

Motiverende gespreksvoering als hefboom voor re-integratie-gesprekken tijdens arbeidsongeschiktheid

Isha Rymenans - Department of Work and Organisation Studies - KU Leuven

Charlotte Vanovenberghe - Department of Experimental Clinical and Health Psychology - UGent

Emelien Lauwerier - Department of Psychology - Open University of the Netherlands

Marc Du Bois - Department of Public Health and Primary Care - KU Leuven

Anja Van den Broeck - Department of Work and Organisation Studies - KU Leuven, Optentia North West University

Vanovenberghe, C., Van den Broeck, A., Bois, M. Du, Schryver, M. De, & Lauwerier, E. (2022). A pilot randomized controlled trial on motivational interviewing in return to work after work disability. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2022.09.014>

Rymenans, I., Vanovenberghe, C., Du Bois, M., Van den Broeck, A., & Lauwerier, E. (2023). Process Evaluation of a Motivational Interviewing Intervention in a Social Security Setting: A Qualitative Study among Work-Disabled Patients. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1-16. <https://doi.org/10.1007/S10926-023-10108-4>

ABSTRACT

Aan de hand van twee studies¹ onderzochten we de meerwaarde van motiverende gespreksvoering bij re-integratie, en exploreerden we hoe, voor wie en onder welke omstandigheden het werkt. Een eerste gerandomiseerde pilootstudie includeerde 265 arbeidsongeschikte verzekerden en vergeleek een controlegroep (met de standaard consultvoering) met een interventiegroep. De interventie bestond uit een consult waarin een paramedicus van de mutualiteit motiverende gespreksvoering toepaste. Vlak voor het consult, één week erna en drie maanden erna kregen de participanten een vragenlijst die peilde naar onderliggende psychologische factoren, bijvoorbeeld hun motivatie en psychologische basisbehoeften ten aanzien van werk, hun levenskwaliteit en werkvermogen. Gegevens over eventuele werkhervatting en terugval in arbeidsongeschiktheid werden opgevolgd tot twaalf maanden na aanvang van de ziekteperiode via de databank van de mutualiteit. In een tweede studie werden achttien participanten (met lage rugpijn of medisch onverklaarde symptomen) geïnterviewd over wat ze positief en nuttig vonden aan het consult op basis van motiverende gespreksvoering en waarom.

¹ Voor meer info over de gebruikte methoden, kan u steeds contact opnemen via isha.rymenans@kuleuven.be. Beide studies verkregen de nodige goedkeuring op vlak van zowel ethiek als GDPR via de Ethische Commissie Onderzoek van UZ/KU Leuven (B322201941009) en de Commissie voor Medische Ethiek van UZ Gent (2019/1248) (ClinicalTrials.gov registratienummer = NCT05412537).

De resultaten tonen aan dat de interventiegroep sneller terug aan het werk ging en minder kans op hervat vertoonde dan de controlegroep. Voor de onderliggende psychologische factoren vonden we geen effect terug. Uit de interviewdata blijkt echter dat motiverende gespreksvoering de psychologische basisbehoeften aan autonomie, betrokkenheid en competentie lijkt te ondersteunen. Hierdoor verlieten participanten het consult met positieve gevoelens, nieuwe hoop en andere opties naar werkhervatting toe. Participanten met lage rugpijn vonden individueel advies belangrijk, terwijl diegene met medisch onverklaarde symptomen vooral begrepen en geloofd wilden worden. Aangezien motiverende gespreksvoering re-integratie zou kunnen bevorderen, is een verdere uitbreiding rond communicatietrainingen voor andere betrokken actoren wenselijk. De complexe interactie met externe factoren zoals de werking van de mutualiteit, de behandelende context of de mogelijkheden en steun van het werk, vraagt verder onderzoek en een beleidsmatige aanpak.

