

Participatie Gericht Interview (PGI)

EEN SEMI-GESTRUCTUREERD INTERVIEW GERICHT OP DE
INVENTARISATIE VAN PARTICIPATIEMOGELIJKHEDEN.

J Spanjer | Versie 5.9 | 2024

Colofon

Auteur

Jerry Spanjer, verzekeringsarts

Postadres

UWV Assen
Stationsweg 30-32
9401 KX Assen

Mailadres

jerry.spanjer@uwv.nl

Versie

PGI versie 5.9

Jaar

2024

Inhoud

Samenvatting.....	4
Inleiding	4
Inhoud en uitgangspunten	5
Introductie.....	10
Opleiding en vaardigheden	10
Werk.....	10
Beperkingen door ziekte of behandeling.....	11
Ervaren belemmeringen	12
Participatie	14
Belasting privésituatie.....	17
Visie cliënt.....	17
Motivatie	18
Sollicitatievaardigheden	18
Observatie	18
Afronding Interviewer	19
Interpretatie	19
Concrete vragen aan de cliënt	21
Veel gestelde vragen (FAQ's).....	23
Totstandkoming.....	29
Literatuur	30
Bijlage 1. Werkkaart PGI	31
Bijlage 2. Checklist ervaren belemmeringen (CLEB).....	37
Bijlage 3. Concrete vragen bij psychische belemmeringen	38

Participatie Gericht Interview

Een semigestructureerd interview gericht op de inventarisatie van participatiemogelijkheden

Samenvatting

Het 'Participatie Gericht Interview'(PGI) is een semigestructureerde interview om gegevens te verzamelen die relevant zijn voor een participatieadvies. De doelgroep betreft mensen met beperkingen ten gevolge van ziekte of gebrek. Doel is gegevens te verzamelen zodat niet alleen een advies geven kan worden over de mogelijkheden om te participeren, maar ook om factoren te traceren die participatie in arbeid of in de maatschappij in de weg staan. Er worden drie domeinen in kaart gebracht: de mogelijkheden van de cliënt, de al aanwezige belasting en de motivatie. Belangrijke kenmerken van deze methode zijn de structuur, het doorvragen naar concrete en gedetailleerde voorbeelden van belemmeringen en activiteiten en het uitstellen van een oordeel en advies tot het einde van het interview.

De PGI hoeft niet door een arts te worden verricht omdat er nadrukkelijk geen medische anamnese wordt afgenomen. Er vindt geen medische beoordeling van de beperkingen plaats, wel een inventarisatie van de door de cliënt ervaren belemmeringen. Op indicatie dient een arts te worden ingeschakeld bijvoorbeeld om te beoordelen of de ervaren belemmeringen in het functioneren passen bij het medische beeld.

Inleiding

Het 'Participatie Gericht Interview'(PGI) is een semigestructureerd interview om gegevens te verzamelen die relevant zijn bij het opstellen van een participatieadvies. Het betreft niet alleen arbeidsparticipatie, maar ook maatschappelijke participatie. Doel is gegevens te verzamelen zodat niet alleen een advies geven kan worden over de mogelijkheden om te participeren, maar ook om factoren te traceren die participatie in arbeid of in de maatschappij in de weg staan. Drie belangrijke onderdelen die in kaart worden gebracht zijn de mogelijkheden van de cliënt, de al aanwezige belasting en de motivatie. De doelgroep betreft mensen met beperkingen ten gevolge van ziekte of gebrek.

De mogelijkheden om te functioneren worden geïnventariseerd middels een drietal hoofdstukken van het 'Belastbaarheidgericht Beoordelingsgesprek' (BGB), een gespreksmethodiek voor verzekeringsartsen. [1] Deze hoofdstukken zijn 'Ervaren belemmeringen', 'Participatie' en 'Visie cliënt'. Daarnaast komen andere relevante zaken aan bod zoals opleiding, vaardigheden, werkervaring en sollicitatievaardigheden.

De belasting van de cliënt wordt geïnventariseerd door in kaart te brengen welke belasting in de privésituatie, in bestaand werk en andere bezigheden aanwezig is. Motivatie en visie van de cliënt omtrent zijn participatiemogelijkheden worden tevens gestructureerd uitgevraagd.

De PGI hoeft niet door een arts te worden verricht omdat er nadrukkelijk geen medische anamnese wordt afgenomen. Er vindt geen medische beoordeling van de beperkingen plaats, wel een inventarisatie van de door de cliënt ervaren belemmeringen. Op indicatie dient een arts te worden ingeschakeld bijvoorbeeld om te beoordelen of de ervaren belemmeringen in het functioneren passen bij het medische beeld.

Naast dit interview kunnen andere informatiebronnen van belang zijn zoals observatie van de cliënt en informatie van een werkgever of partner. Daarnaast kunnen diverse hulponderzoeken worden

verricht zoals onderzoek door een arts of psycholoog, het afnemen van vragenlijsten, een beroepskeuzetest of observatie bij een arbeidsonderzoekscentrum.

De PGI beschrijft welke gegevens verzameld dienen te worden en de manier waarop, niet welke afwegingen gemaakt dienen te worden voor het advies zelf. Als alle relevante gegevens zijn verzameld dient beoordeeld te worden of deze informatie voldoende is om een advies te geven over de participatie. Als er voldoende informatie aanwezig is, dan kan pas na een professionele weging van die informatie een participatieadvies gegeven worden.

Inhoud en uitgangspunten

In de 'International Classification of Functioning' (ICF) [2] worden drie domeinen beschreven namelijk stoornissen (op het niveau van lichamelijk en geestelijk functioneren), beperkingen (op niveau van gedragingen en activiteiten) en participatie (op niveau van sociale rolinvulling). Het eerste domein, de stoornissen, betreft de medische gegevens. Omdat de PGI niet-artsen als doelgroep heeft wordt dit domein niet uitgevraagd. De andere twee domeinen worden in de PGI nadrukkelijk en systematisch uitgevraagd bij de hoofdstukken 'Ervaren belemmeringen' en 'Participatie'.

- Ervaren belemmeringen: worden in kaart gebracht door gestructureerd te vragen naar concrete en gedetailleerde voorbeelden van ervaren belemmeringen.
- Participatie: wordt in kaart gebracht door te vragen naar de sociale situatie en wat de cliënt wel en niet meer onderneemt in ADL, administratieve regelzaken, huishouden, sport en hobby's, vervoer, zorgtaken, sociale contacten en werk. Daarnaast wordt een gedetailleerd dagverhaal van de cliënt afgenomen, een omschrijving van gebruikelijke activiteiten gedurende de dag, van opstaan tot slapen gaan.

Kenmerken

De drie belangrijkste kenmerken van de PGI zijn:

- Structuur: Structuur is een belangrijk kenmerk van de PGI. Dit gebeurt door in vaste volgorde onderwerpen uit te vragen, in de vorm van vaste hoofdstukken. Een volgend hoofdstuk komt pas aan bod als een eerder hoofdstuk volledig in kaart is gebracht. Om de structuur tijdens het interview te waarborgen kan een sjabloon gebruikt worden om gespreksaantekeningen te maken. Zie hiervoor de zogenaamde werkkaart in bijlage 1. Redenen om structuur aan te brengen in het interview zijn:
 - Minder zaken zullen worden overgeslagen of worden vergeten.
 - Consistentie tussen verschillende hoofdstukken kan beter getoetst worden. De aard en ernst van de ervaren belemmeringen dienen te passen bij de activiteiten die cliënt nog wel onderneemt. Als een cliënt bijvoorbeeld aangeeft weinig te kunnen tillen, dan dient dat later in het gesprek terug te komen bij bijvoorbeeld de huishouding of de verzorging van de kinderen.
 - Verschillende interviewers kunnen beter hun oordeel op dezelfde gegevens baseren met als gevolg minder variatie in de uitkomsten.

Op zich bestaat er geen bezwaar om de cliënt tevoren al enkele vragenlijsten te sturen zoals een vragenlijst betreffende werk, opleiding en vaardigheden. Dit kan het gesprek bekorten en geeft de cliënt de mogelijkheid dingen na te zoeken. Het lijkt wel verstandig dit beperkt te houden omdat het gevaar bestaat dat een consistent verhaal wordt gefabriceerd zonder dat dit op waarheid hoeft te berusten.

- Doorvragen, concretiseren en gedetailleerde voorbeelden: Een belangrijk onderdeel van de PGI is het doorvragen tot er sprake is van een concrete beschrijving. Bij uitdrukkingen als vaak, soms, lang, kort en regelmatig dient de interviewer door te vragen naar concrete beschrijvingen waarbij zaken als frequentie en duur in maat en getal worden aangegeven. Omdat de interviewer eigenlijk een soort allergie voor deze vage omschrijvingen dient te ontwikkelen worden dit ook wel 'allergiewoorden' genoemd. Naast doorvragen spelen concrete en gedetailleerde voorbeelden een belangrijke rol bij het in kaart brengen van de door de cliënt ervaren belemmeringen. Redenen om te concretiseren in de PGI zijn:
 - Er ontstaat een nauwkeurig beeld van de ervaren belemmeringen, eigen werk en nog ondernomen activiteiten.
 - Er zullen minder interpretatieverschillen tussen interviewer en cliënt voorkomen.
 - Door zoveel mogelijk te concretiseren en naar details te vragen is simuleren of dissimuleren moeilijker.
 - De consistentie tussen de hoofdstukken kan beter beoordeeld worden. [3]
 - De variatie in visie van de interviewers zal af nemen omdat tussen de interviewers minder interpretatieruimte zal bestaan. Bijvoorbeeld: 'regelmatig' hoofdpijn geeft meer interpretatieruimte dan 'een keer per maand' ongeveer 8 uur lang hoofdpijn.
- OMA thuislaten: In interviews spelen de normen en waarden van de interviewer zelf vaak een rol. Een belangrijk kenmerk van de PGI-methodiek is dat de interviewer tijdens de fase waar informatie wordt verzameld geen Oordeel, Mening en Advies (OMA) geeft. Redenen hiervoor zijn:
 - Informatieverzameling dient gescheiden te worden van interpretatie en het trekken van conclusies. Het geeft cliënt de kans om zijn hele verhaal aan een onbevooroordeeld interviewer te vertellen. Dit is een moeilijk onderdeel omdat we geprogrammeerd zijn om snel ons oordeel te vellen. Een professionele interviewer dient zijn oordeel echter uit te stellen tot aan het einde van het gesprek als alle gegevens zijn verzameld.
 - Als de interviewer al tijdens het gesprek raad of advies geeft kan dit voor de cliënt reden zijn om bepaalde zaken niet te vermelden (bijvoorbeeld als de interviewer zegt dat roken slechts is voor een astmapatiënt), klachten aandikken om te overtuigen, het kan de gespreksstructuur verstoren en het kan de informatie die de cliënt geeft kleuren. Uiteraard kan aan het einde van het interview, als alle informatie is verzameld, wel een oordeel, raad en advies gegeven worden.
 - Uitgangspunt is dat wat de cliënt zegt waar is. Ook weinig geloofwaardige zaken kunnen waar zijn. Als aan het einde van het interview inconsistenties worden gevonden of als het verhaal niet plausibel is, kan dit met de cliënt besproken worden. Als dit tijdens het gesprek gebeurt is het mogelijk dat de gespreksstructuur wordt verstoord en dat voortijdige foute conclusies worden getrokken.

