coping-gedrag en sociale steun gevonden ( $\beta = .25$ ,  $p < .01$  en  $\beta = .16$ ,  $p < .01$ ). Proactief coping-gedrag en sociale steun hangen afzonderlijk van elkaar positief samen met *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken. Dit is onafhankelijk van soort gezondheidsklachten. De controlevariabelen laten, met uitzondering van slechte ervaring met werk zoeken, een significant positief verband zien met *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken.

Aan de hand van deze resultaten kan geconcludeerd worden dat hypothese 1b en 1c niet bevestigd worden. Voor jongeren in de bijstand hangt de negatieve relatie tussen ervaren gezondheidsklachten (psychische klachten of een combinatie van psychische en fysieke klachten) en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken niet af van hun hoeveelheid proactief coping-gedrag en ervaren sociale steun.

### 3.4 Analyses angst-, depressieve en manische/psychotische klachten

Naast de verschillende gezondheidsklachten, is ook gekeken naar de relatie tussen verschillende soorten psychische klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken. Er is één lineaire regressieanalyse uitgevoerd om te toetsen of er een negatief verband bestaat tussen ervaren angst-, depressieve en manische/psychotische klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken voor jongeren in de bijstand (hypothese 2a). Door middel van deze analyse is ook getoetst of proactief coping-gedrag en ervaren sociale steun afzonderlijk van elkaar een moderende werking hebben op deze negatieve relatie (hypothese 2b en 2c). In de eerste stap zijn voor het toetsen van hypothese 2a de controlevariabelen en in stap twee de onafhankelijke variabelen in het model toegevoegd. Om hypothese 2b en 2c te toetsen zijn in de derde stap de moderator variabelen en in de vierde stap de zes interactietermen toegevoegd. De correlaties in tabel 4 laten zien dat de correlaties tussen angst, depressieve en manische-/psychotische klachten hoog zijn ( $r=.60$ ,  $p<.01$ ). Maar omdat deze en andere correlaties niet boven de .80 zijn, was er geen multicollineariteit tussen variabelen. Uit de collineariteit statistieken blijkt dit eveneens, omdat alle Variance inflation factor scores tussen onder de 10 waren (range 1.01 tot 1.15) en de tolerantie scores zaten allemaal boven de .20 (range .87 tot .99) (Field, 2009).

#### 3.4.1 Relatie angst, depressieve en manische-/psychotische klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken

De resultaten in Tabel 6 laten zien dat angst-, depressieve en manische/psychotische klachten, in combinatie met de controlevariabelen, 19% van de variantie in *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken verklaren ( $R^2=.19$ ,  $F(7, 718)= 23.84$ ,  $p<.01$ ). Angst, depressieve en manische/psychotische klachten voegen samen in dit model 9% toe aan de verklaarde variantie. Depressieve klachten zijn het belangrijkste in de modellen en er is alleen een significante positieve relatie gevonden is tussen depressieve klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken ( $\beta = .25$ ,  $p<.01$ ). Hypothese 2a kan gedeeltelijk bevestigd worden. Het ervaren van depressieve klachten heeft een negatieve invloed op de mate van *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken van jongeren in de bijstand.

#### 3.4.2 Moderator analyse angst, depressieve en manische/psychotische klachten

Om de hypothese te toetsen of de negatieve relatie tussen angst, depressieve en manische/psychotische klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken gemodereerd

Tabel 6

*Regressietabel psychische klachten (angst, depressie, manische/psychotische klachten), proactief coping-gedrag en sociale steun als moderatoren en controlevariabelen.*

	Self efficacy (N=719)											
	B <sup>1</sup>	SE B <sup>1</sup>	β <sup>1</sup>	B <sup>2</sup>	SE B <sup>2</sup>	β <sup>2</sup>	B <sup>3</sup>	SE B <sup>3</sup>	β <sup>3</sup>	B <sup>4</sup>	SE B <sup>4</sup>	β <sup>4</sup>
<i>Controle variabelen</i>												
Goede ervaringen werk zoeken	.52	.09	.33**	.52	.08	.34**	.47	.08	.30**	.47	.08	.30**
Slechte ervaringen werk zoeken	-.16	.10	-.08	-.05	.10	-.02	-.05	.09	-.02	-.02	.09	-.01
Goede en slechte ervaringen werk zoeken	.18	.08	.13*	.24	.08	.17**	.20	.08	.14**	.21	.08	.15**
Opleidingsniveau	.05	.02	.12**	.05	.01	.13**	.04	.01	.10**	.04	.01	.10**
<i>Onafhankelijke variabelen</i>												
Angstklachten				-.06	.06	-.05	-.02	.06	-.02	-.03	.06	-.02
Depressieve klachten				-.25	.05	-.25**	-.19	.05	-.19**	-.18	.05	-.18**
Manische/psychotische klachten				.02	.06	.01	-.00	.06	-.00	-.01	.06	-.01
Proactief coping-gedrag							.27	.04	.24**	.26	.04	.22**
Sociale steun							.12	.04	.12**	.12	.04	.12**
<i>Interactietermen</i>												
Angstklachten x Proactief coping-gedrag										-.01	.09	-.00
Angstklachten x Sociale steun										-.06	.08	-.04
Depressieve klachten x Proactief coping-gedrag										-.03	.07	-.02
Depressieve klachten x Sociale steun										.04	.07	.03
Manische/psychotische klachten x Proactief coping-gedrag										.23	.09	.13*
Manische/psychotische klachten x Sociale steun										-.01	.08	-.01
R <sup>2</sup>	.12			.19			.26			.27		
ΔR <sup>2</sup>	.12**			.07**			.07**			.01		