Het groeiend aantal arbeidsongeschikte verzekerden, die omwille van gezondheidsproblemen niet kunnen werken, zet onze sociale zekerheid steeds meer onder druk. Bovendien heeft arbeidsongeschiktheid een negatieve invloed op zowel de financiële situatie, als het fysiek en mentaal welzijn van verzekerden. Vroege re-integratie is dus belangrijk, ook omdat werkhervatting alsmaar moeilijker wordt naargelang iemand langer afwezig blijft van het werk. Daarom worden verzekerden die toch langdurig ziek blijven, uitgenodigd bij een arts of paramedicus van hun mutualiteit om de nodige begeleiding te krijgen. Bijkomend dienen deze gesprekken om te evalueren of verzekerden nog steeds recht hebben op een uitkering. Een eerste stap naar een aanpak die minder controlerend en meer ondersteunend aanvoelt voor verzekerden, kan zijn om motiverende gespreksvoering te introduceren bij de mutualiteiten. Deze cliëntgerichte gespreksmethodiek tracht re-integratie eerder op een duurzame manier te faciliteren. Door verzekerden te doen nadenken over redenen voor werkhervatting die ze belangrijk, in lijn met hun waarden, of interessant vinden, kan terugval in ziekte proberen vermeden worden. Onderzoek toont aan dat dit beter werkt dan het opleggen van externe druk (bijvoorbeeld het financiële aspect) of interne druk (zoals focussen op schuld- en schaamtegevoelens) om gedragsverandering, of in dit geval re-integratie, te bevorderen. Via onze studies willen we dan ook nagaan of motiverende gespreksvoering kan bijdragen aan de re-integratie van Vlaamse verzekerden in arbeidsongeschiktheid, en op welke manier.

Situering van het onderzoek

Arbeidsongeschiktheid: een maatschappelijk en individueel probleem

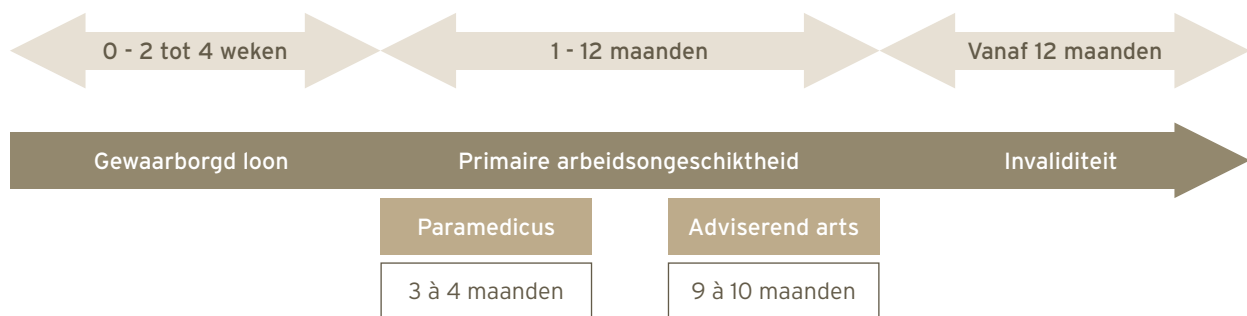
Het aantal arbeidsongeschikte en langdurig zieke personen in België vertoont een stijgende lijn. De meest recente cijfers uit 2021 geven aan dat er toen ruim 485 000 verzekerden, zijnde werknemers, werklozen of zelfstandigen, waren die al langer dan één jaar arbeidsongeschikt waren. Samen met de uitkeringen gelinkt aan primaire arbeidsongeschiktheid (minder dan twaalf maanden afwezig van het werk), was dit goed voor een totale uitgave van bijna 9,6 miljard euro voor ons sociaal zekerheidsstelsel (RIZIV, 2023b). Bovendien voelen arbeidsongeschikte verzekerden zich vaker uitgesloten van de maatschappij. Naast de negatieve impact op hun fysiek en mentaal welzijn, ervaren zij ook vaker financiële moeilijkheden (Black, 2012).

De opvolging van arbeidsongeschiktheid door de mutualiteiten

Na de periode van het gewaarborgd loon, betaald door de werkgever voor arbeiders en bedienden, staan de mutualiteiten in voor de maandelijkse arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Deze bedragen ongeveer 60% van het begrensde brutoloon (zie **FIGUUR 1**) (RIZIV, 2021).