Gesprekstechnische vaardigheden

Het is niet altijd gemakkelijk om te structuren en de regie in het gesprek vast te houden of door te vragen naar concrete voorbeelden. Soms wil een cliënt andere zaken vertellen dan de interviewer wil horen, is de cliënt breedspakig of spelen er veel emoties. Gesprekstechnische vaardigheden zijn van belang voor een goede uitvoering van een gespreksmethode, zoals ook bij de PGI. Voorbeelden van deze gesprekstechnische vaardigheden zijn: het stellen van open vragen, het stellen van enkelvoudige vragen, het gebruik van samenvattingen en het herkennen van weerstanden of emotie en die bespreken. In het taalgebruik dient ook aangesloten te worden bij het niveau van de cliënt.

Geen medische anamnese

Met de PGI methode wordt een inventarisatie gemaakt van ervaren belemmeringen, geen beoordeling of die belemmeringen passen bij het medische beeld. Voor het beoordelen van de belastbaarheid is de expertise van een (verzekerings)arts nodig omdat die de medische feiten mee kan wegen. Ook beoordelen of er nog behandelmogelijkheden zijn en een inschatting maken van de prognose dient door een verzekeringsarts te gebeuren.

Medische gegevens vallen echter onder het medisch geheim en kunnen alleen door een arts worden geïnterpreteerd. Onder medische gegevens worden de volgende zaken verstaan: ziektegeschiedenis, diagnoses, klachten, medicijnen en behandelingen.

Omdat de interviewer geen arts is, dient geen medische anamnese afgenomen worden. Dit wordt onder andere nadrukkelijk besproken in Rapport Gevers. [4] De interviewer dient daarom in de introductie in duidelijke termen aan te geven dat hij geen arts is en dat geen medische informatie verzameld mag worden. De cliënt kan zelf behoefte hebben om wel medische informatie te geven of kan zonder dat de interviewer er naar vraagt medische informatie geven. De interviewer kan dan uitleggen dat geen medische informatie verzameld mag worden, maar dat wel uitgebreid wordt ingegaan wordt op de gevolgen van de ziekte, dus welke belemmeringen de cliënt ervaart en wat het betekent voor het dagelijks leven en werk.

Ook de opdrachtgever dient duidelijk gemaakt te worden dat er geen sprake is van beoordeling door een arts.

Indicaties inschakelen verzekeringsarts

Omdat geen medische beoordeling plaatsvindt is het inschakelen van de verzekeringsarts soms noodzakelijk. Mogelijke indicaties hiervoor zijn:

- Cliënt en interviewer zijn het oneens over de beperkingen. Bijvoorbeeld als cliënt zich volledig arbeidsongeschikt acht en de interviewer wel concrete mogelijkheden ziet.
- Inconsistenties met consequenties: er zijn duidelijke inconsistenties in het verhaal van de cliënt waarbij de participatie geobstrueerd wordt.
- De opdrachtgever vraagt om een beoordeling van de belastbaarheid, prognose, oorzaak van de ziekte of juiste therapie.
- Cliënten met psychoses, suïcideneigingen of zonder ziekte inzicht.

Het inschakelen van de verzekeringsarts kan op een aantal manieren plaatsvinden afhankelijk van de vraag en het doel. Zo kan de interviewer overleggen met de verzekeringsarts, de verzekeringsarts kan telefonisch contact met de cliënt opnemen of kan de cliënt oproepen voor het spreekuur.

Hoofdstukken

De PGI bestaat uit tien hoofdstukken met elk een aantal onderdelen. Voor een zorgvuldige beoordeling dienen vaak alle hoofdstukken te worden uitgevraagd. De reden hiervoor is dat, als er hoofdstukken of onderdelen hiervan worden overgeslagen, de interviewer deze zelf kan gaan invullen. Er kan dan ‘confirmation bias’ of ‘tunnelvisie’ ontstaan, de neiging om informatie te zoeken of dusdanig te interpreteren zodat het aansluit bij een al gevormd oordeel en andere niet-aansluitende informatie juist te negeren. Door alle hoofdstukken uit te vragen vult men zelf minder in wat hij al denkt te weten en zullen eventuele vooroordelen het interview minder kunnen beïnvloeden.

Echter, in de praktijk zal het niet altijd nodig of praktisch zijn om alle hoofdstukken geheel uit te vragen. Het hangt daarbij af van wat de vraagstelling is en welke informatie al bekend is. Al bekende gegevens hoeven niet opnieuw uitgevraagd te worden, een check of deze gegevens juist zijn is voldoende. De PGI-methode kan daarbij als een gereedschapskist worden gezien: een hoofdstuk of

onderdeel wordt uitgevraagd naar behoefte. Ook kan het nodig zijn bepaalde hoofdstukken of onderdelen aan te passen of toe te voegen afhankelijk van de vraagstelling of de doelgroep. Ook kan het nodig zijn bepaalde hoofdstukken of onderdelen aan te passen of toe te voegen. Een voorbeeld daarvan is het vragen naar 'Stages en opleiding' bij het hoofdstuk 'Werk' bij een cliënt die (nog) niet heeft gewerkt en een Wajong-uitkering aanvraagt.

Hieronder volgt een beschrijving van de tien hoofdstukken van de PGI.

ParticipatieGericht Interview

Introductie

- Voorstellen en op gemak stellen
- Uitleg van doel van het gesprek en de procedure
- Samenvatten welke gegevens al bekend zijn

Opleiding en vaardigheden

- Opleidingsgegevens, oorzaak afgebroken opleidingen
- Vaardigheden (talenkennis, rijbewijs, computervaardigheden, typevaardigheid)

Werk

- Arbeidsverleden, oorzaak einde dienstverband
- Werkinhoud, zware onderdelen en sfeer op het laatste werk
- Werk momenteel
- Uitkering nu en in verleden
- Afspraken over werk

Beperkingen door ziekte of behandeling

- Beperkte beschikbaarheid t.g.v. behandeling?
- Beperkingen door medicatie (bv sufmakende medicatie)?
- Ziektes met wegrakingen?
- Adviezen over belasting of werk door behandelaars?

Ervaren belemmeringen

- Aard en ernst van de belemmeringen (concrete gedetailleerde voorbeelden)
- Checklist om niet spontaan genoemde belemmeringen op te sporen

Participatie

- Sociale omgeving (partner, kinderen, problemen?)
- Dagverhaal
- Algemeen (ADL, administratie, hobby's, sport, vervoer, huishouden, zorgtaken, sociale contacten)

Belasting privésituatie

- Taken in huishouden en opvoeding?
- Sociale verplichtingen?
- Speelruimte daarin?

Visie cliënt

- Welke onderdelen in het eigen werk lukken niet?
- Is aangepast lichter werk mogelijk (argumenten)?
- Toekomstvisie wat betreft participatie

Motivatie

- Wil cliënt werken?
- Wat wil cliënt wel en wat niet?
- Bereid tot opleiding?

Sollicitatievaardigheden

- Heeft cliënt een adequaat CV?
- Heeft cliënt al gesolliciteerd?
- Netwerk?

INTRODUCTIE

- Voorstellen
- Op gemak stellen
- Uitleg van doel van het gesprek en de procedure
- Samenvatten welke gegevens al bekend zijn.

Nadat de interviewer zich heeft voorgesteld en zo nodig de cliënt op zijn gemak heeft gesteld wordt uitgelegd wat het doel van het gesprek is. Omdat in de PGI-methode gestructureerd hoofdstuk voor hoofdstuk wordt besproken is het van belang dat de cliënt hiervan bij de introductie op de hoogte wordt gesteld. Voor het hele interview geldt dat hierbij wordt aangesloten bij de woordenschat en het niveau van de cliënt. Een belangrijk element is dat de interviewer aangeeft hij/zij geen arts is en dus ook geen medische anamnese af zal nemen, maar wel aandacht heeft voor de functionele gevolgen van de ziekte.

De interviewer geeft vervolgens een samenvatting van de al aanwezige gegevens. Dit is nuttig voor de cliënt om te weten in verband met een aantal redenen. Ten eerste kan de cliënt de gegevens die niet juist zijn corrigeren en weet de cliënt hierdoor welke informatie al voorhanden is en wat dus niet weer herhaald hoeft te worden. Ten tweede geeft de interviewer hiermee aan zich goed voorbereid te hebben door het dossier te hebben gelezen.

Door aan te kondigen dat het een gestructureerd gesprek is, kan je hier later in het gesprek op terugvallen, om de structuur te bewaren.

OPLEIDING EN VAARDIGHEDEN

- Opleidingsgegevens
- Oorzaak afgebroken opleidingen
- Vaardigheden

Alle door de cliënt gestarte opleidingen worden in kaart gebracht. Van elke opleiding wordt gevraagd of cliënt een diploma heeft gehaald. Is dat niet het geval dan wordt gevraagd wanneer en waarom de opleiding is afgebroken.

Daarnaast wordt in kaart gebracht welke vaardigheden cliënt heeft waaronder talenkennis, rijbewijs, computervaardigheden, typevaardigheid en ervaring met tekstverwerking. Voor de Wajong populatie kan bijvoorbeeld gedacht worden aan vaardigheden als rekenen en schrijven.

Het is efficiënt opleiding, vaardigheden en werk in kaart te brengen aan de hand van een CV of vooraf ingevulde vragenlijst. Voordeel is tevens dat de cliënt dan rustig thuis deze gegevens kan nazoeken.

WERK

- Arbeidsverleden
 - Functienaam, uren per week
 - Oorzaak einde dienstverband
- Laatste werk
 - Functienaam, arbeidspatroon
 - Functieomschrijving, taken
 - Duur dienstverband en oorzaak einde dienstverband
 - Zware onderdelen, sfeer
- Werk momenteel
 - Huidig betaald en onbetaald werk

- Uitkering nu en in verleden
- Afspraken over werk

Er wordt gevraagd naar het arbeidsverleden, het laatst verrichte werk en het werk op dit moment. Het is afhankelijk van de aard van de beoordeling op welke onderdelen de nadruk ligt. Zo zal een re-integratiebegeleider meer de nadruk leggen op de werkinhoud van het laatst verrichte werk en welke zware onderdelen dit werk bevatte. Een arbeidsdeskundige die een beoordeling in het kader van de wet bijstand doet zal meer de nadruk leggen op werkzaamheden in het verleden en waarom een eventueel dienstverband werd beëindigd. Een arbeidsdeskundige die een beoordeling doet in het kader van de Wajong zal veelal mensen zien die nooit hebben gewerkt. Er kan dan gevraagd worden naar ervaring, beleving en inhoud van stages.

Wat betreft het onderdeel arbeidsverleden wordt alle betaalde en onbetaalde arbeid welke cliënt in het verleden heeft verricht in kaart gebracht. Van elke baan wordt gevraagd naar de functienaam en eventueel de aard van de werkzaamheden, het aantal uren dat per week werd gewerkt, de duur van het dienstverband en waarom en wanneer cliënt is gestopt met dit werk. Verder kan worden gevraagd hoe cliënt de verschillende werkzaamheden heeft ervaren.

Daarnaast kan er verder op het laatst verrichtte werk worden ingezoomd. Gevraagd wordt naar de functienaam, de aard van het dienstverband (aantal uren per dag en per week) en de duur van het dienstverband (hoe lang werkt de cliënt al bij deze werkgever in dit werk?). Daarnaast wat de taken in het werk waren en hoe de sfeer op het werk was. Verder is van belang wat de kenmerkende functiebelasting was. Door te vragen naar zware onderdelen in het werk, niet specifiek voor cliënt met zijn belemmeringen maar voor iedereen, wordt vaak een beter beeld van de kenmerkende functiebelasting verkregen. Heeft de cliënt niet gewerkt dan kan zo nodig gevraagd worden naar schoolverleden of verrichtte stages.

NB. Pas bij het hoofdstuk 'Visie cliënt' komt aan bod welke onderdelen van het werk volgens de cliënt niet meer verricht kunnen worden. De reden hiervoor is dat de cliënt niet het gevoel krijgt meteen aan het begin van het gesprek verantwoording af te moeten afleggen. Ook bestaat pas aan het eind van de anamnese een meer compleet beeld van de hele situatie. Verder is het een check of er nog nieuwe ervaren belemmeringen worden benoemd.