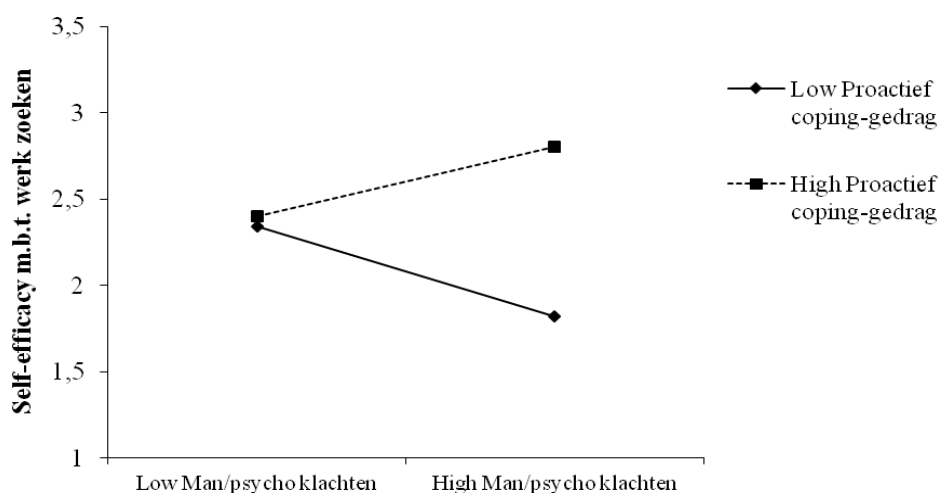
Noot. \*p<.05, \*\*p<.01, <sup>1</sup> = model 1, <sup>2</sup> = model 2, <sup>3</sup>=model 3, <sup>4</sup> = model 4



wordt door proactief coping-gedrag en ervaren sociale steun (hypothese 2b en 2c), zijn in de vierde stap van de regressieanalyse de zes interactietermen tegelijkertijd ingevoerd. De moderatorvariabelen zijn bij de analyse gecentreerd.

Tabel 6 laat zien dat toevoeging van twee moderatorvariabelen wel leidt tot een significante toename van de verklaarde variantie ( $\Delta R=.07$ ,  $F(2,709)=33.78$ ,  $p<.01$ ). Toevoeging van de zes interactietermen leidt niet tot een significante toename van de verklaarde variantie. De interactieterm manische-/psychotische klachten en proactief coping-gedrag is wel significant ( $\beta=.13$ ,  $p<.05$ ). De resultaten in Tabel 6 laten zien dat er alleen een moderatie-effect van proactief coping-gedrag is gevonden bij manische/psychotische klachten. Daarbij rekening houdend dat de relatie tussen manische/psychotische klachten en *self-efficacy* niet significant is. Sociale steun blijkt geen moderator in de relatie tussen angst, depressieve en manische/psychotische klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken. Daarnaast zijn er, naast het hier boven genoemde hoofdeffect van depressieve klachten, andere hoofdeffecten gevonden. De controlevariabelen opleidingsniveau, goede ervaring met werk zoeken en de combinatie van goede en slechte ervaringen met werk zoeken hangen positief samen met *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken.

Op basis van deze resultaten kan geconcludeerd worden dat hypothese 2b gedeeltelijk en hypothese 2c niet aangenomen kan worden. Zoals te zien in Figuur 2, is de negatieve relaties tussen ervaren manische/psychotische klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken, dus zwakker voor jongeren in de bijstand met veel proactief coping-gedrag dan voor jongeren met weinig proactief coping-gedrag.



Figuur 2. Proactief coping-gedrag als moderator in de negatieve relatie tussen manische/psychotische klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken.

## 4. Conclusie en discussie

Het doel van huidig onderzoek was om inzicht te krijgen in de relatie tussen gezondheidsklachten die jongeren in de bijstand ervaren en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken. Dit inzicht is van belang om specifieke interventies te ontwikkelen om de *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken voor jongeren met gezondheidsklachten in de bijstand te vergroten. De verwachting was dat de door jongeren ervaren gezondheidsklachten een negatieve relatie zouden hebben met *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken. Er werd eveneens verwacht dat proactief coping-gedrag en sociale steun deze negatieve relatie modereren. In deze discussie zullen eerst op basis van de resultaten conclusies worden getrokken over de hypothesen. Daarna worden de beperkingen van het huidige onderzoek, de aanbevelingen voor vervolgonderzoek en implicaties voor de praktijk besproken.

### 4.1. Bevindingen en conclusies

#### 4.1.1. Psychische, fysieke en combinatie van psychische en fysieke klachten.

De verwachting was dat ervaren psychische, fysieke of een combinatie van psychische en fysieke klachten door jongeren in de bijstand een negatieve relatie zouden hebben op de *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken. De resultaten ondersteunen voor een deel deze verwachting. Uit huidig onderzoek blijkt dat het ervaren van psychische klachten of een combinatie van psychische en fysieke klachten door jongeren in de bijstand, negatief samenhangt met *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken. Dit sluit aan op het onderzoek van Wiener et al. (1999), die vond dat werklozen met een slechtere psychologische gezondheid een lagere algemene *self-efficacy* hadden. En het sluit aan op het onderzoek van Huijs et al (2012), waaruit bleek dat verzuimende medewerkers met fysieke klachten een hogere mate van *self-efficacy* met betrekking tot terugkeer naar werk hebben dan verzuimende medewerkers met fysieke en psychische klachten of alleen psychische klachten. Dat het ervaren van fysieke klachten door jongeren in de bijstand niet samenhangt met *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken, zou verklaard kunnen worden door het feit dat iemand die fysieke klachten ervaart nog makkelijker werkzoekgedrag kan vertonen dan als iemand psychische klachten ervaart. Psychische klachten hebben vaak een direct effect op het zelfvertrouwen van mensen (Kaplan & Sadock, 2007). De combinatie van fysieke klachten met psychische klachten of het ervaren van alleen psychische klachten kan mogelijk het zelfvertrouwen van de jongeren wel sterk beperken en dit kan ook zichtbaar zijn op andere vlakken, zoals bij het zoeken naar werk.