Verzekerden die langdurig ziek blijven, kunnen door hun mutualiteit worden opgeroepen. Rond drie à vier maanden vindt een eerste gesprek plaats bij een paramedicus, zoals een kinesitherapeut, verpleegkundige, ergotherapeut of psycholoog (zie **FIGUUR 1**). Tijdens zo een gesprek worden de voornaamste gezondheidsklachten, maar ook de resterende mogelijkheden besproken om in te schatten of de verzekerde in staat is het werk te hervatten. Steeds meer wordt hier een bio-psychosociaal in plaats van een louter biomedisch perspectief gehanteerd. Bij dit laatste wordt bijvoorbeeld ook de motivatie om het werk te hervatten en sociale factoren zoals de steun vanuit de werkomgeving in acht genomen. Het gesprek is ook een opportuniteit om verzekerden individueel advies te bieden, onder andere over progressieve werkhervatting, een doorverwijzing naar VDAB of GTB, of het opstarten van een traject bij een terug-naar-werk (TNW) coördinator (RIZIV, 2023a). Een TNW coördinator kan praktische ondersteuning bieden bij de verschillende re-integratiemogelijkheden en de bijhorende regelgeving en administratieve procedures.

FIGUUR 1 \ Overzicht van het proces dat arbeidsongeschikte verzekerden doorlopen op basis van hun erkenning door de mutualiteiten



Bron: RIZIV (2021)

Als verzekerden rond negen à tien maanden nog (deels) arbeidsongeschikt zijn, zal een arts van de mutualiteit hen uitnodigen voor een beoordeling (zie **FIGUUR 1**) (RIZIV, 2021). Deze adviserende artsen nemen de eindbeslissing rond het al dan niet verder verlengen van de arbeidsongeschiktheid naar het stelsel van invaliditeit (meer dan twaalf maanden arbeidsongeschikt). Vanaf dan bedragen de maandelijkse uitkeringen 40 tot 65% van het begrensd brutoloon, afhankelijk van de gezinssituatie. De beoordeling gebeurt aan de hand van een wettelijke bepaling die stelt dat er sprake moet zijn van 66% verminderd verdienvermogen omwille van de ervaren gezondheidsklachten. Verzekerden die geschikt worden geacht om te hervatten, hetzij in dezelfde dan wel een aangepaste of nieuwe job, krijgen dan een opgelegde werkhervatting. Hoewel ze dit kunnen aanvechten, worden ze hierdoor verplicht om ofwel opnieuw aan het werk te gaan, ofwel een werkloosheidsuitkering aan te vragen bij de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening (RVA) (RIZIV, 2021).

De verplichting tot werkhervatting is een externe bron van druk voor verzekerden. Daarnaast kunnen zulke gesprekken bij de mutualiteit wellicht ook interne druk introduceren bij de verzekerden, vanuit een gevoel dat hen bepaalde verwachtingen worden opgelegd vanuit hun mutualiteit, hun werkgever of de maatschappij. De zelfdeterminatietheorie stelt dat deze meer dwingende vormen van motivatie minder effectief zijn in het bevorderen van langdurige duurzame gedragsverandering, wat in deze context een re-integratie zonder terugval in ziekte inhoudt (Deci & Ryan, 2000).

Motivatie ten opzichte van een terugkeer naar werk

Volgens de zelfdeterminatietheorie (ZDT) bestaan er verschillende types van motivatie die werknemers, patiënten of verzekerden kunnen hebben ten opzichte van gedragsverandering (Deci & Ryan, 2000). Allereerst kan er sprake zijn van a-motivatie, wat bijvoorbeeld inhoudt dat verzekerden niet terug aan de slag willen omdat ze dit zinloos vinden of zich hulpeloos voelen. Daarnaast kunnen verzekerden zich geforceerd voelen om het werk te hervatten, wat valt onder gecontroleerde motivatie. Dit kan zowel om externe druk gaan (denk aan druk vanuit de partner omwille van financiële redenen), als interne druk (bijvoorbeeld vanuit een schuldgevoel naar de collega's toe). Tot slot kunnen verzekerden ook autonoom gemotiveerd zijn ten opzichte van werkhervatting. Ze vertrekken dan vanuit beweegredenen die ze zelf belangrijk, in lijn met hun waarden en normen, of leuk en interessant vinden. Een verpleegkundige kan bijvoorbeeld terug willen gaan werken omdat ze het in het algemeen belangrijk vindt om anderen te helpen, of omdat ze het interessant vindt om na te denken over de complexe casussen van haar patiënten. Uit onderzoek blijkt dat autonome motivatie het meest kwalitatieve type is. Het is effectiever dan gecontroleerde motivatie wat betreft het promoten van gedragsverandering op gezondheidsvlak (Ng et al., 2012), of het bevorderen van welzijn en prestaties op het werk (Van den Broeck et al., 2021).