Vervolgens wordt in kaart gebracht of cliënt op dit moment nog werk verricht zoals aangepast werk, werk bij een andere werkgever of vrijwilligers werk. Het is van belang om bij iedere cliënt ook expliciet hiernaar navraag te doen omdat er soms onterecht van uit wordt gegaan dat cliënt geen werk meer verricht.

Tenslotte wordt aandacht besteed aan de huidige uitkering van de cliënt en welke concrete plannen of afspraken over werk of omscholing er zijn. .

BEPERKINGEN DOOR ZIEKTE OF BEHANDELING

- Is er beperkte beschikbaarheid t.g.v. behandeling?
- Zijn er beperkingen door medicatie?
- Heeft cliënt ziektes met wegrakingen?
- Hebben behandelaars adviezen over belasting of werk gegeven?

Net als in de introductie zal de interviewer hier aangeven dat er geen medische gegevens (zoals klachten, diagnoses, behandelingen en medicatie) besproken zullen worden. Niet zelden zal de interviewer dit meerdere malen tijdens het interview dienen aan te geven. Het is zaak duidelijk aan de cliënt uit te leggen dat dit geen desinteresse is maar omdat de interviewer geen medicus is en

daarom geen medische gegevens mag uitvragen. [4] Tevens kan worden aangegeven dat wel uitgebreid zal worden besproken welke belemmeringen de cliënt in het functioneren ervaart en wat de gevolgen voor het dagelijks leven zijn.

Bij dit hoofdstuk worden wel enkele specifieke zaken gevraagd die beperkingen voor het functioneren tot gevolg kunnen hebben:

Ten eerste wordt gevraagd of de cliënt een behandeling heeft of verwacht die een beperkte beschikbaarheid tot gevolg heeft, zoals dagbehandeling of een intensieve revalidatie behandeling. Zo kan de cliënt bijvoorbeeld aangeven op maandag en woensdag niet beschikbaar te zijn i.v.m. een dagbehandeling op die dagen of dat hij binnenkort een ingreep verwacht waardoor hij enkele maanden niet belastbaar is.

Daarnaast wordt gevraagd of de cliënt medicatie heeft die een beperking in het functioneren tot gevolg heeft zoals bijvoorbeeld medicatie met een gele sticker waardoor beperkte rijgeschiktheid. Verder dient navraag gedaan te worden of cliënt ziektes heeft met wegrakingen, (zoals epilepsie en suikerziekte) waardoor werk op gevaarlijke plaatsen of op hoogte mogelijk niet verstandig is. Tenslotte wordt gevraagd of er adviezen door behandelaars zijn verstrekt over belasting of werk en welke adviezen dit dan zijn.

Het is van belang dat het hier dus *niet* gaat over *welke* behandelingen of medicatie de cliënt heeft, maar of de behandeling of medicatie beperkingen tot gevolg hebben. Het gaat dus *niet* over welke *ziekte* oorzaak is van de wegrakingen of adviezen van de behandelaar, maar wel of er wegrakingen zijn of welke adviezen verstrekt zijn.

ERVAREN BELEMMERINGEN

- Aard en ernst van de belemmeringen (concrete gedetailleerde voorbeelden)
- Checklist om de niet spontaan genoemde belemmeringen op te sporen

Als een arts de beperkingen recent heeft beoordeeld zal dit hoofdstuk mogelijk overgeslagen kunnen worden.

Inventarisatie van ervaren belemmeringen

In dit hoofdstuk wordt een inventarisatie gemaakt van de belemmeringen die de cliënt ervaart in zijn functioneren. Bij elke ervaren belemmering wordt gevraagd om een of meer concrete voorbeelden uit het dagelijks leven te geven. Om de ernst en de consistentie te kunnen vaststellen is het van groot belang deze voorbeelden goed te inventariseren.

Het gaat hier nadrukkelijk dus niet om klachten zoals pijn, moeheid, slapeloosheid en depressieve gevoelens, maar om belemmeringen in het functioneren zoals kunnen concentreren, conflicten aankunnen, tillen en lopen. Een goede openingszin is: *'Wat zijn dingen die u niet goed meer kan doen door uw ziekte?'* Dit biedt de cliënt de mogelijkheid om spontaan de belemmeringen te benoemen die worden ervaren. Er wordt eerst een inventarisatie gemaakt van alle belemmeringen die cliënt spontaan vermeldt.

Als cliënt geen belemmeringen meer weet te geven, dan kan aan de hand van de 'Checklist Ervaren Belemmeringen' (CLEB) (bijlage 2) navraag worden gedaan naar andere mogelijk aanwezige belemmeringen. Dit is noodzakelijk omdat niet alle belemmeringen spontaan worden genoemd. Bij rugklachten kunnen bijvoorbeeld problemen met bukken en tillen spontaan genoemd worden en problemen met zitten, staan en lopen niet, terwijl ze wel aan de orde zijn. In de CLEB worden de meest relevante belemmeringen genoemd op zowel lichamelijk [5] als mentaal [6] en zintuiglijk vlak [7]. Daarnaast komen belemmeringen voor omgevingsfactoren zoals temperatuur, trillingen en dampen aan bod.

De interviewer dient door te vragen tot een duidelijke concrete belemmering wordt genoemd. Als vuistregel kan worden gehanteerd dat doorgevraagd dient te worden tot cliënt een belemmering geeft die in de CLEB staat. Een cliënt kan bijvoorbeeld als antwoord op de vraag 'Wat kunt u niet meer doen door uw ziekte?' aangeven problemen te hebben met huishouden of sport. De interviewer dient dan door te vragen welke belemmering wordt ervaren, dus welke houding of handeling niet goed lukt. Bijvoorbeeld als de cliënt aangeeft problemen te ervaren bij het huishouden en bij doorvragen het stofzuigen problemen geeft is nog niet duidelijk welke belemmering er nu precies aanwezig is. Bij de ene cliënt zal dit het tillen van de stofzuiger zijn, bij de andere het voorover gebogen staan en bij weer een andere cliënt het lawaai van de stofzuiger.

Bij psychische klachten komen alle acht mentale items van de CLEB aan bod. In bijlage 3 worden concrete vragen genoemd die kunnen worden gesteld bij psychische belemmeringen. [8]

Concrete gedetailleerde voorbeelden

Als een cliënt een specifieke belemmering ervaart dan zal hij in het dagelijks leven hiermee worden geconfronteerd. Bij rugklachten zal hij bijvoorbeeld problemen hebben met bukken bij het aantrekken van de sokken of het tillen van een boodschappentas. Het doorvragen naar concrete gedetailleerde voorbeelden van de belemmeringen geeft vaak een goed beeld van de ernst van de belemmeringen. [9,10] Cliënten geven in die voorbeelden namelijk vaak de grens aan van wat niet meer lukt en wat nog wel kan. Bij rugklachten vertelt de ene cliënt dat het tillen van een aktetas niet goed lukt en een andere cliënt krijgt klachten bij het sjouwen van grindtegels. Dit geldt ook voor psychische klachten. De ene cliënt zal bijvoorbeeld concentratieproblemen ervaren bij een moeilijke studie of met het doorlezen van beleidsstukken, terwijl een andere cliënt al problemen ervaart bij het doorlezen van een eenvoudig tijdschrift of het volgen van een soap op de tv.

Het is van belang de cliënt zelf de voorbeelden te laten bedenken omdat dit een indicatie geeft van de ernst en de impact op diens leven. Het biedt een specifiek beeld van de ervaren belemmeringen van deze specifieke cliënt en helpt het toetsen van de plausibiliteit, ook door de bevindingen te vergelijken met de andere hoofdstukken. Als een cliënt wel belemmeringen ervaart maar geen voorbeelden kan bedenken dan kan dit diverse oorzaken hebben. Bijvoorbeeld omdat de belemmering niet of in geringe mate aanwezig is of door gebrekkig zelfinzicht bij een verstandelijke beperking.

Bij het vragen naar voorbeelden zijn een aantal zaken van belang. Hieronder zullen enkele aandachtspunten worden besproken:

Concreet: Er dient naar concrete voorbeelden gevraagd te worden. Dus niet: 'Ik til maar heel weinig en soms wat meer', maar: 'Ik til mijn kleinzoon/ halfvolle emmers water/ geen krat bier'. Vage aanduidingen (ook wel 'allergiewoorden') dienen zoveel mogelijk te worden geconcretiseerd: wat is incidenteel optillen, wat is soms, wat is kort, wat is regelmatig? Er dient concreet uitgevraagd te worden: hoe vaak, hoe veel, hoe lang? Er kunnen anders interpretatieverschillen bestaan tussen interviewer en cliënt.

Inschattingen van de cliënt zijn niet altijd juist: 5 minuten staan, 3 kg tillen en 1 km lopen zijn grove inschattingen. Een meer objectieve inschatting kan gemaakt worden op basis van de door de cliënt genoemde voorbeelden en hoeft niet noodzakelijkerwijs overeen te komen met de door de cliënt ingeschatte ernst van de belemmering. Hoe duidelijker en aannemelijker de belemmering is hoe minder er hoeft te worden doorgevraagd. Hoe onduidelijker hoe meer voorbeelden gevraagd kunnen worden en hoe concreter wordt doorgevraagd.

Gedetailleerd: Hoe meer details hoe nauwkeuriger de belemmering kan worden vastgesteld: hoe oud of hoe zwaar is de kleinzoon die niet meer getild wordt, hoe groot is het krat bier (24 flesjes?), is het krat vol of leeg, of wat is de inhoud van de emmers die niet meer getild worden?

Spontaan: Het is het meest waardevol om de cliënt zelf de voorbeelden te laten bedenken, uitgangspunt is dat als iemand belemmeringen heeft, dat hij in het dagelijks leven ook geconfronteerd wordt met deze belemmeringen. Cliënt dient dan ook spontaan deze voorbeelden aan te kunnen geven. Als de belemmeringen niet ernstig zijn, of zelfs worden gesimuleerd, zal dit moeilijker zijn. Wel is het zo dat hoe langer de cliënt beperkingen heeft, hoe meer het is geïntegreerd in zijn leven en het niet meer als belemmering ziet. Iemand met een sociale fobie, die als belemmering heeft dat het onder de mensen verkeren een probleem is, en het leven al jaren hierop heeft aangepast zal niet altijd deze belemmering spontaan noemen, omdat het min of meer een onderdeel van het dagelijks leven is geworden.

Het beste kan de interviewer cliënt zelf de belemmeringen en voorbeelden laten bedenken: *'U geeft aan dat u problemen heeft met concentreren. Kunt u daar eens een voorbeeld van geven?'* Niet altijd zal een cliënt spontaan alle belemmeringen opsommen. Daarom vraagt de interviewer zelf naar eventuele verdere belemmeringen, volgens de CLEB. Zo voorkomt de interviewer dat belemmeringen worden vergeten of dat wordt ingevuld voor de ander; zomaar aannames worden gedaan. De interviewer checkt per CLEB-item of deze belemmerd is, middels een gesloten vraag: *'Concentreren. Is dat een probleem?'* Als dit aan de orde is: *'Kunt u hier een voorbeeld van geven?'* Als dit niet aan de orde is, gaat de interviewer direct door naar het volgende item.