Uit de lage verklaarde variantie (4%) blijkt ook dat er, naast gezondheidsklachten, andere factoren moeten zijn die *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken voorspellen. Deze factoren zijn in huidig onderzoek niet meegenomen.

Huidig onderzoek laat daarnaast zien dat bijna de helft van de jongeren in de bijstand psychische en/of fysieke klachten ervaart. Dit sluit aan op het onderzoek van Mathers en Schofield (1998), die negatieve effecten van verlies van werk op zowel de lichamelijke als de psychische gezondheid vonden. Het sluit eveneens aan op het onderzoek Paul & Moser (2009), die concludeerden uit hun meta-analyse dat werkloosheid na het verlaten van school leidt tot een significante afname in psychische gezondheid. Uit het huidige onderzoek blijkt dat van de jongeren die gezondheidsklachten ervaren, de meeste fysieke klachten of een combinatie van fysieke en psychische klachten ervaren. Mogelijk is dit verschil te verklaren door het feit dat het makkelijker is de fysieke gezondheid in te schatten dan de psychische gezondheid (Koning et al., 2008).

#### *4.1.2 Angst, depressieve en manische/psychotische klachten.*

Omdat er in onderzoeken vaker een relatie tussen psychische klachten en werkhervatting wordt gevonden dan een relatie tussen fysieke klachten en werkhervatting, is in huidig ook gekeken naar de relaties tussen angst, depressieve, manische/psychotische klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken (Koning et al., 2008). De verwachting in huidig onderzoek was, dat angst, depressieve en manische/psychotische klachten afzonderlijk van elkaar een negatieve relatie zouden hebben met *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken. De resultaten zijn niet volledig in lijn met deze verwachting, aangezien er in huidig onderzoek alleen een negatieve relatie tussen depressieve klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken is gevonden.

Uit de resultaten van huidig onderzoek kan geconcludeerd worden dat er meer jongeren in de bijstand depressieve klachten ervaren dan angst- of manische/psychotische klachten. Uit onderzoek blijkt ook dat van psychische klachten in relatie tot het verliezen van werk, depressieve klachten het vaakst gerapporteerd worden (Prijs et al., 1992). Uit de resultaten blijkt eveneens dat een jongere in de bijstand die depressieve klachten ervaart, minder *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken ervaart. Mogelijk wordt dit veroorzaakt door vermindering van interesse, vermoeidheid, neerslachtigheid of gevoelens van waardeloosheid, die gekenmerkt worden als depressieve klachten (Kaplan & Sadock, 2007). Het ervaren van deze klachten kan leiden tot *self-fulfilling* prophecy, wat zich uit in de neiging hebben om negatieve voorspellingen te doen over zichzelf en mogelijk ook over het

vinden van een baan. En hij/zij zal dan alleen maar bewijzen zien dat deze voorspelling inderdaad klopt en hierdoor kan de *self-efficacy* dalen (Merton, 1948).

Naast angst-, depressieve en manische-/psychotische klachten blijken er, gezien het lage percentage verklaarde variantie (9%), nog andere factoren de mate van *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken te voorspellen. Deze factoren zijn in huidig onderzoek niet meegenomen. Het is hiernaast belangrijk om te noemen dat de scores op de variabelen angst, depressieve en manische/psychotische klachten niet normaal verdeeld waren. Dit komt waarschijnlijk omdat in huidig onderzoek angst en depressie bij een gezonde populatie gemeten is met de DASS-21 (De Beurs et al. 2001). Dit sluit aan op onderzoek van De Beurs et al. (2001), die vonden eveneens bij een groep niet klinische respondenten dat de frequentieverdeling van de antwoorden op de DASS-21 niet normaal verdeeld was. De antwoorden van een groep klinische respondenten bleken wel een normale frequentieverdeling hebben.

#### *4.1.3 Moderatoreffecten sociale steun en proactief coping-gedrag*

Om interventies te kunnen ontwikkelen die de *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken voor jongeren met gezondheidsklachten in de bijstand te vergroten, is het van belang te kijken welke factoren de negatieve relatie tussen gezondheidsklachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken modereren.

In huidig onderzoek is alleen een moderatie-effect gevonden van proactief coping-gedrag op de negatieve relatie tussen manische/psychotische klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken. Dit is in tegenstelling tot de verwachting dat de negatieve relatie tussen ervaren gezondheidsklachten (psychische en/of fysieke klachten, angst-, depressieve of manische/psychotische klachten) en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken, gemodereerd zou worden door sociale steun én proactief coping-gedrag. De negatieve relatie tussen manische/psychotische klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken blijkt dus zwakker voor jongeren in de bijstand met veel proactief coping-gedrag dan voor jongeren met weinig proactief coping-gedrag. Dit sluit aan op de literatuur, waarin naar voren komt dat psychotische patiënten door hun cognitieve beperking, beperkte sociale vaardigheden en hun geringe zelfwaardering, zichzelf minder in staat achten om moeilijke situaties op te lossen (Jaspers, Asma & Bosch van den 1989). Om de *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken van jongeren in de bijstand met manische-/psychotische klachten te vergroten, is het dus van groot belang dat het proactief coping-gedrag van deze jongeren vergroot wordt.