Vanuit ons onderzoek willen we nagaan of een meer positieve aanpak bij de mutualiteiten die, ten eerste verzekerden bekrachtigt vanuit autonome beweegredenen voor een terugkeer naar werk en die bovendien adviserend artsen en paramedici in staat stelt hun evaluatie uit te voeren op een manier die minder controlerend en dwingend aanvoelt voor verzekerden, kan bijdragen aan het re-integratieproces. Hiervoor doen we beroep op motiverende gespreksvoering, een bewezen gespreksmethodiek die gericht is op samenwerking en de cliënt centraal stelt en accepteert als uniek individu (Miller & Rollnick, 2013).

Kan motiverende gespreksvoering het re-integratieproces bevorderen?

Motiverende gespreksvoering vertrekt vanuit de idee dat er altijd ambivalentie is in een proces van gedragsverandering (Miller & Rollnick, 2013). In het kader van re-integratie kunnen verzekerden dus zowel redenen voor als tegen werkhervatting hebben. Hulpverleners kunnen dan gebruik maken van technieken zoals open vragen, affirmaties, samenvattingen en reflecties, om hun cliënten luidop te doen reflecteren over redenen ten voordele van de beoogde gedragsverandering. Afhankelijk van de bereidheid die cliënten vertonen, zet de hulpverlener de gesprekstechnieken op een andere manier in. Wanneer cliënten zich nog niet klaar voelen, zal de hulpverlener eerst proberen te engageren (op het gemak stellen) om daarna te focussen (oftewel samen beslissen waarover het gesprek zal gaan). Bij cliënten die al meer bereid lijken om stappen te zetten, zal de hulpverlener inzetten op het ontlocken van beweegredenen en ideeën, om dit vervolgens concreet te gaan maken binnen de fase van het plannen (Miller & Rollnick, 2013).

Adviserend artsen en paramedici zouden gebruik kunnen maken van motiverende gespreksvoering om verzekerden zelf met redenen, ideeën of mogelijke oplossingen te laten komen om zo duurzame werkhervatting te faciliteren. Bijkomend individueel advies over de verschillende opties kan dan gegeven worden op een suggererende en niet-dwingende manier. Bijvoorbeeld, wanneer artsen eerst om toestemming vragen vooraleer ze meer info geven, zijn verzekerden meer geneigd dit ten harte te nemen. Bovendien kan motiverende gespreksvoering ook helpen bij het versterken van verzekerden hun competentiegevoel ten opzichte van een terugkeer naar werk (Miller & Rollnick, 2013), wat een sterk voorspellende waarde heeft (Brouwer et al., 2010). Eerste bevindingen uit landen zoals Noorwegen en Canada tonen aan dat motiverende gespreksvoering in de context van arbeidsongeschiktheid een positief effect heeft (Flodgren & Berg, 2017; Foldal et al., 2020; Park et al., 2018), wat het de moeite waard maakt om verder te exploreren. Dit onderzoek wil dan ook nagaan of motiverende gespreksvoering het re-integratieproces van Vlaamse verzekerden kan faciliteren.

Methoden

Voor de eerste, gerandomiseerde studie rekruteerden we verzekerden bij een mutualiteit van oktober tot december 2019. Mogelijke participanten werden via hun computersysteem at random ingedeeld bij ofwel een arts of paramedicus die een standaard consult hield (dit is de controlegroep), ofwel bij de paramedicus die het consult verrijkte met motiverende gespreksvoering (dit is de interventiegroep). De verzekerden die interesse hadden om mee te werken, vulden in de wachtzaal een geïnformeerde toestemming en vragenlijst in. Enkel participanten met volgende kenmerken werden geïncludeerd: tussen de 18 en 65 jaar zijn, niet zwanger zijn, het Nederlands voldoende machtig zijn en de nodige cognitieve vaardigheden bezitten om zelfstandig de vragenlijsten in te vullen. De participanten werden opgevolgd tot twaalf maanden na de aanvang van hun arbeidsongeschiktheid. Uit de databank van de mutualiteit werden volgende gegevens geëxtraheerd: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, diagnose, de duur van de arbeidsongeschiktheid (aantal dagen tot gedeeltelijke of volledige werkhervatting) en de duurzaamheid van een eventuele werkhervatting (aantal dagen tussen de werkhervatting en een terugval in arbeidsongeschiktheid). Vlak voor het consult, één week erna en drie maanden erna werden volgende psychologisch onderliggende variabelen bevraagd: de voldoening en frustratie van de psychologische basisbehoeften voor autonomie ("Ik voel dat mijn beslissingen weerspiegelen wat ik echt wil" bijvoorbeeld), verbondenheid ("Ik voel dat de mensen om wie ik geef, ook geven om mij") en competentie ("Ik heb er vertrouwen in dat ik dingen goed kan doen"); de verschillende motivatietypes ten aanzien van de meest recente werkervaring; en hun zelf ingeschatte levenskwaliteit en vermogen om te werken. De analyses werden uitgevoerd via *linear mixed effect models* waarbij 'randomisering' (dit is interventie versus controle) en 'tijd' als vaste effecten werden opgenomen, terwijl de verschillende participanten als een 'random effect factor' werden beschouwd.