Minder gewenst is het als de interviewer zelf voorbeelden aandraagt: *'Zijn er problemen met een boek lezen of tv kijken?'* of suggestief vragen stelt: *'U kunt zeker moeilijk een boek lezen en langer tv kijken?'*

Recent: Vraag naar recente voorbeelden van belemmeringen. We zijn immers geïnteresseerd in de huidige belemmeringen. Vooral als het alweer wat beter gaat, kan de cliënt de neiging hebben om aan te geven hoe erg het eerder was. Als de cliënt niet meer werkt dan zullen op dat moment dus vaak belemmeringen in de thuissituatie worden benoemd en niet in de eerdere werksituatie. De vraag *'Wat zijn dingen die u niet goed meer kan doen in het dagelijks leven?'* werkt dan vaak goed. Bij het hoofdstuk 'Visie cliënt' verderop in het gesprek komt aan de orde welke onderdelen van het laatst verrichtte werk cliënt van mening is niet meer te kunnen verrichten.

Consistentie: Bij de voorbeelden dient er consistentie te zijn tussen de voorbeelden en daarnaast natuurlijk ook met de aard van de klachten. Het is consistent als een cliënt aangeeft problemen te hebben met het tillen van een kleinzoon van 1 jaar (ongeveer 10 kilogram) en twee halfvolle emmers water (ook ongeveer 10 kg). Het is niet consistent of plausibel als cliënt aangeeft problemen te ervaren bij het zitten als hij alleen handklachten heeft.

NB. Over het algemeen is één voorbeeld per ervaren belemmeringen voldoende; op indicatie kan de interviewer meer voorbeelden vragen. Ook bij belemmeringen die ervaren worden bij gebruik van de handen is het verstandig meerdere voorbeelden te vragen omdat dit hand- en vingervaardigheid een zeer belangrijke functie is in werk. Er kan dan gevraagd worden naar belemmeringen bij computeren (typen, muizen), kracht zetten, fijn werk, frequent repeteren en diverse grepen (pincetgreep, bolgreep).

PARTICIPATIE

- Sociale omgeving (partner, kinderen, problemen)
- Dagverhaal
- Algemeen (ADL, administratie, hobby's, sport, vervoer, huishouden, zorgtaken, sociale contacten)

Bij het vorige hoofdstuk 'Ervaren belemmeringen' lag de nadruk op zaken die de cliënt niet meer doet. Bij dit hoofdstuk komt meer naar voren wat de cliënt nog wel doet. Doel van het hoofdstuk

'Participatie' is een concreet beeld te krijgen wat de cliënt (ondanks de klachten) nog wel doet en wat niet meer. Als de cliënt bepaalde taken niet meer doet, wie helpt dan daarbij en hoe vaak? Ook hier geldt dat het van belang is door te vragen naar concrete en gedetailleerde bezigheden. Als de cliënt betaald werk of vrijwilligerswerk verricht is dit onder het hoofdstuk 'Werk' al aan bod geweest. Hieronder zullen de verschillende onderdelen worden besproken. Bij psychische klachten zijn met name de onderdelen 'zelfverzorging', 'regelen van administratie en financiën' en 'sociale contacten' ook belangrijk.

Er wordt voor gekozen om het onderdeel 'dagverhaal' te scheiden van de losse onderdelen (ADL, administratie, hobby's, sport, vervoer, huishouden, zorgtaken en sociale contacten). De reden hiervoor is dat de losse onderdelen nauwkeurig voor het voetlicht komen en het dagverhaal chronologisch besproken kan worden zonder steeds uitstapjes te maken naar die losse onderdelen.

Tussen het hoofdstuk 'Ervaren belemmeringen' en 'Participatie', kan overlap ervaren worden. Elk hoofdstuk belicht echter een ander aspect. Zo kan bij de ervaren belemmeringen aan bod komen dat het stofzuigen niet goed lukt omdat het tillen van de stofzuiger ervaren wordt als een probleem. Bij het dagverhaal kan aan bod komen dat cliënt licht huishoudelijk werk doet, waaronder vijf minuten stofzuigen in de keuken, aan het einde van de ochtend. Bij de algemene participatie-onderdelen wordt besproken welke taken wel en niet worden verricht in het huishouden en kan bijvoorbeeld naar voren komen dat de partner het stofzuigen verricht en dat de cliënt alleen incidenteel met een kruimeldief op steel wat schoonmaakt.

Sociale omgeving

Het is van belang een beeld te hebben van de sociale omgeving van cliënt omdat die vaak bepaalt welke taken een belangrijke rol spelen in iemands leven. Bij dit onderdeel wordt gevraagd naar het samenlevingsverband (alleenstaand, samenwonend of gehuwd, LAT-relatie), of een partner veel thuis is of niet, aantal en leeftijd van kinderen en of de kinderen thuis wonen. Daarnaast is het van belang te weten of er een specifieke belasting is in de privésituatie zoals bijvoorbeeld mantelzorg of specifieke zorg voor (klein)kinderen of huisdieren.

Dagverhaal

Bij dit onderdeel wordt de cliënt gevraagd een beeld te schetsen van de invulling van zijn dagen. Geprobeerd wordt een gedetailleerd en concreet beeld te krijgen hoe een dag van cliënt eruitziet. Hier komt in elk geval aan de orde hoe laat de cliënt opstaat en naar bed gaat en wat hij 's morgens, 's middags en 's avonds doet; het liefst van uur tot uur. Van belang is om te weten of de cliënt overdag op bed of bank ligt en hoe vaak en hoe lang. Dit laatste kan een aanwijzing zijn dat een cliënt maar een beperkt aantal uren op een dag kan functioneren.

Een dagverhaal legt vaak meer de nadruk op zaken die de cliënt nog wel kan. Dit kan wat tegenwicht bieden aan het uitsluitend vragen naar belemmeringen. Verder is het een krachtig hulpmiddel om te zien of het verhaal van de cliënt consistent is met de andere hoofdstukken en geeft het vaak een goed beeld van de ernst van de belemmeringen.

Veel informatie geeft een concrete anamnese van 'de dag van gisteren' [11] van uur tot uur. Dit is echter vrij intensief en kan als een rechercheur overkomen. Vraagt men een gemiddelde dag te beschrijven dan is echter een meer subjectieve invulling van de cliënt mogelijk. Het hangt af van de duidelijkheid van de belemmeringen hoe intensief het dagverhaal uitgevraagd dient te worden. Niet altijd is het voldoende om een gemiddelde dag uit te vragen. Cliënten met een ziektebeeld met wisselende belastbaarheid kunnen een goede en een slechte dag beschrijven. Aan cliënten die deels werken kan gevraagd worden een werkdag en een vrije dag te beschrijven.

Algemeen

ADL en zelfverzorging

Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zijn de handelingen die mensen dagelijks in het gewone leven verrichten. Het begrip wordt vooral in de zorg gebruikt om te bepalen in hoeverre iemand zelfredzaam is. Het betreft bijvoorbeeld het eten, drinken, toiletgang en aan- en uitkleden. Als dit niet zelfstandig mogelijk is zijn er vaak forse belemmeringen. Dit zal in het algemeen voorkomen bij mensen met ernstige lichamelijke of energetische belemmeringen. Ook bij psychische klachten kunnen problemen in de zelfverzorging voorkomen, bijvoorbeeld als iemand ernstig depressief is (kan zich er niet toe zetten) of bij autisme (douche niet kunnen verdragen).

Regelen van eigen administratie en financiën

Bij dit onderdeel wordt geïnventariseerd of cliënt de eigen administratie en financiën kan regelen. Als dit niet het geval is zal de sociale omgeving hierbij hulp moeten bieden of wordt bijvoorbeeld duidelijk dat het problematisch verloopt. Ook kan er sprake zijn van begeleid wonen, ondercuratelestelling of bewindvoering. Als een cliënt in financiële problemen terecht is gekomen kan hij bijvoorbeeld hulp hebben van een kredietbank. Financiële problemen kunnen voor komen bij cliënten met psychische of verstandelijke beperkingen. Uiteraard dient te worden nagegaan of het uitbesteden van dergelijke regelzaken wordt veroorzaakt door keuze of noodzaak.

Hobby's en vrijetijdsbesteding

Bij dit onderdeel wordt in kaart gebracht welke hobby's cliënt op dit moment heeft en wat die hobby's concreet inhouden. Verder kan besproken worden welke hobby's cliënt heeft laten vallen door ziekte.

Niet altijd worden bezigheden als een hobby benoemd. Daarom dient ook te worden doorgevraagd welke vrijetijdsbesteding cliënt verder heeft. Hier kan bijvoorbeeld aan bod komen dat cliënt overdag graag televisie kijkt zonder dit als hobby te benoemen.

Sport en bewegen

Bij dit onderdeel wordt in kaart gebracht welke sporten cliënt op dit moment verricht en wat die sporten concreet inhouden. Bijvoorbeeld hoe vaak en hoe lang en op welk niveau de sport wordt beoefend. Verder kan besproken worden welke sporten cliënt door ziekte niet meer beoefent. Als de cliënt niet sport dan kan besproken worden wat cliënt aan beweging doet, bijvoorbeeld wandelen, fietsen en zwemmen.

Vervoer

Er wordt in kaart gebracht hoe de cliënt zijn vervoer heeft geregeld en of het mogelijk is zich te verplaatsen met de auto, fiets en het openbaar vervoer.

Huishouden, koken, boodschappen, klusjes in en om huis

Duidelijk dient te worden welke taken de cliënt heeft in het huishouden, koken, boodschappen en klusjes in en om huis. Ook hier geldt dat concreet gemaakt moet worden welke specifieke taken cliënt hoe vaak en hoe lang verricht. Als cliënt taken heeft laten vallen door ziekte kan worden gevraagd naar de redenen en wie die taken nu verricht.

Zorgtaken

Bij dit onderdeel wordt in kaart gebracht welke zorgtaken de cliënt heeft zoals de verzorging en opvoeding van kinderen of kleinkinderen, mantelzorg of (huis)dieren. Van belang is te weten wat de leeftijd van de thuiswonende kinderen is. Bij jonge kinderen spelen taken als het verschonen van de

luiers of het naar bed brengen een belangrijke rol. Oudere kinderen moeten naar school, vriendjes en sport gebracht worden.

Als bepaalde taken niet meer lukken kan worden doorgevraagd hoe en aan wie de taken worden uitbesteed.

Sociale contacten

Bij psychische problemen kunnen problemen in sociale contacten voorkomen. Er kunnen twee niveaus van sociaal functioneren worden onderscheiden, meso- en macroniveau. Het microniveau is de zelfverzorging in het dagelijkse leven, wat al aan bod is gekomen. Het mesoniveau is functioneren in samenlevingsverband, binnen het gezin/familie. Macroniveau is het functioneren met sociale contacten daarbuiten, zoals met vrienden, kennissen, collega's.

Er wordt doorgevraagd tot een concreet beeld van het functioneren op de twee niveaus bestaat.

BELASTING PRIVÉSITUATIE

- Taken in huishouden en opvoeding?
- Sociale verplichtingen?
- Speelruimte daarin?

Het is van belang om te inventariseren wat de belasting is in de privé-situatie om in te kunnen schatten wat belemmerende factoren voor werk kunnen zijn. Zo zal een cliënt die veel taken en bezigheden heeft buiten het werk om wellicht problemen hebben om fulltime te werken. Bij dit hoofdstuk wordt dan ook in kaart gebracht welke taken de cliënt heeft in opvoeding, huishouden, mantelzorg en andere sociale verplichtingen. Met de cliënt wordt vervolgens besproken in hoeverre er sprake is van "speelruimte" in deze taken. Bijvoorbeeld of bepaalde taken kunnen worden afgestoten of worden verricht door partner, familie of burens.

VISIE CLIËNT

- Welke onderdelen in het eigen werk lukken niet?
- Is aangepast lichter werk mogelijk (argumenten)?
- Toekomstvisie wat betreft participatie?