Dat er geen moderatie-effect is gevonden van proactief coping-gedrag op de relatie

tussen angst-, depressieve klachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken, kan komen door de sterke onderlinge samenhang tussen angst-, depressieve en manische-/psychotische klachten ( $r > .60$ ). Daarnaast is alleen proactief coping-gedrag gemeten, terwijl uit onderzoek blijkt dat in verschillende situaties verschillende soorten coping strategieën alleen of tegelijk gebruikt kunnen worden (Gaillard, 2003; Folkman et al., 1986). Dat sociale steun geen moderator was, wilt zeggen dat de hoeveelheid sociale steun die jongeren ervaren geen bufferende rol heeft in de relatie tussen gezondheidsklachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken. De verklaring hiervoor kan zijn dat in huidig onderzoek emotionele steun in het algemeen is gemeten en niet sociale steun op het gebied van werk zoeken. En mogelijk hebben jongeren in de bijstand met gezondheidsklachten meer behoefte aan instrumentele sociale steun bij het zoeken naar werk (Sherbourne & Stewart, 1991, House, 1981). Er kan dan bijvoorbeeld gedacht worden aan het hulp krijgen van vrienden bij het zoeken naar vacatures. Tot slot blijkt dat hoe meer angst- en depressieve klachten jongeren in de bijstand ervaren, hoe minder proactief coping-gedrag ze vertonen. Dit is in lijn met het onderzoek van Penley et al. (2002), die vonden dat proactieve coping positief gerelateerd is aan gezondheid.

#### *4.1.4. Overige opvallende resultaten*

Uit de resultaten van huidig onderzoek blijkt dat er veel variabelen samenhangen met *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken. Zo blijkt, vanzelfsprekend, dat als een jongere goede ervaring met werk zoeken in het verleden heeft, ook in het heden meer *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken in het werk zoeken heeft. Voor slechte ervaringen met werk zoeken geldt het tegenovergestelde. En hoe hoger de opleiding van een jongere in de bijstand, hoe hoger het *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken in het werk zoeken en hoe meer sociale steun ze ervaren. Als een jongere in de bijstand meer proactief coping-gedrag vertoont of meer sociale steun ervaart, zal de jongere ook meer *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken hebben in het zoeken naar werk. Het vertonen van meer proactief coping-gedrag kan dan leiden tot snellere terugkeer naar werk, zoals gevonden in het onderzoek van Huijs et al. (2012). En de relatie tussen sociale steun en proactief coping-gedrag blijkt positief te zijn.

Tot slot blijkt dat als een jongere angst-, depressieve of manische-/psychotische klachten ervaren, ze eerder slechte ervaringen dan goede ervaringen met werk zoeken hebben. Daarnaast blijkt een hoger opgeleide jongere in de bijstand eerder goede en slechte ervaringen te hebben met werk zoeken dan een lager opgeleide jongere in de bijstand.

## 4.2 Kanttekeningen bij huidig onderzoek

Huidig onderzoek is vooralsnog het enige onderzoek dat zich heeft gericht op jongeren in de bijstand en hun *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken. Dit is een sterk punt van huidig onderzoek, maar dit onderzoek kent ook zijn beperkingen.

Selectie van de jongeren voor huidig onderzoek heeft plaatsgevonden buiten de onderzoekers om, waardoor het niet precies duidelijk is op welke manier en bij welke jongeren de Dariuz vragenlijst werd ingezet binnen de re-integratie en SW bedrijven. De externe validiteit van het onderzoek kan hierdoor beperkt zijn. Voor toekomstig gebruik van de data van deze vragenlijsten, is het aan te raden om werkwijze bij de betreffende bedrijven in kaart te brengen. Daarnaast is dit onderzoek cross-sectioneel, waardoor causale effecten moeilijk vastgesteld konden worden. Longitudinaal onderzoek is hiervoor aan te bevelen.

De manier van het meten van gezondheidsklachten is ook een belangrijke kanttekening bij huidig onderzoek. Gezondheidsklachten zijn gemeten op basis van zelfrapportage (subjectieve meting). Zoals blijkt uit de literatuurstudie van Koning et al. (2008) is het nadeel van meting van de gezondheid op basis van zelfrapportage, dat werklozen hun gezondheid slechter kunnen beoordelen dan deze daadwerkelijk is. Dit zouden ze kunnen doen om te kunnen rechtvaardigen dat ze geen werk hebben of om hun uitkering te kunnen behouden. Lichamelijke en psychische klachten kunnen misschien beter op verschillende manier gemeten worden, omdat volgens Koning et al (2008) mensen beter in staat zijn om hun fysieke gezondheid in te schatten dan hun psychische gezondheid. Het is aan te bevelen om bij toekomstig onderzoek als objectieve meting ook een oordeel van een medisch specialist mee te nemen, omdat zelfrapportage van klachten af kan wijken van die van een medisch specialist. Ervaren psychische, fysieke en een combinatie van psychische en fysieke klachten, kan beter in plaats van op categorisch meetniveau op continue meetniveau gemeten worden door middel van antwoordmogelijkheid op een Likert-schaal. Door gebruik te maken van een Likert-schaal is het mogelijk een beter beeld te krijgen van de mate van klachten die werkloze jongeren ervaren en zal meer spreiding zichtbaar zijn.