Voor de tweede, kwalitatieve studie konden participanten uit de interventiegroep deelnemen aan een individueel interview. Negentien participanten met ofwel lage rugpijn ofwel medisch onverklaarde klachten stemden in met een interview bij hen thuis. Via open vragen werd er gepeild naar hoe zij het consult op basis van motiverende gespreksvoering hadden ervaren, wat hun verwachtingen vooraf waren, welke gevoelens of gedachten ze achteraf hadden, en welke externe factoren van invloed waren op dit hele proces (Moore et al., 2015). De audio-opnames werden uitgeschreven en geanalyseerd via thematische analyse om terugkerende patronen of thema's in de data te kunnen identificeren (Braun & Clarke, 2006).

Resultaten

De gerandomiseerde studie omvatte 265 verzekerden (59% was vrouw, 45 jaar was de gemiddelde leeftijd, 60% was kortgeschoold, 59% had een mentale problematiek, 48,5% een musculoskeletale aandoening en 8,3% leed aan chronische vermoeidheid of pijnklachten). In de controlegroep waren de participanten gemiddeld 184 dagen arbeidsongeschikt bij het invullen van de vragenlijst, en in de interventiegroep was dit 161 dagen. In de tweede studie interviewden we negentien participanten (73,7% was vrouw, 43 jaar was de gemiddelde leeftijd, gemiddelde duur van de arbeidsongeschiktheid was 175 dagen, zes van hen werkten in het onderwijs of onderzoek, acht deden zware fysieke arbeid, drie werkten in de verkoop en dienstensector, één was administratief bediende en een laatste had een technisch beroep). Elf participanten hadden een vorm van lage rugpijn, terwijl de overige acht medisch onverklaarde symptomen hadden. Gemiddeld gezien duurden de interviews 50 minuten en werden deze 47 dagen na het consult afgenomen.

De resultaten van de gerandomiseerde studie voor terugkeer naar werk en terugval in arbeidsongeschiktheid worden getoond in **TABEL 1**. Wie motiverende gespreksvoering kreeg (interventiegroep), hervatte het werk significant sneller dan participanten uit de controlegroep ($\chi^2 = 4.09$, $p < 0,04$). Verder gingen de participanten uit de interventiegroep ook duurzamer terug aan de slag, aangezien hun gemiddeld aantal dagen tussen werkhervatting en terugval in arbeidsongeschiktheid significant hoger was vergeleken met de controlegroep ($\chi^2 = 5.01$, $p < 0,025$).

TABEL 1 \ Overzicht van het gemiddeld aantal dagen tot werkhervatting en de gemiddelde duur van de werkhervatting per groep (interventie versus controle)