Hier kan de cliënt aangeven wat hij zelf vindt van zijn beperkingen en mogelijkheden voor werk. Duidelijk dient te worden welke onderdelen van het laatst verrichte werk (indien van toepassing) niet meer mogelijk zijn volgens de cliënt. Hierbij wordt doorgevraagd tot helder is welke belemmeringen maken dat die onderdelen niet meer mogelijk zijn. Zo kan bijvoorbeeld de ene verpleegkundige aangeven dat het werken met patiënten niet meer lukt omdat ze de emotionele belasting niet meer aankan en de andere i.v.m. het gebukt staan bij het wassen van de patiënt.

Het is van belang een open vraag te stellen: *'Welke onderdelen in uw werk kan u niet meer doen?'* en niet zelf in te vullen ook al lijkt heel duidelijk welke onderdelen niet meer lukken. De reden hiervan is dat soms nog nieuwe belemmeringen of nuancering van belemmeringen aan bod kunnen komen. Ook draagt het bij aan vergroting van inzicht van de cliënt zelf in welke belemmeringen voor werk (nog) spelen.

Vervolgens wordt aan de cliënt gevraagd wat die vindt van mogelijkheden in werk in het algemeen. Duidelijk dient te worden of de cliënt van mening is dat hij arbeid kan verrichten en zo ja, aan welke voorwaarden deze arbeid dient te voldoen. Als dit het geval is wordt gevraagd welk werk cliënt zichzelf concreet ziet doen en voor hoeveel uren in de week.

Het gaat erom wat cliënt van mening is op dit moment nog te kunnen, niet om wat cliënt hoopt in de toekomst te kunnen. Het betreft immers een inschatting van de huidige participatiemogelijkheden. Hier kan ook duidelijk worden in hoeverre cliënt de privébelasting in het oordeel over de participatiemogelijkheden betreft (bijvoorbeeld: 'Ik kan net mijn huishouden doen en de verzorging van de kinderen, daarnaast kan ik niet werken').

Als cliënt van mening is dat (regulier of vrijwilligers) werk niet mogelijk is, dan wordt gevraagd welke argumenten cliënt hiervoor heeft.

Tenslotte wordt aan de cliënt gevraagd naar een concrete toekomstvisie wat betreft participatie. Waar ziet de cliënt zichzelf over een jaar? Hier moet duidelijk worden of de cliënt nog reële mogelijkheden voor zichzelf ziet.

MOTIVATIE

- Is de cliënt gemotiveerd voor arbeid?
- Wat wil cliënt wel en wat niet?
- Is cliënt bereid een opleiding te volgen?

Bij het hoofdstuk 'Visie cliënt' kwam aan bod wat de cliënt van mening was te kunnen, bij dit hoofdstuk wat de cliënt wil. De cliënt wordt gevraagd of hij wil werken, of er bepaalde werkzaamheden zijn die hij niet wil verrichten en of hij opleidingsbeleid is. Als cliënt niet wil werken of niet opleidingsbereid is wordt gevraagd naar argumenten. Deze argumenten kunnen mogelijk leiden tot inzicht in welke factoren de gang naar werk tegenhouden, en wellicht zijn mogelijke obstructies weg te nemen. Er bestaat een overlap met het hoofdstuk "Visie cliënt" bijvoorbeeld omdat cliënten soms niet willen werken omdat ze van mening zijn hiertoe niet in staat te zijn.

SOLLICITATIEVAARDIGHEDEN

- Heeft cliënt een adequaat CV?
- Heeft cliënt al gesolliciteerd?
- Hoe is het netwerk?

Inzicht in sollicitatievaardigheden en of cliënt een adequaat CV heeft zijn van belang om een inschatting te kunnen maken in begeleidingsbehoefte op dit vlak. Door de cliënt concrete verrichte sollicitaties kunnen een beeld geven van de motivatie en of cliënt op reële functies solliciteert. Als cliënt een specifiek netwerk heeft kan dit aanleiding zijn om te bespreken of dit netwerk wellicht ingezet kan worden bij het vinden van arbeid. De nadruk kan gelegd worden op participatiemogelijkheden bijvoorbeeld contact met een oud werkgever of een familielid met een eigen zaak waarin mogelijkheden zijn tot werkzaamheden.

OBSERVATIE

Na de afname van de PGI wordt geen lichamelijk onderzoek verricht. Immers, de interviewer is geen medicus. Wel kan een observatie van de cliënt informatie toevoegen aan het interview. Als de gegevens verkregen uit het interview passen bij de bevindingen bij observatie dan maakt dit het verhaal van cliënt plausibeler en consistent. Andersom, als dit niet het geval is dan kan het een aanwijzing zijn dat de belemmeringen die cliënt aangeeft te dik worden aangezet of juist worden gebagatelliseerd.

Het is zaak subjectieve bevindingen te vermijden en zo veel mogelijk feitelijkheden te beschrijven.

Hieronder staan enkele voorbeelden van zaken die kunnen worden geobserveerd:

Algemeen:

- Taalgebruik
- Verzorging van uiterlijk
- Houding

Lichamelijk:

- Hoe staat de cliënt op van de stoel (in de wachtkamer en bij vertrek)?
- Hoe is het looptempo?
- Zit de cliënt rustig op de stoel en hoelang? Of verzit de cliënt steeds of staat tussendoor op?
- Wat geeft de cliënt verbaal en non-verbaal aan?
- Hoe wordt de tas opgepakt?
- Hoe wordt een hand gegeven?

Psychisch:

- Kan de cliënt de vragen adequaat beantwoorden?
- Kan cliënt de lijn van het gesprek vasthouden?
- Hoe is de stemming van cliënt?
- Is cliënt emotioneel?
- Moet cliënt lang nadenken of is hij veel vergeten?
- Komt de cliënt alleen of met partner?

AFRONDING INTERVIEWER

De interviewer geeft aan de cliënt aan wat de verder procedure is en kan eventueel afspraken maken met de cliënt. Daarna heeft de cliënt nog ruimte om te reageren en wordt het gesprek afgerond.

INTERPRETATIE

Met de PGI worden gegevens verzameld, er wordt niet beschreven hoe deze gegevens dienen te worden geïnterpreteerd. Doel van de PGI is voldoende gegevens te verzamelen om een advies te kunnen geven over de participatiemogelijkheden en stagnerende factoren in kaart te brengen. Voor het interpreteren van de verzamelde gegevens is ook geen pasklaar advies te geven, gezond verstand speelt hierbij een grote rol. De interviewer beoordeelt of er consistentie is tussen de verschillende hoofdstukken en of het verhaal van cliënt plausibel is. Zo dienen de door de cliënt beschreven ervaren belemmeringen in lijn te liggen met de nog ondernomen activiteiten. Er is bijvoorbeeld geen sprake van een consistent verhaal als de cliënt aangeeft zich niet te kunnen concentreren, maar nog wel een studie volgt. Er is binnen het hoofdstuk belemmeringen geen consistentie als de cliënt aangeeft dat een volle emmer water wel getild kan worden maar een pak suiker niet. Bij het in kaart brengen van factoren die participatie in de weg staan dient de interviewer zelf te beoordelen wat deze factoren zijn en of ze te verhelpen zijn door bijvoorbeeld instanties of mantelzorg in te schakelen.

Voorbeelden van interpretatie op de items zitten en concentreren.

Zitten

Cliënt vertelt:

Belemmering: Problemen met het zitten als cliënt naar de kerk gaat en bij verjaardagvisites.

Participatie: Autorijden van Groningen naar Amsterdam (200 km) met een pauze in Zwolle.
Kerk- en bioscoop bezoek vindt wel plaats.

Observatie: Zit een uur zonder te verzitten zonder ondersteuning op de stoel.

Conclusie zou hier kunnen zijn dat cliënt wel een uur kan zitten. De argumentatie: cliënt kan 1 uur gefixeerd in de auto zitten, dit is weliswaar niet de hele dag, maar ook langer zitten zoals kerk en bioscoopbezoek wordt niet vermeden. Ook tijdens de observatie zijn er geen aanwijzingen dat de cliënt korter belastbaar is.

Concentreren

Cliënt vertelt:

Belemmering: Een Libelle lezen gaat wel.

Krant lezen alleen samenvattingen en koppen, niet de langere stukken.

Participatie: Leest maximaal ½ uur een tijdschrift.

Kijkt een paar uur televisie, kijkt wel naar de 'As the world turns' maar niet (meer) naar 'NCSI'.

Observatie: Tijdens een gesprek van een uur kan de cliënt de aandacht goed bij het gesprek houden.

Conclusie zou hier kunnen zijn dat werkzaamheden, waarbij kortdurend specifieke aandacht en concentratie voor een bepaalde taak is vereist, mogelijk zijn. De argumentatie: cliënt kan eenvoudige teksten en tv programma's volgen, langdurige of ingewikkelde zaken niet. Bij observatie kan de aandacht ook goed worden vastgehouden.

Een voorbeeld van factoren die participatie in de weg staan:

Belemmerende factoren

Cliënt vertelt:

Belemmeringen: Lang concentreren b.v. romans lezen

Sociaal: Opvoedingsproblemen met kinderen met ADHD

Zieke moeder woont tegenover en heeft veel mantelzorg nodig

Gescheiden, haar ex valt haar lastig

Visie cliënt: Ongeschikt om te werken i.v.m. belasting thuis

De sociale omstandigheden lijken participatie buitenshuis in de weg te staan. In dit geval kan bijvoorbeeld onderzocht worden in hoeverre hulp bij de opvoeding, inschakelen van thuiszorg voor de moeder en maatschappelijk werk voor de problemen met haar ex een oplossing kunnen bieden.

CONCRETE VRAGEN AAN DE CLIËNT

In het algemeen geldt dat met de vraagstelling aangesloten wordt bij het niveau van de cliënt. Sommige vragen zullen door de cliënt moeilijk beantwoord worden i.v.m. psychologische hobbels. Het kan dan nodig zijn meerdere vragen te stellen of hulpvragen in te bouwen. Niet alle vragen zijn direct door de cliënt te begrijpen en vereisen uitleg van tevoren (bijvoorbeeld de vraag naar de visie van de cliënt zelf over zijn belastbaarheid voor gangbaar werk). Gesprekstechnische vaardigheden zijn noodzakelijk.

Hieronder per hoofdstuk enkele concrete vragen die de interviewer zou kunnen stellen. Dit is geen complete lijst; afhankelijk van de klachten en de situatie kunnen aanvullende vragen worden gesteld of kan worden doorgevraagd.

Opleiding en vaardigheden

- Welk onderwijs heeft u gehad?
- Heeft u dit afgemaakt/een diploma? Zo nee: Waarom niet?
- Welke talen spreekt u?
- Heeft u een rijbewijs?
- Kunt u goed typen?
- Kunt u goed omgaan met een computer? Wat kunt u er allemaal mee (Excel, Word, anders)?

Werk

- Kunt u eens op een rijtje zetten welk werk u allemaal heeft gedaan?
- Waarom is dit werk gestopt?
- Hoe vond u dit werk?
- Wat is de laatste baan die u heeft gehad?
- Hoeveel uur werkte u? Hoe was dit verdeeld over de week? Had u onregelmatige werktijden?
- Wat moest u precies doen?
- Vond u het leuk?
- Wat waren de zware onderdelen in uw werk? Zowel psychisch als lichamelijk. Hoe zou u dit vertellen aan een vriend(in) die het werk wil gaan doen?
- Hoe was de sfeer op het werk (met collega's en leiding)?
- Waren er problemen of wrijvingen op het werk?
- Werkt u nu nog of doet u vrijwilligers werk? Zo ja: Wat doet u precies? Sinds wanneer?
- Heeft u momenteel concrete plannen of afspraken om weer aan het werk te gaan?