Tot slot zou het construct *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken beter gemeten kunnen worden. Nu heeft de vraag betrekking op *self-efficacy* met betrekking tot werk én bezigheden zoeken. Mogelijk zouden participanten een andere score laten zien op *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken dan op *self-efficacy* met betrekking tot bezigheden zoeken. Voor toekomstig onderzoek kan dit beter in twee vragen gemeten worden.

### **4.3. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek**

Door het meenemen van werkzoekgedrag en werkzoekintentie in toekomstig onderzoek kan onderzocht worden of de negatieve relatie tussen *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken en gezondheidsklachten, zoals blijkt uit vele onderzoeken, een negatief effect heeft op de werkzoekintentie en het uiteindelijke werkzoekgedrag van jongeren in de bijstand. Het zou hiernaast interessant zijn om gegevens over de werkstatus van de jongeren te verzamelen, waardoor ook gekeken kan worden naar de relatie tussen gezondheidsklachten, *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken en de uiteindelijke werkstatus van jongeren. De verwachting hierbij zou kunnen zijn dat jongeren die psychische klachten of een combinatie van psychische en fysieke klachten ervaren, door hun lagere *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken ook minder snel regulier aan het werk zijn.

Sociale steun bleek in huidig onderzoek geen moderator tussen gezondheidsklachten en *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken. Mogelijk zal het actief zoeken naar sociale steun of instrumentele sociale steun, in plaats van de ervaren emotionele steun, wel een moderator zijn in deze relatie. Het actief zoeken naar sociale steun kan volgens McKee-Ryan et al. (2005) namelijk bijdragen aan het reduceren van stress tijdens werkloosheid. Voor toekomstig onderzoek is het aan te raden de verschillende soorten coping strategieën mee te nemen, omdat in verschillende situaties, verschillende soorten coping strategieën alleen of tegelijk gebruikt kunnen worden (Gaillard, 2003; Folkman et al., 1986). Naast coping en sociale steun zouden ook andere factoren meegenomen kunnen worden, zoals financiële middelen en persoonlijkheid. Deze kunnen invloed hebben op de gezondheid en de mate van *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken (McKee-Ryan, 2005; Kanfer et al. 2001). Deze factoren zijn echter moeilijker door middel van interventies te beïnvloeden dan coping-gedrag en sociale steun.

Een andere aanbeveling voor vervolgonderzoek is om soort gezondheidsklachten, de reden van werkloosheid, de duur van werkloosheid en de duur van ervaren gezondheidsklachten mee te nemen. Dit zou een goed beeld kunnen geven over de relatie tussen gezondheidsklachten en werkloosheid.

### **4.4 Praktische implicaties**

Uit huidig onderzoek blijkt dat het ervaren van psychische klachten (algemene psychische klachten, angst-, depressieve, manische-/psychotische klachten) of een combinatie van psychische en fysieke klachten, kan leiden tot minder *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken. *Self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken is een belangrijke voorspeller voor

werkzoekgedrag en werkzoekgedrag blijkt één van de belangrijkste voorspellers voor het vinden van werk (Kanfer et al., 2001). Het is daarom van belang om de *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken van jongeren in de bijstand die gezondheidsklachten ervaren te vergroten. De algemene *self-efficacy* van jongeren met gezondheidsklachten kan vergroot worden door middel van het interventieprogramma Jobs (Vinokur, Van Ryn, Gramlich & Price, 1991). Dit is een kortdurend intensief programma gericht op het helpen van langdurig werklozen, door ze te activeren en motiveren om werk te vinden en om ze te helpen om uit hun neerwaartse spiraal van toenemende gezondheidsproblemen te komen. Het programma richt zich vooral op het versterken van de *self-efficacy* en het probleemoplossend vermogen. Dit programma zou eveneens kunnen helpen om het proactief coping-gedrag van mensen met manische-/psychotische klachten te vergroten. De effectiviteit van dit interventieprogramma is in meerdere onderzoeken aangetoond (Brenninkmeijer, Van Houwelingen, Blonk & Van Yperen, 2011; Brenninkmeijer & Blonk, 2011).

Naast het JOBS programma, blijkt de ‘Individual placement and support’ (IPS; Becker & Drake, 2003) methodiek een effectieve interventie voor werkhervatting voor werklozen met ernstige tot zeer ernstige psychiatrische stoornissen, zoals stoornissen met manische-/psychotische klachten. De methodiek kent zes hoofdkenmerken: betaald werk vinden, snel zoeken naar een baan, de voorkeuren van cliënt worden centraal gesteld, lange termijn ondersteuning, doorlopende arbeidsmogelijkheden worden ingeschat en er wordt geïntegreerd met GGZ hulp. Belangrijk hierbij is de directe plaatsing op een werkplek en het ontvangen van nazorg van een multidisciplinair team. In de wetenschappelijke literatuur is de effectiviteit van deze methodiek aangetoond voor het verkrijgen én behouden van betaald werk van werklozen met mentale gezondheidsproblemen en er is bewijs voor positieve effecten op psychische gezondheid en hieraan gerelateerde medische consumptie (Schuring et al., 2011; Schene, Van Weeghel, Van der Klink & Van Dijk, 2005).