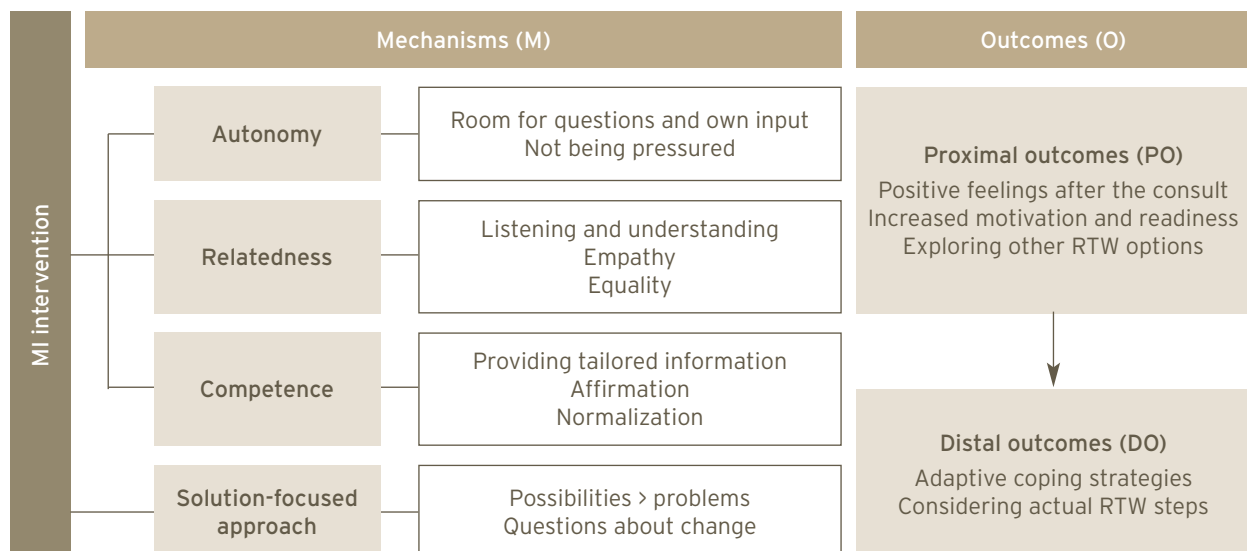
Gemiddelde (standaardafwijking)	
AANTAL DAGEN TOT GEDEELTELIJKE OF VOLLEDIGE WERKHERVATTING	
Motiverende gespreksvoering (interventie)	294,76 (7,85)
Standaard consultvoering (controle)	311,34 (6,81)
AANTAL DAGEN TUSSEN WERKHERVATTING EN TERUGVAL IN ARBEIDSONGESCHIKTHEID	
Motiverende gespreksvoering (interventie)	75,17 (8,50)
Standaard consultvoering (controle)	34,44 (8,29)

Bron: Vanovenberghe et al. (2022)

Zowel de interventie zelf, als het interactie-effect tussen tijd en interventie, hadden geen invloed op de motivatie (a-motivatie, autonome of gecontroleerde) van de participanten, of op de frustratie of voldoening van hun psychologische basisbehoeften. Hoewel het vermogen tot werken als hoger werd ingeschat naargelang de studie vorderde en de tijd verstreek ($\chi^2(2) = 10.38, p < .006$), werd er ook geen effect van de interventie gevonden hierop. Wat betreft de levenskwaliteit vonden we ook geen effecten terug van zowel tijd, interventie, als de interactie hiertussen.

In de interviews vertelden de participanten over wat ze nuttig en positief vonden aan het gesprek, wat gecategoriseerd werd onder het thema werkingsmechanismen (zie **FIGUUR 2**). Deze leken gelinkt te kunnen worden aan de basisbehoeften autonomie (bijvoorbeeld “Ze vertelde me dat ze dit alleen maar kon adviseren aan mij, maar ik had het gevoel dat ik wel zelf mocht beslissen uiteindelijk”), verbondenheid (“Ik werd een beetje emotioneel van het feit dat zij zo oprecht naar mij luisterde”) en competentie (“In het revalidatiecentrum adviseerden ze me om eerst mijn herstel af te wachten, maar die vrouw bij de mutualiteit zei dat het inderdaad goed was om mezelf al te informeren over de mogelijkheden die er zijn”). Dit competentie-ondersteunende aspect was vooral relevant voor participanten met lage rugpijn, terwijl participanten met medisch onverklaarde symptomen het eerder belangrijk vonden om begrepen en geloofd te worden. Volgens de zelfdeterminatietheorie zal de voldoening van deze drie psychologische basisbehoeften de kans op autonome, eerder dan gecontroleerde motivatie, voor gedragsverandering vergroten (Deci & Ryan, 2000).