Ervaren belemmeringen

- Welke dingen kunt u niet goed meer doen door uw ziekte in het dagelijks leven?
- Kunt u daar eens een voorbeeld van geven?
- Kunt u een situatie beschrijven wanneer u dat tegenkomt?
- Moet u nog meer dingen vermijden?
- Als cliënt zelf geen andere belemmeringen meer weet: Heeft u problemen met zitten? Met staan? Etc (middels CLEB)

Participatie

- Woont u alleen, heeft u een partner?

- Heeft u kinderen? Zo ja hoeveel, leeftijd, uit- of thuiswonend?
- Werkt uw partner of is die overdag thuis?
- Hoe ziet uw dag eruit?
 - Kunt u eens een hele dag beschrijven van 's morgens vroeg tot 's avonds laat?
 - Hoe laat staat u op en hoe gaat de dag dan verder?
 - En dan? (kan worden herhaald)
 - Hoe laat gaat u naar bed?
 - Ligt u overdag op bed of de bank?
 - Wat doet u 's ochtends, wat doet u 's middags en wat doet u 's avonds? (concreet)
 - U geeft aan dat u rust, hoe ziet dat eruit?
- Welke hobby's heeft u en welke doet u wel en niet meer? Wat vindt u leuk om te doen?
- Sport u? Kunt u iets aan beweging doen?
- Wat doet u in het huishouden? Deed u voordien meer?
- Welke klusjes doet u in huis en welke niet meer?
- Heeft u hulp voor bepaalde zaken die u niet meer zelf kan doen? Zo ja van wie en hoe vaak?
- Hoe is het contact met gezin, vrienden, kennissen en collega's?

Belasting privésituatie

- Welke taken in het dagelijks leven komen op u neer?
- Welke taken heeft u in huishouden en opvoeding?
- Heeft u sociale verplichtingen zoals mantelzorg?
- Kunt u die taken uitbesteden of afstoten?

Visie cliënt

- Kunt u nog eens op een rijtje zetten welke onderdelen in uw werk (het werk wat u deed toen u uitviel) u momenteel niet aankan?
- Vindt u dat u kan werken in aangepast of ander (lichter) werk? Zo ja, aan welke voorwaarden moet dit dan voldoen? Zo nee, waarom zou dat niet lukken?
- Hoe ziet u de toekomst wat betreft werk of andere bezigheden?

Motivatie

- Zou u op dit moment willen werken als rekening gehouden wordt met uw beperkingen?
- Welk werk zou u graag willen doen?
- Zijn er werkzaamheden die u liever niet doet?

Sollicitatievaardigheden?

- Heeft u een CV? Heeft u een rijtje met uw opleiding en werk op papier?
- Solliciteert u wel eens? Zo ja, waarop? Wat zijn uw ervaringen?
- Kent u mensen die u kunnen helpen bij het vinden van werk?

Afronding interviewer

- Zijn er nog zaken die van belang zijn die we nog niet hebben besproken?
- De volgende stap is (uitleg procedure/planning)
- Heeft u nog vragen of opmerkingen?

VEEL GESTELDE VRAGEN (FAQ'S)

Structuur

Hoe kan ik structuur houden?

Belangrijk is in de introductie duidelijk aan te kondigen dat er een aantal hoofdstukken zijn en dat die stuk voor stuk worden besproken. Geef bijvoorbeeld aan: *'In dit gesprek volg ik een vaste structuur, om niets te vergeten. Eerst gaan we het hebben over werk, daarna over uw klachten en dan wat dit betekent voor uw functioneren'*. Ter illustratie van de uitleg kan de werkkaart hierbij getoond worden; hierdoor wordt duidelijk dat diverse onderwerpen aan bod komen (de verschillende pagina's) en in een bepaalde volgorde.

Het is van belang deze werkwijze consequent te handhaven. Gesprekstechnische vaardigheden zijn hierbij onmisbaar. Dus als cliënt afwijkt van het onderwerp dat aan bod is, aan te geven dat het onderwerp dat de cliënt aanroert later uitgebreid aan bod komt. Begin hier direct mee. Reden is dat de cliënt aanneemt dat het begin van het interview kenmerkend is voor de rest van het gesprek. Als in het begin de teugels worden losgelaten volgt de cliënt de rest van het gesprek de eigen werkwijze.

Is het niet handig om de cliënt aan het begin van het gesprek even zijn eigen verhaal te laten doen en dan je eigen gesprek te beginnen?

'Ik laat de cliënt eerst even 'leeglopen' en begin dan mijn gesprek' is een opmerking die wel gemaakt wordt. Dit heeft een aantal nadelen:

- Het wordt moeilijker om structuur te houden omdat de cliënt aanneemt dat het begin van het interview kenmerkend is voor de rest van het gesprek. Als in het begin de teugels worden losgelaten dan volgt de cliënt de rest van het gesprek de eigen werkwijze.
- Als de interviewer aan het begin van het verhaal aangeeft dat hij het onderbreekt omdat hij anders de structuur kan kwijtraken of zaken vergeet, kan dit door de cliënt makkelijker worden geaccepteerd dan wanneer cliënt al een heel verhaal heeft gedaan en dan pas wordt onderbroken.
- Een deel van de informatie zal niet erg bruikbaar zijn of is informatie waar de interviewer niets mee kan/mag doen bijvoorbeeld medische informatie.
- Een deel van de informatie is bruikbaar, maar komt later weer aan bod bij de verschillende hoofdstukken, waar er dieper op in wordt gegaan. Dingen worden dan mogelijk dubbel gedaan. Dat kan vervelend zijn voor cliënt en meer tijd kosten. Ook is het 'leeglopen' lastiger gestructureerd te noteren op de werkkaart.

Volgens mij krijg ik meer informatie als ik een wat losser gesprek voer. De cliënt komt dan spontaan met allerlei bruikbare informatie. Waarom die structuur?

In een wat losser gesprek komt natuurlijk ook veel informatie aan bod. Reden om de structuur aan te brengen in het gesprek zijn:

- Er zullen minder zaken worden overgeslagen of worden vergeten.
- Je helpt de cliënt om tijd te besteden aan alle relevantie zaken. Cliënte zelf bespreekt wellicht meer klachten en beleving in plaats van belemmeringen en dagelijks functioneren.
- Er is beter te onderzoeken of er sprake is van consistentie tussen verschillende hoofdstukken.
- Er is meer eenduidigheid in de informatieverzameling en daarmee wellicht minder variatie in de uitkomst van een beoordeling.
- Als de interviewer de structuur bepaalt, dan dient de cliënt zijn verhaal zonder eigen structuur te kunnen vertellen. Een belangrijk criterium voor geloofwaardigheid is namelijk of een cliënt zijn verhaal ongestructureerd kan vertellen.

Wordt het interview geen verhoor door die strenge structuur?

Onderzoek wijst uit dat de klanttevredenheid van een gestructureerd PGI-gesprek even groot is (7,7 op een 10-punts schaal) als een gesprek dat minder gestructureerd verloopt. Ook uit gehoorde praktijkervaringen van voorgaande cursisten blijkt dat cliënten structuur niet vervelend vinden mits alles wel aan bod komt. Het geeft aan dat zorgvuldig alles besproken wordt. Je helpt bovendien de cliënt om alle relevante aspecten aan het voetlicht te brengen. Aan het einde van het gesprek heeft de cliënt ook nog de ruimte om zaken die nog niet zijn besproken aan te vullen.

Het past minder goed bij mij, die structuur. Ik voer liever een lossere gesprek.

Een collega vertelde het volgende: 'Ik vind het gesprek door die structuur niet zo gezellig'. Het kan dus zijn dat een gestructureerd gesprek minder leuk wordt ervaren dan een lossere gesprek. De interviewer dient zich af te vragen of hij het nut inziet van een gestructureerd gesprek. Als dit het geval is kan de conclusie getrokken worden dat professionaliteit wellicht ten koste gaat van 'gezelligheid'. Ter geruststelling: het toepassen van een dergelijke gestructureerde methode kan eerst wat tegennatuurlijk aanvoelen, het went echter vrij snel volgens cursisten. Het goed aanleren van de methode vergt wel oefening (wel > 10 gesprekken), met name als je een andere methodiek gewend bent. Ook kan als er binnen het hoofdstuk gebleven wordt een wat lossere gesprek worden gevoerd op onderdelen. Bijvoorbeeld bij hoofdstuk 'Participatie' zal het niet veel uitmaken of eerst het dagverhaal wordt besproken en daarna de losse onderdelen (zoals sport en huishouden), of omgekeerd.

Is dat structureren bij alle cliënten mogelijk?

Bij de meeste cliënten wel. Uitzonderingen zijn bijvoorbeeld cliënten die erg in de war zijn zoals bij cliënten met ernstige psychische ziekten. Het blijft dus een professionele inschatting of structureren haalbaar en aangewezen is. Ook bij cliënten met taalproblemen helpt structureren juist om te bekijken of de benodigde informatie wel verkregen kan worden. Wordt uit de anamnese onvoldoende informatie verkregen dan dienen andere informatiebronnen geraadpleegd te worden.

Waarom deze specifieke volgorde van de hoofdstukken van de PGI?

Er is een specifieke volgorde in de hoofdstukken van deze methode. Dat is niet voor niets. Begonnen wordt met het hoofdstuk Werk omdat dit een relatief neutraal hoofdstuk is dat de mogelijkheid biedt om contact te maken en de cliënt niet gelijk dwingt verantwoording af te leggen over de claim/aanvraag of gelijk zijn privé zaken te bespreken. Daarnaast wordt ook duidelijk dat werk een belangrijkste item is in dit gesprek. De cliënt kan de neiging hebben om direct de ernst van het medische verhaal te willen gaan vertellen, maar nu wordt aan het begin van het gesprek duidelijk dat het gaat om werk en (on)mogelijkheden tot werken en niet zozeer om ziekte. Bovendien is dan ook duidelijk dat de interviewer de regie heeft en bepaalt welk hoofdstuk aan bod komt, en niet de cliënt. Daarna komen de medische zaken aan bod. Bij niet-artsen wordt duidelijk dat dit maar een beperkt aantal vragen zijn. Vervolgens komen de ervaren belemmeringen aan bod. De cliënt kan hier aangeven wat allemaal niet meer lukt door klachten. Omdat eerst belemmeringen aan bod komen kan de cliënt daarna wat makkelijker vertellen wat allemaal nog wel lukt bij het hoofdstuk 'Participatie', daaropvolgend. 'Visie cliënt' komt aan het einde van het gesprek aan bod. Ten eerste omdat dit een confronterende vraag kan zijn waarbij de cliënt gevoel kan hebben verantwoording af te moeten leggen, en dit gaat mogelijk makkelijker als er al een band is opgebouwd. Ten tweede omdat de interviewer dan al een beeld heeft van het werk, klachten, belemmeringen en participatieniveau, en dus de visie van de cliënt beter kan begrijpen. De interviewer kan dan ook op onduidelijkheden meer doorvragen.

Bijvoorbeeld: *‘U geeft aan dat u helemaal niet kan werken, maar uw huishouden doen en de kinderen verzorgen lukt wel. Kunt u dat uitleggen?’*

Is er niet veel overlap tussen de verschillende onderdelen?

Bij elk hoofdstuk komt er een ander aspect aan bod. Neem bijvoorbeeld het feit dat het stofzuigen niet lukt. Bij ‘Ervaren belemmeringen’ komt aan bod wat er aan het stofzuigen niet lukt, bijvoorbeeld frequent repeterende armbewegingen of problemen met het geluid van de stofzuiger. De klant noemt bijvoorbeeld dat het stofzuigen van de gladde parketvloer nog wel lukt, maar de vloerbedekking boven niet. Bij het hoofdstuk ‘Participatie’ komt het hele huishouden aan bod en het stofzuigen is dan een onderdeel hiervan. Cliënt kan dan bijvoorbeeld vertellen dat echtgenoot zwaardere onderdelen overneemt, zoals het benoemde stofzuigen van de vloerbedekking, maar ook stofzuigen op lastige plekken, net als ramen lappen en badkamer schrobben. Dan is er geen overlap en draagt het bij aan een consistent beeld.