#### **4.5. Conclusie**

De mate van *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken van jongeren in de bijstand blijkt voor een deel verklaard te kunnen worden door gezondheidsklachten. Vooral het ervaren van psychische klachten (algemene psychische, depressieve) of een combinatie van psychische en fysieke klachten, heeft invloed op de mate van *self-efficacy* met betrekking tot werk zoeken van jongeren in de bijstand. Een gevolg hiervan kan zijn dat jongeren in de bijstand met deze gezondheidsklachten minder werkzoekgedrag vertonen en dat werkhervatting langer duurt. Voor deze jongeren is het van belang om door middel van interventies hun *self-efficacy* met



betrekking tot werk zoeken te vergroten. Voor jongeren in de bijstand die manische-  
/psychotische klachten ervaren, lijkt het daarnaast van belang om interventies meer te richten  
op het vergroten van hun proactief coping-gedrag, teneinde hun *self-efficacy* met betrekking  
tot werk zoeken te vergroten.

## 5. Referentielijst

- Abby, A., & Abramis, D.J. (1985). Effect of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic and applied social psychology*, 6, 111-129.
- Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37, 122-147.
- Becker, D.R., & Drake, R.E. (2003). *A working life for people with severe mental illness*. New York: Oxford University Press
- Bloem, M., & Weidum, J. (2012). WW en bijstand tijdens crisis en herstel. *Sociaal bestek*, 2, 12-14.
- Bokdam J., De Visser, S, Bouma, S., & Engelen, M. (2010). *Probleemanalyse niet participatie jongeren*. Zoetermeer: Research voor Beleid.
- Brouwer, D., Schellekens, J.M.H., Bakker, R.H., Verheij, N.J., & Steegen, D. (2011). *Voorspellers van werkhervatting*. Groningen: Rijksuniversiteit.
- Centraal bureau voor de statistiek (2011). Persbericht Bijstand onder jongeren daalt. Geraadpleegd op 3 februari 2012, op [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
- Centraal bureau voor de statistiek (2012). Persbericht werkloosheid licht gestegen. Geraadpleegd op 26 april 2012, op [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
- De Beurs, E., Dyck van, R., Marqenie, L.A., Lange, A., & Blonk, R.W.B. (2001) De DASS: een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Gedragstherapie*, 34, 35-53.
- Ellis, R.A., & Taylor, M.S. (1983). Role of self-esteem within the job search process. *Journal of applied psychology*, 68, 632-640.
- Folkman, S. Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & R.J. Gruen (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50, 992-1003.
- Gaillard, A. (2003). *Stress, productiviteit en gezondheid*. Den Haag: SDU uitgevers.
- Haber, M.G., Cohen, E.J.L, Lucas, T., & Baltes, B.B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39, 133-144.
- House, J.S. (1981). *Work stress ans social support*. Boston: Addison Wesley.

- Huijs, J., Bennenbroek, F., Van Genabeek, J., & Giesen, F. (2009). Participatie: Iedereen doet mee! *Sociaal bestek*, 2, 17-22.
- Huijs, J.J.M, Koppes, L.J., Taris, T.W., & Blonk, R.W.B. (2012). Differences in predictors of return to work among long-term sick-listed employees with different self-reported reasons for sick leave. *Journal of Occupational Rehabilitation*. doi:10.1007/s10926-011-9351-z.
- International Labour Office (2004). *Global employment trends for youth*. Geraadpleegd op 3 februari 2012, op [www.ilo.org/trend](http://www.ilo.org/trend).
- Jaspers, J.P.C., Asma, M.J.O., & Bosch van den, R.J. (1989). Coping en psychopathologie: een overzicht van theorie en onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 31, 587-599.
- Jahoda, M. (1979). The impacts of unemployment in the 1930s and 1970s. *Bulletin of the British Psychological Society*, 32, 309–314.
- Kahn, R.L. (1981). *Work and health*. New York: Wiley.
- Kanfer, R., Wanberg, C., & Kantrowitz, M. (2001). Job search and employment: A personality-motivational analysis and meta-analytic review. *Journal of Applied Psychology*, 86, 837-855.
- Kaplan, B.J., & Sadock, V.A. (2007). *Synopsis of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Koning, J., Collewet, M., & Gravesteyn-Ligthelm, J. (2008). *Participatie en gezondheid*. Rotterdam: SEOR Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Mathers, C. D., & Schofield, D. (1998). The health consequences of unemployment: The evidence. *Medical Journal of Australia*, 168, 178–182.
- McKee-Ryan, F.M., Song, Z., Wanberg, C.R., & Kinicki, A.J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, 53-76.
- Merton, R.K. (1948). The Self-Fulfilling Prophecy. *The Antioch Review*, 8, 193-210.
- Paul, K.I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health : meta-analyses. *Journal of Vocational behavior*, 74, 264-282.
- Peeters, M.C.W. (1994). *Supportive interactions and stressful events at work: An event-recording approach*. Nijmegen: Universiteit van Nijmegen.
- Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 551–603.