FIGUUR 2 \ Engelstalig overzicht van de samenhang tussen de verschillende thema's die geïdentificeerd werden in de interviewdata



Bron: Rymenans et al. (2023)

Verder kwamen er ook enkele elementen naar voren waaruit de oplossingsgerichte aard van het gesprek duidelijk werd (De Shazer et al., 1986). Door te focussen op mogelijkheden in de toekomst, in plaats van verder uit te wijden over klachten of problemen, zagen de participanten alternatieven voor werkhervatting en gingen ze ook anders om met hun ziekte achteraf. Een participant vertelde: *"De laatste maanden heb ik mezelf zo opgesloten thuis. Vanaf nu ga ik meer tegen mezelf zeggen: "Whatever!" en zal ik wel naar buiten gaan wanneer ik een goede dag heb."*

Naast de uitkomsten die de participanten hadden ervaren (zie **FIGUUR 2**), zoals meer gemotiveerd zijn na het gesprek, gaven zij aan dat er ook externe factoren waren die al dan niet rechtstreeks een invloed hadden op het effect van het gesprek of het re-integratieproces in het algemeen. Deze contextfactoren situeerden zich ofwel op persoonlijk niveau (bijvoorbeeld *"Ik heb veel angst om opnieuw uit te vallen op het werk"*), ofwel binnen de bredere omgeving (*"Niemand, zelfs niet mijn eigen leidinggevende, heeft me gecontacteerd om te vragen hoe het gaat. Je bent gewoon een nummer daar"*). Ten slotte haalden de participanten ook factoren op macroniveau aan, zoals het beleid of de begeleiding met betrekking tot re-integratie. Een participant vertelde het volgende: *"Op één week tijd heb ik zelf vier keer naar de mutualiteit moeten bellen en ben ik daar twee keer langs geweest. En dan zeggen ze dat je je moet focussen op je herstel, maar in realiteit moet je alles zelf uitdokteren. Ik vind ook dat ze meer zouden moeten samenwerken, die chirurgen met de mutualiteiten en de werkgevers"*.

Conclusies en aanbevelingen

Onze gerandomiseerde studie bevestigt het effect van motiverende gespreksvoering bij re-integratie, aangezien participanten uit onze interventiegroep sneller en duurzamer terug aan het werk gingen dan de controlegroep. De gemeten psychologische variabelen (zoals motivatie en de psychologische basisbehoeften) konden deze uitkomsten echter niet verklaren, mogelijk omdat we deze hebben bevestigd ten aanzien van het werk, voor de verzekerden waren uitgevallen. Vervolgonderzoek zou zich dus nog meer kunnen richten op het verklaren van hoe en onder welke omstandigheden motiverende gespreksvoering juist werkt.

De interviews benadrukken de waarde van motiverende gespreksvoering vanuit het perspectief van de verzekerden. Zij voelden zich gesteund in hun behoefte aan autonomie, verbondenheid en competentie (Deci & Ryan, 2000), wat volgens hen leidde tot positieve gedachten en gevoelens na het gesprek. Sommigen gingen hier dan ook naar handelen, bijvoorbeeld zich informeren over andere opties voor werkhervatting of een betere manier om met hun ziek zijn om te gaan. Verzekerden langdurig opvolgen via interviews zou ons nog meer inzichten kunnen bieden over de succesfactoren die hun terugkeer naar werk faciliteerden.

De werkingsmechanismen die onze participanten vermeldden, kunnen gelinkt worden aan de basisbehoeften autonomie, verbondenheid en competentie (Deci & Ryan, 2000). Dit bevestigt dat de theoretische principes van de zelfdeterminatietheorie en de gesprekstechnieken van motiverende gespreksvoering elkaar kunnen versterken (Vansteenkiste et al., 2012). Zeker in een context zoals die bij de mutualiteiten, waar de gesprekken een uitgangspunt van controle kennen, lijkt het ons opportuun om autonomie-ondersteunende principes te introduceren. Dit omdat autonomie of een gevoel van keuzevrijheid ervaren, het omgekeerde is van zich gecontroleerd of onder druk gezet voelen.

In vervolgonderzoek hebben we artsen en paramedici van verschillende mutualiteiten verder opgeleid in deze manier van communicatie. De analyses omtrent de evaluatie van dit trainingsprogramma op het niveau van de arts en paramedicus zijn volop bezig: kunnen ze de techniek aanleren? Draagt het toepassen ervan bij tot hun motivatie en welzijn in hun job? In de toekomst willen we nog een grote gerandomiseerde studie opzetten die dan ook het effect van deze implementatie nagaat bij de verzekerden zelf.