Doorvragen

Raken mensen niet geïrriteerd door dat doorvragen?

Het komt wel voor dat cliënten geïrriteerd raken bijvoorbeeld bij het doorvragen naar ervaren belemmeringen. De oorzaak kan zijn dat de cliënt bij het doorvragen ‘door de mand valt’ omdat beperkingen niet aanwezig zijn of wel meevallen en dat dit duidelijk wordt bij het doorvragen. Zo is het mogelijk dat een cliënt dan geen voorbeelden kan benoemen. Ook als te ver wordt doorgevraagd, bijvoorbeeld tillen van zware kratten lukt niet >>>> wat zit er dan in het krat? >>>> frisdrank en melk >>>> hoeveel flessen dan? >>> weet ik niet precies, dat wisselt >>>> zijn het dan literflessen of 1,5 literflessen? Etc.

Tip: leg bij irritatie even uit waarom je iets wilt weten (dat je zo goed mogelijk probeert voor te stellen waar cliënt tegenaan loopt door de klachten en niet zomaar aannames wilt doen), maar ga ook niet tot het gaatje doorvragen.

Hoe ver moet je doorvragen bij een ervaren belemmering?

Probeer door te vragen tot je een filmpje in het hoofd kan vormen. Als iemand bijvoorbeeld zegt niet lang te kunnen zitten, bijvoorbeeld bij autorijden, dan vraag je door hoe dat er dan uit ziet. Of om een situatie te beschrijven waarin dat voor komt. Als iemand dan na doorvragen zegt dat de afstand in de auto van Groningen naar Amsterdam (2 uur) niet lukt zonder rustmoment halverwege (Zwolle), dan kan je wel een beeld (film) vormen.

Waarom vraag je liever voorbeelden dan alleen tijdsduur of afstanden?

Afstanden, tijd en gewichten zijn vaak moeilijk in te schatten. Omdat je als beoordelaar de belastbaarheid wel concreet moet vastleggen in tijd, gewicht en afstand is het wel voorstelbaar dat je de cliënt probeert dit te laten zeggen. Maar schatten is lastig. Hoe ver is het precies naar het station? Wat weegt een zware boodschappentas eigenlijk? Probeer zelf maar eens te schatten wat je boodschappentas weegt en dan te checken of je in de buurt zat.

Een voorbeeld geeft veel informatie. Vergelijk bijvoorbeeld: ‘Na 10 minuten zitten krijg ik al pijn’ t.o.v. ‘Een voorbeeld is een voorstelling laatst; na 10 minuten kreeg ik al pijn, maar de pauze was na 45 minuten. Toen was ik blij dat ik op kon staan.’ >>> ‘En het verdere verloop van de voorstelling?’ >>> ‘Ja, nog eens 45 minuten. Ik heb het wel volgehouden door een beetje te wiebelen in de stoel.’ Ook kan er discussie ontstaan bij het vastleggen van de belastbaarheid (‘ik heb toch gezegd dat ik maar 10 minuten kan lopen!’), wat minder snel gebeurt bij omschreven voorbeelden. Aan de hand van een voorbeeld kan de waarheid ook beter worden achterhaald omdat die voorbeelden een meer sprekend verhaal vertellen dan een geschatte tijdsduur.

Alleen een arts kan een oordeel vellen over de belastbaarheid. Deze beoordeelt de beperkingen niet alleen door informatie uit het hoofdstuk ‘Ervaren belemmeringen’, maar ook uit de rest van de

anamnese (participatie bijvoorbeeld), de medische kennis van het ziektebeeld, richtlijnen, lichamelijk en psychisch onderzoek, gegevens van behandelaar, etc.

Ik bedenk zelf situaties en vraag dan of de cliënt daartoe in staat is. Is dat niet handiger dan cliënt voorbeelden te laten bedenken? Cliënt begrijpt ook niet altijd waar ik heen wil.

Als een cliënt beperkingen heeft dan komt hij die vaak ook tegen in het dagelijks leven. In principe zou de cliënt dan ook voorbeelden moeten kunnen benoemen. Aan de hand van een voorbeeld kan de waarheid beter worden achterhaald omdat die voorbeelden een meer sprekend verhaal vertellen. Als je zelf situaties gaat bedenken dan kan de cliënt 'de bal makkelijk inkoppen' ('nee, dat kan ik niet'). Ook kunnen de door de interviewer genoemde situaties mogelijk niet in het leven van cliënt voorkomen ('kan u een krat bier tillen?' >>> 'Ik drink geen bier'). Kortom als de interviewer zelf voorbeelden gaat bedenken dan heeft het minder waarde dan dat de cliënt zelf komt met voorbeelden. Tip is om er in ieder geval nooit mee te beginnen, en hoogstens algemene voorbeelden te noemen als de cliënt het niet begrijpt: *'Heeft u problemen met bepaalde houdingen of handelingen?'* Of bijvoorbeeld als cliënt niet begrijpt wat bij mentale belemmeringen moet worden aangegeven: *'Iemand met bijvoorbeeld knieklachten kan aangeven dat hij moeite heeft met lopen. Zo kan het ook zijn dat iets niet lukt vanwege psychische klachten. Lukken bij u bepaalde zaken niet door uw angstklachten?'*

Open mind

Niet iedereen spreekt de waarheid. Mensen die goed zijn geïnstrueerd en liegen of mensen die bij een heronderzoek het klappen van de zweep goed kennen vallen zo niet door de mand.

Als een cliënt simuleert of overdrijft dan ontstaan inconsistenties in het verhaal bij een zorgvuldige anamnese, is de theorie. Het is namelijk erg moeilijk om bij simuleren een consistent verhaal te vertellen, zowel qua klachten, als bijpassende belemmeringen en participatieactiviteiten. Maar het is niet onmogelijk bij goede instructie en voorbereiding. Het is daarom mogelijk dat de beoordelaar een onjuist oordeel velt bij een consistent verhaal van de cliënt (interne consistentie), zeker als andere bevindingen, zoals observatie en lichamelijk onderzoek, of externe gegevens, zoals informatie van de behandelaar (externe consistentie), ook hierbij passen.

In tegenstelling tot bijvoorbeeld een onderzoeker zijn de mogelijkheden om beweringen van de cliënt te checken voor ons beperkt (en onderzoek door handhaving, zoals voor de deur posten, is niet gebruikelijk). Het Schattingsbesluit zegt hierover dat het verhaal van de cliënt het uitgangspunt is en dat er consistentie tussen stoornis, beperkingen en handicaps dienen te zijn. Dat is het beoordelingskader.

Als de interviewer het idee heeft dat er gesimuleerd of overdreven wordt, dan zijn er toch vaak inconsistenties binnen het verhaal of ten opzichte van andere bevindingen. Bij inconsistenties kan de verzekeringsarts gevraagd worden naar een oordeel.

Kan je wel empathisch zijn als je geen oordeel, mening en advies mag toelaten tijdens het gesprek?

Empathie wordt gedefinieerd als inlevingsvermogen, de kunde of vaardigheid om je in te leven in de gevoelens van anderen. Empathie is belangrijk in de anamnese om de cliënt te begrijpen. Door te luisteren zonder te oordelen of zaken op te lossen heeft de cliënt tijd om zijn verhaal te vertellen, en empathie past hier goed bij. Het is ook van belang deze gevoelens terug te geven in gevoelsreflecties, maar zonder daar bij te oordelen. Dus bij hoofdstuk 'Werk' niet: *'Wat goed dat u 2 uur per dag werkt!'* Wel: *'U klinkt blij als u over uw werk praat, wat fijn.'* Bij het eerste krijg je aan het einde van het spreekuur, als cliënt toch 8 uur per dag belastbaar wordt geacht, mogelijk een discussie 'u zei dat het goed was dat ik 2 uur per dag werk!'

Omdat het informatieverzamelingskader van een beoordeling betreft is het vaak nodig dat er tijdens het gesprek wel wat afstand van de cliënt gehouden dient te worden.

Doelgroep en communicatie

Krijg je wel je informatie bij cliënten met weinig ziekte-inzicht?

Bijvoorbeeld bij een man met een verstandelijke beperking kan het voorkomen dat hij aangeeft geen klachten of belemmeringen te ervaren. Zoals bij het hoofdstuk 'Ervaren belemmeringen', als je vraagt wat dingen zijn die hij niet kan doen. Hij geeft dan aan: 'ik kan alles wel'. Dit terwijl er volgens eigen inschatting of eerdere informatie wel belemmeringen worden verwacht.

Belangrijk is aan te sluiten bij het vocabulaire van cliënt; zo kan het woord belemmeringen bijvoorbeeld niet begrepen worden. Je kan de vraag anders stellen: 'Gaat er wel eens iets mis?', 'Geven andere mensen wel eens aan dat er iets niet goed gaat?' of 'Zijn er dingen waar andere mensen bij jou problemen mee hebben?'

Vervolgens kan je de CLEB langsgaan, en de aanvullende vragen stellen. Als dit niet helpt, kan je per item toch zelf voorbeelden noemen. Verder komt dan vaak bij het hoofdstuk 'Participatie' naar voren dat er wel beperkingen zijn, bijvoorbeeld dat moeder de administratie doet omdat cliënt zelf de post niet opent en de brieven lezen lastig vindt.

Echter de regel is dat als informatie niet verstrekt wordt door de cliënt, maar beperkingen wel vermoed worden, andere bronnen aangeboord dienen te worden. Bijvoorbeeld heteroanamnese met ouders, informatie van school of stagebegeleider, werkgever of jobcoach.

Hoe te handelen bij mensen met taalproblemen?

Het gesprek bij iemand die de taal niet spreekt verloopt vaak moeizaam. Als een familielid vertaalt dan bestaat het gevaar dat de interpretatie of mening van dat familielid in die vertaling een rol gaat spelen. Een professionele tolk is daarom beter. Welke methode je ook toepast: bij een taalprobleem is de anamnese moeilijker en minder verfijnd. Naar voorbeelden vragen gaat bijvoorbeeld lastiger. Voordeel van deze gestructureerde methode met doorvragen is dat je je als interviewer wel bewust wordt dat je bepaalde informatie niet of onvoldoende hebt en dat je die op een andere manier moet zien te krijgen.

Wat doe je als partners of ouders het gesprek overnemen?

In het algemeen geldt dat eerst de anamnese bij de cliënt zelf afgenomen dient te worden. Zo wordt bijvoorbeeld ook duidelijk wat nu precies de visie van de cliënt is en in hoeverre er inzicht is in de problematiek, etc. Zo kan bij iemand met beperkt ziekte-inzicht door bijvoorbeeld hersenbeschadiging duidelijk worden dat er minder inzicht is in de beperkingen. Daarnaast is het zinvol om op dezelfde manier (structureren, doorvragen, open mind) de begeleider/ouder/partner te interviewen (heteroanamnese). Het is zaak de begeleider uit te leggen dat hij de kans krijgt om uitgebreid zijn verhaal te doen, maar dat het voor het onderzoek nodig is dat eerst cliënt zelf aan bod komt. Het is van belang deze twee verschillende anamneses ook apart te rapporteren zodat duidelijk is uit welke bron de informatie komt. Ook kan je afspreken dat de begeleider aan het einde van elk hoofdstuk van de PGI even de ruimte geboden wordt om iets te zeggen. Soms is de begeleider zodanig aanwezig dat het niet mogelijk is het gesprek met de cliënt te voeren. Het kan dan nodig zijn een gesprek met cliënt alleen te voeren.