- Pleijers, A. (2012). Een op de tien niet-onderwijsvolgende jongeren wil een baan. Geraadpleegd op 3 maart 2012, op [www.jeugdmonitor.cbs.nl](http://www.jeugdmonitor.cbs.nl).
- Price, R.H., Ryn van, M., & Vinokur, A.D. (1992). Impact of a preventive job search intervention on the likelihood of depression among the unemployed. *Journal of health and social behavior*, 33, 158-167.
- Scanlan, J., & Beltran, R. (2007). Work in unemployment- occupied or preoccupied? A review. *Work*, 28, 325-334.
- Schaufeli, W., & Bakker, A. (2007). *Psychologie van arbeid en gezondheid*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schene, A., Van Weeghel, J., Van der Klink, J., & Van Dijk, F. (2005). Psychische aandoeningen en arbeid: een vergelijking van interventies. *Psychopraxis*, 07, 91-96.
- Schreurs, P.J.G., Van De Willige, G., Brosschot, J.F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst: UCL*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Schuring, M., Reijenga, F.A., Carlier, B., & Budorf, A. (2011). *Gezondheidsbeleving van werklozen? Wat is bekend en wat zijn witte vlekken?* Rotterdam: Afdeling maatschappelijke gezondheidszorg Erasmus MC.
- Sherbourne, C.D., & Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. *Journal of social science medicine*, 32, 705-714.
- Taris, T.W. (2002). 'Unemployment and mental health: A longitudinal perspective'. *International Journal of Stress Management*, 9, 43-57.
- Trimbos instituut (2010). Psychische gezondheid. Geraadpleegd op 9 mei 2012, op [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl).
- Van Hooft, E., & Ottervanger, M. (2007). *Verklarende factoren van werkzoekgedrag en werkhervatting*. Rotterdam: Instituut voor psychologie, Erasmus Universiteit.
- Van Ryn, M., & Vinokur, A.D. (1992). How did it work? An examination of the mechanisms through which an intervention for the unemployed promoted job-search behavior. *American journal of community psychology*, 20, 577-597.
- Vinokur, A.D., Van Ryn, M., Gramlich, E.M., & Price, R.H. (1991). Long-term follow-up and benefit-cost analysis of the Jobs program: A preventive intervention for the unemployed. *Journal of applied psychology*, 2, 213-219.
- Warr, P. (1987). *Work, Unemployment, and Mental Health*. Oxford: Clarendon Press.
- Wiener, K.K.K., Oei, T.P.S., & Creed, P.A. (1999). Predicting job searching frequency and psychological well-being in the unemployed. *Journal of employment counseling*, 36, 67-81.

## 6. Bijlage A Vragenlijst

Hieronder volgen de onderdelen uit de Dariuz diagnose vragenlijst versie 2, die voor huidig onderzoek zijn gebruikt.



# Vragenlijst voor mensen die werk zoeken #2



Versie 1.6.0

*Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze vragenlijst mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Dariuz.*

© 2010 Dariuz®

## UITLEG VRAGENLIJST

## Inleiding

In de volgende vragenlijst staan vragen die te maken hebben met werk en werk zoeken. Er staan bijvoorbeeld vragen in over uw werkervaring. Vragen over werk waar u goed in bent. En vragen over kansen of problemen bij het zoeken naar werk. U wordt ook gevraagd naar uw gezondheid en uw omgeving. En naar uw achtergrond en uw hobby's. Door uw antwoorden komt uw consulent meer over u te weten. Dat helpt bij het zoeken naar werk dat bij u past.

## Gesprek

Na het invullen van deze vragenlijst volgt een gesprek met uw consulent. In dit gesprek bespreekt u met uw consulent uw antwoorden en uw meningen en gaat u samen een plan voor de toekomst maken.

## Belangrijk bij het invullen van de vragenlijst

- Sommige vragen kunnen moeilijk of persoonlijk zijn. Probeer zo eerlijk mogelijk antwoord te geven. Alleen dan kan uw consulent u het beste helpen.
- In deze vragenlijst gaat het om uw mening. Uw antwoorden zijn daarom nooit goed of fout.

## Hoe vult u de vragenlijst in?

Bij veel vragen wordt gevraagd om uw mening over een bepaalde uitspraak.

Stap 1 Lees de uitspraak goed.

Stap 2 Bedenk wat u van de uitspraak vindt. Denk niet te lang na, vertrouw op uw eerste gevoel.

Stap 3 Lees bij de vragen alle antwoorden door, voordat u een antwoord kiest. Kruis het antwoord aan dat het beste past bij uw mening. Dit kunt u doen door het hokje aan te kruisen dat voor of onder dat antwoord staat.

## Voorbeeld

In het onderstaande voorbeeld staat de vraag: Hoe tevreden bent u over uw huis?

U kunt kiezen uit de volgende 4 antwoorden:

Erg tevreden	U bent erg tevreden over uw huis.
Tevreden	U bent tevreden over uw huis.
Ontevreden	U bent ontevreden over uw huis.
Erg ontevreden	U bent erg ontevreden over uw huis.

	Erg tevreden	Tevreden	Ontevreden	Erg ontevreden
Hoe tevreden bent u over uw huis?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In dit voorbeeld is het antwoord Tevreden gekozen.

## Onderzoek

TNO helpt bij het verwerken van de ingevulde vragenlijst. TNO is een organisatie die onderzoek doet op het gebied van werken. TNO gebruikt uw antwoorden graag om deze vragenlijst te verbeteren en onderzoek te doen. We willen uw toestemming vragen om uw gegevens te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek.

Belangrijk om te weten:

- Uw gegevens worden alleen voor wetenschappelijk onderzoek gebruikt.
- Uw gegevens blijven altijd anoniem en worden zonder naam verwerkt. Dit betekent dat niemand, behalve de onderzoekers van TNO, uw gegevens kunnen inzien.
- Uw deelname aan het onderzoek is vrijwillig: als u niet meedoet aan het onderzoek, dan heeft dit geen gevolgen voor uw uitkering en/of begeleiding.
- U kunt op ieder moment, zonder reden, uw toestemming intrekken.