De interviews legden ook enkele pijnpunten bloot wat betreft de bredere context rond arbeidsongeschiktheid en re-integratie. Voorbeelden zijn de omslachtige administratieve procedures en onvoldoende focus op (graduele) werkhervatting als onderdeel van het herstelproces. Dit laatste sluit nauw aan bij de behoefte aan meer samenwerking en communicatie tussen de verschillende betrokken actoren, zoals huisartsen, job coaches, arbeidsartsen en leidinggevendenden. Ten slotte zouden al deze actoren afzonderlijk ook baat kunnen hebben bij een op maat gemaakte training rond motiverende gespreksvoering.

We kunnen voorzichtig positief zijn over de effectiviteit van motiverende gespreksvoering bij het bevorderen van duurzame werkhervatting. De vraag is of deze effecten wel volledig tot hun recht kunnen komen wanneer verzekerden tegelijkertijd worden belemmerd door allerlei praktische en contextuele factoren. Het is dus essentieel om ook stil te staan bij welke hervormingen op beleidsvlak nodig zijn om re-integratie te kunnen faciliteren.

BIBLIOGRAFIE

- Black, D. C. (2012). Work, Health and Wellbeing. *Safety and Health at Work*, 3(4), 241-242. <https://doi.org/10.5491/SHAW.2012.3.4.241>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brouwer, S., Reneman, M. F., Bültmann, U., Van Der Klink, J. J. L., & Groothoff, J. W. (2010). A prospective study of return to work across health conditions: Perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(1), 104-112. <https://doi.org/10.1007/S10926-009-9214-Z>
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. (1986). Brief Therapy: Focused Solution Development. *Family Process*, 25(2), 207-221. <https://doi.org/10.1111/J.1545-5300.1986.00207.X>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Flodgren, G. M., & Berg, R. C. (2017). Motivational Interviewing as a Method to Facilitate Return to Work: A Systematic Review. In *Motivational Interviewing as a Method to Facilitate Return to Work: A Systematic Review*. Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29553667>
- Foldal, V. S., Standal, M. I., Aasdahl, L., Hagen, R., Bagøien, G., Fors, E. A., Johnsen, R., & Solbjør, M. (2020). Sick-listed workers' experiences with motivational interviewing in the return to work process: A qualitative interview study. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8382-9>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing. Helping people change*. (third). Guilford Publications.
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O'cathain, A., Tinati, T., Wight, D., & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, 350. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>
- Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325-340. <https://doi.org/10.1177/1745691612447309>
- Park, J., Esmail, S., Rayani, F., Norris, C. M., & Gross, D. P. (2018). Motivational Interviewing for Workers with Disabling Musculoskeletal Disorders: Results of a Cluster Randomized Control Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 252-264. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9712-3>

- RIZIV. (2021). *Arbeidsongeschiktheid voor werknemers en werklozen*. <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/arbeidsongeschiktheid/werknemers-werklozen/Paginas/default.aspx>
- RIZIV. (2023a). *Het "Terug-naar-werktraject" voor arbeidsongeschikte werknemers en werklozen*. Het "Terug-naar-werktraject" voor arbeidsongeschikte werknemers en werklozen
- RIZIV. (2023b). *Statistics on the work invalidity of employees and unemployed in 2021*. <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/2021/Paginas/statistieken-invaliditeit.aspx>
- Rymenans, I., Vanovenberghe, C., Du Bois, M., Van den Broeck, A., & Lauwerier, E. (2023). Process Evaluation of a Motivational Interviewing Intervention in a Social Security Setting: A Qualitative Study among Work-Disabled Patients. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1-16. <https://doi.org/10.1007/S10926-023-10108-4>
- Van den Broeck, A., Howard, J. L., Van Vaerenbergh, Y., Leroy, H., & Gagné, M. (2021). Beyond intrinsic and extrinsic motivation: A meta-analysis on self-determination theory's multidimensional conceptualization of work motivation. *Organizational Psychology Review*, December 2020. <https://doi.org/10.1177/20413866211006173>
- Vanovenberghe, C., Van den Broeck, A., Bois, M. Du, Schryver, M. De, & Lauwerier, E. (2022). A pilot randomized controlled trial on motivational interviewing in return to work after work disability. *Patient Education and Counseling*, 106, 98-106. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2022.09.014>
- Vansteenkiste, M., Williams, G. C., & Resnicow, K. (2012). Toward systematic integration between self-determination theory and motivational interviewing as examples of top-down and bottom-up intervention development: Autonomy or volition as a fundamental theoretical principle. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 23. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-23>