Wat kan je doen als mensen de vragen niet begrijpen?

Gesprekstechnische vaardigheden zijn belangrijk. Een van de vaardigheden is om aan te sluiten bij het begripsniveau van de cliënt. Als ook met eenvoudig taalgebruik aansluitend bij de cliënt geen goede communicatie mogelijk is dan dient informatie uit een andere bron verkregen te worden. Bijvoorbeeld de partner, ouder, stagebegeleider of school.

Geen ziekte uitvragen

Wat doe je als cliënten het zelf toch graag over hun klachten en ziekte willen hebben?

Dan dient de interviewer duidelijk te maken dat de interviewer het niet over de medische situatie mag hebben en dat het ook niet wordt opgeschreven in het rapport, maar dat de gevolgen van de

ziekte (belemmeringen, participatie) wel uitgebreid aan bod komen. In de introductie is het belangrijk dit al aan te geven.

Wat zijn precies medische gegevens en wat niet?

Medische gegevens zijn: klachten, diagnoses, behandeling (zelfs óf iemand behandeling heeft) en medicatie. Gevolgen van medische zaken (niet autorijden door medicatie, niet beschikbaar zijn door behandeling) mag je wel uitvragen.

Hoe kan je ziekte uit de weg gaan?

Geef in je introductie aan dat je het niet over medische zaken gaat hebben en waarom (het mag niet en er komt niks van in rapport, minder tijd in het gesprek voor relevante zaken) en eventueel wat die medische zaken zijn. Dat je het wel over de gevolgen van de ziekte gaat hebben.

Geef ook steeds aan de cliënt aan als die het toch over medische zaken heeft. Je hoeft de cliënt niet af te kappen als het toch gebeurt. Probeer het dan om te buigen van ziekte naar gevolgen van de ziekte en niet af te kappen ('*U heeft veel rugpijn, kunt u eens vertellen welke zaken u daardoor niet meer kan doen?*'), gesprekstechnische vaardigheden zijn belangrijk hierbij).

TOTSTANDKOMING

Het “Belastbaarheidgericht Beoordelingsgesprek” (BGB) is een gesprekmethode voor verzekeringsartsen. In 1999 is de eerste versie ontstaan vanuit de praktijk. Door de jaren heen is de methode steeds aangepast en concreter geworden door interactie met de praktijk en wetenschappelijk onderzoek [12]. Aanpassingen in de BGB-methode werden verwerkt in de PGI-methode als ze van toepassing waren.

Voor participatieadviezen aan de gemeente van cliënten in de bijstand werd vanaf 2009 op een aantal UWV kantoren een gecombineerd onderzoek verricht door de verzekeringsarts en arbeidsdeskundige. In 2011 ontstond de vraag of de verzekeringsarts altijd ingeschakeld diende te worden, of dat deze ook alleen op indicatie kon worden ingezet. Aanvankelijk werd in een pilot "arbeidsdeskundige op kop" vanaf 2011 onderzocht of dit mogelijk was. Bij de arbeidsdeskundigen ontstond de behoefte aan een gestructureerde gespreksmethode om het functioneren in kaart te brengen. Hiervoor werden een drietal hoofdstukken van de BGB gebruikt namelijk 'Ervaren belemmeringen', 'Participatie' en 'Visie cliënt'. Daarnaast werd de methode uitgebreid met specifieke hoofdstukken die van belang zijn voor participatie zoals 'opleiding, vaardigheden en werkervaring', 'motivatie' en 'belasting in de privé-situatie'. In 2011 en 2012 kregen vijf groepen arbeidsdeskundigen een tweedaagse training in deze methode. De methode werd uitgebreid, aangepast en verfijnd naar aanleiding van commentaar van die groepen en kreeg een eigen naam: het 'Participatie Gerichte Interview' (PGI).

In 2012 volgden ook andere arbeidsdeskundigen de training waaronder arbeidsdeskundigen die werken met de Wajong populatie. Verder werd de PGI training opgenomen in de standaard opleiding van re-integratiebegeleiders van UWV. Vanaf 2013 werden trainers opgeleid voor de arbeidsdeskundigen en vanaf 2014 voor de re-integratiebegeleiders. De beschrijving van de methode en de trainingen werden steeds aangepast door terugkoppeling en feedback van cursisten en trainers. Ook werden aanpassingen gemaakt op basis van nieuwe inzichten in beleid en wetgeving, bijvoorbeeld n.a.v. rapport Gevers [4].

Ook werd de training aan andere doelgroepen gegeven zoals adviseurs intensieve dienstverlening (AID), werkcoaches, casemanagers, klantmanagers van gemeenten, re-integratiebegeleiders en trajectcoaches. Allemaal mensen die bezig zijn met de re-integratie in werk. Het commentaar en de aanbevelingen van deze groepen werd verwerkt door middel van aanpassingen van de methode.

LITERATUUR

1. https://www.researchgate.net/publication/336025841_Belastbaarheidgericht_Beoordelingsgesprek_BGB.
2. International Classification of Functioning, disability and health. WHO, Geneva, 2002.
3. Spanjer J, Krol B, Brouwer S, Groothoff JWG. Disability assessment interview: the role of detailed information on functioning besides medical history taking. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2009;41:267-72.
4. Gevers JKM. Vormgeving aan de verantwoordelijkheid van de verzekeringsarts in het proces van de ziekwet. 2013.
5. Marfeo EE, Haley SM, Jette AM, Eisen SV, NI P, Bogusz K et al. Conceptual foundation for measures of physical function and behavioural health function for social security work disability evaluation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2013;94:1645-52.
6. Spanjer J. De praktische concretisering van psychische belastbaarheid. *Tijdschr. voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 1996;5:182-6.
7. Gebaseerd op de Functionele Mogelijkheden Lijst.
8. Spanjer J. De speciële anamnese bij psychische beperkingen. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 2005;13;277-8.
9. Spanjer J. Voorbeelden: een hulpmiddel om de ernst van de beperkingen te beoordelen. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 2002;10:109-111.
10. Spanjer J, Krol B, Brouwer S, Groothoff JWG. Disability assessment interview: the role of detailed information on functioning besides medical history taking. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2009;41:267-72.
11. Lomax CL, Brown RG, Howard. Measuring disability in patients with neurodegenerative disease using the 'Yesterday Interview'. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:1058-64.
12. Spanjer J. The Disability Assessment Structured Interview. Its reliability and validity in work disability assessment. Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen, 2010.

BIJLAGE 1. WERKKAART PGI

Werkkaart Participatie Gericht Interview

Spreekuur datum: _____ Interviewer: _____

Cliënt: _____ BSN: _____

M / V _____ jaar

Opleiding en vaardigheden

Opleiding, oorzaak afgebroken opleidingen

Vaardigheden (talenkennis, rijbewijs, computervaardigheden, typevaardigheid, etc.)

Werk

Arbeidsverleden (functienaam, uren per week, oorzaak einde dienstverband)

Laatste werk (functienaam, arbeidspatroon, duur dienstverband)

Werkinhoud

Zware onderdelen, sfeer

Oorzaak einde dienstverband

Werk momenteel (betaald en onbetaald)

Uitkering nu en in verleden

Afspraken over werk

Beperkingen door ziekte of behandeling

Beperkt beschikbaarheid tgv behandeling zoals dagbehandeling of revalidatie?

Beperkingen door medicatie?

Ziektes met wegrakingen?

Adviezen over belasting of werk verstrekt door behandelaars?

Ervaren belemmeringen (eerst spontaan, daarna CLEB , concrete en recente voorbeelden)

Lichamelijk

Zitten

Staan

Lopen

Tillen

Bukken

Knielen/hurken

Traplopen

Reiken

Bovenhands werk

Gebruik handen

Mentaal

Omgang met mensen

Concentreren

Verantwoordelijkheid

Weinig structuur, onverwachtse zaken

Tijdsdruk

Omgevingsprikkel

Conflicten

Problemen van andere mensen

Participatie (wat doet cliënt wel en wat niet meer?)

Sociale omgeving (partner?, kinderen? partner werkzaam?)

Dagverhaal

Zelfverzorging

Administratie en financiën

Hobby's en vrijetijd

Sport en bewegen

Vervoer

Huishouden, koken, boodschappen

Zorgtaken

Sociale contacten

Belasting privésituatie

Taken in huishouden en opvoeding

Sociale verplichtingen

Speelruimte

Visie cliënt

Onderdelen in eigen werk die niet lukken

Geschikt passend werk/voorwaarden/hoeveel uur

Toekomstvisie

Motivatie

Wil cliënt werken?

Wat wel en niet?

Bereid opleidingen te volgen?

Sollicitatievaardigheden

CV

Sollicitaties

Netwerk

Observatie (beschrijving uiterlijk en gedragingen)

BIJLAGE 2. CHECKLIST ERVAREN BELEMMERINGEN (CLEB)

Lichamelijk	Situatie/Voorbeeld
Zitten	
Staan	
Lopen	
Tillen/dragen	
Bukken	
Knielen/hurken	
Traplopen	
Reiken	
Bovenhands actief zijn	
Gebruik handen	
Mentaal	
Omgaan met anderen	
Concentreren	
Verantwoordelijkheden dragen	
Structureren	
Tijdsdruk aankunnen	
Omgaan met omgevingsprikkels	
Conflicten hanteren	
Omgaan met problemen van anderen	
Zintuigen	
Horen	
Zien	
Voelen	
Specifieke omgevingseisen	
Koude/hitte	
Stof, damp, gas, rook	
Huidcontact	
Trillingen	
Andere belemmeringen	
...	

BIJLAGE 3. CONCRETE VRAGEN BIJ PSYCHISCHE BELEMMERINGEN

Bij elk van de acht belemmeringen staat een hoofdvraag en daarnaast enkele verdiepende vragen.

Omgang met anderen

Heeft u problemen in de omgang met andere mensen?
 Lukt dit ook als dit onbekenden zijn of in een groep?
 Zijn er problemen met bepaalde mensen?

Concentreren

Kunt u zich goed concentreren?
 Kunt langer de aandacht op iets richten?
 Lukt dit ook als de stof gecompliceerd is?

Verantwoordelijkheid

Kunt u verantwoordelijkheden aan? Kunt u goed beslissingen nemen?
 Lukt dit ook als de consequenties van een beslissing groot zijn?
 Is er controle of overleg nodig bij bepaalde beslissingen?

Structuur

Kunt u omgaan met ongestructureerde situaties of onverwachte gebeurtenissen?
 Kunt u zich aan plannen houden?
 Zijn er problemen bij het aankunnen van meerdere taken tegelijk?
 Zijn andere mensen nodig om structuur aan te brengen?

Tijdsdruk

Kunt u goed omgaan met tijdsdruk?
 Is het een probleem als iets binnen een bepaalde tijd af moet?
 Als iets sneller af moet (tempo hoog) lukt dit dan?
 Kunt u meerdere afspraken op een dag aan?

Omgevingsprikkels

Kunt u tegen drukte en onrust in de omgeving?
 Zijn er problemen bij veel of harde geluiden?
 Zijn er problemen in een omgeving met veel mensen?

Conflicten

Kunt u omgaan met conflicten?
 Kunt u voor zichzelf opkomen of een mening verdedigen?
 Hoe gaat dit in schriftelijk, telefonisch of in direct contact?
 Hoe gaat dit bij 'moeilijke' mensen (agressieve of onredelijke mensen)?

Problemen van anderen

Kunt u problemen of ellende van anderen aan?
 Kunt u omgaan met emotionele zaken?
 Kunt u er afstand van nemen?