**Geeft u toestemming hiervoor?**

- Ja, ik geef toestemming
- Nee, ik geef geen toestemming

**Vragen?**

Heeft u tijdens het invullen nog vragen? Stel deze vragen dan aan uw consulent. Heeft u af en toe een pauze nodig? Geef dit dan aan.

## PERSOONLIJKE GEGEVENS

5. In welk land bent u geboren?

- In Nederland **GA DOOR NAAR VRAAG 6**  
 Ergens anders, namelijk .....

6. Waar zijn uw ouders geboren?

U kunt meer dan 1 antwoord aankruisen.

- Allebei mijn ouders zijn in Nederland geboren  
 Mijn vader is ergens anders geboren, namelijk in .....  
 Mijn moeder is ergens anders geboren, namelijk in .....

## KWALITEITEN EN ERVARINGEN

*De volgende vragen gaan over opleidingen en cursussen die u heeft gevolgd. Bijvoorbeeld de middelbare school, een hobbycursus of een cursus solliciteren. Opleidingen die u buiten Nederland heeft gevolgd, tellen ook mee.*

1. Wat is de hoogste school/opleiding die u heeft afgemaakt?

*U kunt maar 1 antwoord aankruisen. Kies het antwoord dat het beste bij u past.*

- Ik heb geen school afgemaakt
- Basisschool
- Speciaal basisonderwijs (SBO)
- Voortgezet speciaal onderwijs (VSO) , namelijk .....
- Lbo/vmbo/mavo/mbo 1, namelijk .....
- Havo/mbo 2, 3 of 4/vwo, namelijk .....
- Hbo/universiteit, namelijk .....

## UW PERSOONLIJKHEID

Deze uitspraken gaan over u als persoon.

*Kruis bij elke uitspraak aan wat u van de uitspraak vindt: Helemaal mee oneens – Mee oneens – Niet mee oneens, niet mee eens – Mee eens – Helemaal mee eens.*

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet mee oneens, niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
Ik bekijk een probleem op verschillende manieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik bedenk verschillende oplossingen voor een probleem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik voer een oplossing voor een probleem direct uit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## WERK EN BEZIGHEDEN ZOEKEN

1. Heeft u ervaring met het zoeken naar werk / bezigheden?

*U kunt meer dan 1 antwoord aankruisen.*

- Ja, daar heb ik goede ervaringen mee
- Ja, daar heb ik slechte ervaringen mee
- Nee **GA DOOR NAAR VRAAG 3**

7. Heeft u vertrouwen in uzelf bij het zoeken naar werk of bezigheden? Daarover gaan de volgende uitspraken. *Kruis het antwoord aan dat het beste past bij uw mening: Helemaal mee oneens*

*– Mee oneens – Niet mee oneens, niet mee eens – Mee eens – Helemaal mee eens.*

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet mee oneens, mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
Ik heb er vertrouwen in dat ik werk / bezigheden kan vinden die bij mij passen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb er vertrouwen in dat ik goed ben in het zoeken naar werk / bezigheden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb er vertrouwen in dat ik mensen durf aan te spreken om werk / bezigheden te vinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## GEZONDHEID

2. Heeft u de laatste 4 weken klachten over uw gezondheid gehad?

*U kunt meer dan 1 antwoord aankruisen.*

- Ja, lichamelijke klachten, namelijk.....
- Ja, psychische klachten, namelijk.....
- Nee **GA VERDER NAAR VRAAG 4**

5. De volgende uitspraken gaan over hoe u zich de afgelopen 4 weken voelde.

*Geef bij elke uitspraak aan hoe vaak u zich zo voelde: Bijna nooit – Soms – Vaak – Heel vaak.*

*Het kan zijn dat geen van de antwoorden precies klopt. Kies dan het antwoord dat het beste klopt.*

	Bijna nooit	Soms	Vaak	Heel vaak
Ik had bevende of trillende handen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik had het gevoel dat ik niets heb om me op te verheugen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik maakte me zorgen over situaties waarin ik in paniek kan raken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik voelde me somber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik was bang dat ik in paniek kon raken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik werd nergens enthousiast van.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik was angstig zonder reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik had het gevoel dat mijn leven geen zin heeft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik dacht wel eens aan dingen waar ik liever niet over praat. Omdat ik bang ben dat anderen dan denken dat ik vreemd of gek ben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik hoorde of zag wel eens dingen die andere mensen niet kunnen zien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik was wel eens 4 dagen zo prikkelbaar, dat ik mensen uitschold of sloeg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik was wel eens zo blij of onrustig, dat mensen zich zorgen om mij maakten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## UW OMGEVING

2. Krijgt u hulp van mensen die belangrijk voor u zijn? Bijvoorbeeld van uw partner, uw familie of uw vrienden. Daarover gaan de volgende vragen.

*Geef bij iedere uitspraak aan hoe vaak het voorkomt: Bijna nooit – Soms – Vaak – Heel vaak.*

	Bijna nooit	Soms	Vaak	Heel vaak
Hoe vaak luistert iemand naar uw verhaal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak laat iemand u merken dat hij of zij om u geeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak begrijpt iemand hoe u zich voelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Dit is het einde van de vragenlijst  
Wilt u controleren of u alle vragen hebt beantwoord?**

Uw consulent maakt een afspraak voor een gesprek. In dit gesprek bespreekt u met uw consulent uw antwoorden. Ook gaat u samen een plan voor de toekomst maken.

