

# PSYCHOMOTORISCHE EN MENTALE TRAINING IN DE ARBEIDSREHABILITATIE VAN PERSONEN MET EEN PSYCHISCHE KWETSBAARHEID

Jan KNAPEN, Yves MORIËN, Bie VAN WOENSEL, Annick MYSZTA en Rob STRIGENCZ<sup>1</sup>

*Psychische aandoeningen zijn volgens het RIZIV (2011) de belangrijkste oorzaak van invaliditeit bij loontrekkenden, namelijk in 34% van de gevallen. Het RIZIV definieert invaliditeit als een erkenning van de arbeidsongeschiktheid van minimaal één jaar. Bij de invalide vrouwen is zelfs meer dan 40% invalide ten gevolge van een psychische problematiek zoals stress, angst, depressie en burn out. Van 1995 tot 2010 verdubbelde het aantal invaliden ten gevolge van psychische aandoeningen van 43.808 tot 88.535, terwijl in die periode de Belgische bevolking met 8 procent toenam. De percentages invaliden omwille van aandoeningen van het bewegingsstelsel (26,88%) en hart- en vaatziekten (7,59%) volgen op de tweede en de derde plaats.*

## Personen met een psychische kwetsbaarheid en tewerkstelling

Werk hebben is voor veel mensen niet alleen noodzakelijk om in het levensonderhoud te

voorzien, maar werk bepaalt ook hun zelfbeeld en sociale status. Voor mensen met een psychische kwetsbaarheid is het niet anders. Bovendien zien velen van hen arbeidsparticipatie als een teken van herstel. Echter, voor hen is werk vinden en behouden geen sinecure ondanks de toegenomen en gespecialiseerde behandelingsmogelijkheden in de geestelijke gezondheidszorg (Van Audenhove & Knaeps, 2012).

Mensen met een psychische kwetsbaarheid vormen niet alleen een grote groep, ze zijn bovendien een uiterst kwetsbare groep op de arbeidsmarkt: voor zij die werkzoekend zijn, zijn de tewerkstellingskansen beperkt; voor diegenen die aan het werk zijn, is het risico op uitval hoog. Dit blijkt onder andere uit het hoog aantal mensen met een medische, mentale, psychische of psychiatrische problematiek (MMPP-label) in de groep van langdurig werkzoekenden (>2 jaar) in Vlaanderen.

Personen met een ernstige psychische kwetsbaarheid worden doorgaans gekarakteriseerd

---

<sup>1</sup> De auteurs zijn allen verbonden aan het centrum voor Gespecialiseerde Opleiding, Begeleiding en Bemiddeling AZERTIE, Boddenveldweg 11, 3520 Zonhoven. Jan Knapen is psychomotorisch therapeut, Yves Moriën is directeur en klinisch psycholoog, Bie Van Woensel bedrijfsarts, Annick Myszta klinisch psychologe en Rob Strigencz psychomotorisch therapeut. Contact: [jan.knapen@faber.kuleuven.be](mailto:jan.knapen@faber.kuleuven.be).

door een laag zelfbeeld, depressieve en angstklachten, en een verminderde fysieke en mentale veerkracht (Michon, 2006). Deze doelgroep kampt ook vaak met somatische gezondheidsproblemen, primair of secundair geassocieerd aan de psychische kwetsbaarheid (De Hert et al., 2011). Veel personen met een psychische kwetsbaarheid ervaren een zwakke fysieke fitheid, een lage vermoedheid- en inspanningstolerantie, een verminderd concentratievermogen, een verlaagde taakspanning en stressbestendigheid, en een verhoogde prikkelbaarheid. Hierdoor dreigen ze in een neerwaartse spiraal terecht te komen, wat hun arbeidscapaciteiten en tewerkstellingskansen sterk hypothekeert. Ook persoonlijke problemen zoals relatieproblemen, gezins- en opvoedingsproblemen, beperkte sociale vaardigheden, een laag opleidingsniveau, eenzaamheid, sociale isolatie en stigmatisering bemoeilijken hun re-integratie op de arbeidsmarkt (Bogaerts & Vandenbroucke, 2009).

### Succesfactoren in de arbeidsrehabilitatie van personen met een psychische kwetsbaarheid

Een arbeidshandicap wordt gedefinieerd als *"Een langdurig en belangrijk probleem van deelname aan het arbeidsleven dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten, en persoonlijke en externe factoren."* (Samoy, 2008)

De personen met een psychische arbeidshandicap hebben slechts beperkte tewerkstellingskansen in het reguliere arbeidscircuit. Daarenboven is een psychische arbeidshandicap vaak geassocieerd met lichamelijke gezondheidsproblemen zoals aandoeningen van het bewegingsstelsel. Personen met een psychische kwetsbaarheid zijn over het algemeen minder

actief dan de algemene populatie. Dit geldt in het bijzonder voor personen die lijden aan stemmings- en angststoornissen, schizofrenie, en andere psychiatrische aandoeningen die gepaard gaan met obesitas zoals bijvoorbeeld de eetbuiestoornis (Goodwin, 2003; Hollenberg & Haight, 2003; Knapen et al., 2009; Richardson et al., 2005; Vancampfort et al., 2012). Een tekort aan lichaamsbeweging is naast andere ongezonde leefstijlfactoren een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van somatische aandoeningen.

**“Een psychische arbeidshandicap is vaak geassocieerd met lichamelijke gezondheidsproblemen zoals aandoeningen van het bewegingsstelsel.”**

De geringe arbeidsparticipatie van personen met een psychische arbeidshandicap wordt verklaard door zowel persoonsgebonden als omgevingsgebonden factoren (Bogaerts & Vandenbroucke, 2009). De persoonsgerelateerde factoren zijn de psychische en lichamelijke gezondheidstoestand, de motivatie tot tewerkstelling en de arbeidsattitude, en de combinatie tussen gezin en arbeid. Belangrijke omgevingsgerelateerde factoren zijn de arbeidsmarkt zelf (het aantal beschikbare jobs en de attitude van de werkgevers ten aanzien van personen met een psychische kwetsbaarheid), stigmatisering en de regelgeving rond tewerkstelling van deze kwetsbare doelgroep. In deze bijdrage worden enkel de persoonsgebonden factoren besproken.

Recent verrichtten Van Audenhove en Knaeps, verbonden aan het centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy van de KU Leuven (LUCAS), onderzoek naar de begeleiding van personen met een psychische kwetsbaarheid naar regulier werk (Van Audenhove & Knaeps, 2012). In hun onderzoek interviewden de auteurs 24

arbeidstrajectbegeleiders naar hun visie over de persoonsgebonden belemmerende factoren en de succesfactoren in de arbeidsrehabilitatie. Als belemmerende factoren vermeldden de arbeidstrajectbegeleiders een geringe motivatie, een beperkt zelfinzicht, gebrek aan juiste attitudes, ernstige psychische problemen en onvoldoende randvoorwaarden (geen degelijke huisvesting, vervoersproblemen), terwijl voldoende motivatie, zelfinzicht en een degelijk sociaal netwerk juist bijdragen tot succes in de arbeidsrehabilitatie.

In Nederland onderzocht Michon de persoonskenmerken van personen met een psychische kwetsbaarheid in de arbeidsrehabilitatie (Michon, 2006). De belangrijkste persoonsgerelateerde voorspellers voor tewerkstelling zijn het arbeidsgedrag tijdens de deelname aan een arbeidsrehabilitatieprogramma, het zelfbeeld en zelfvertrouwen in de eigen arbeidscapaciteiten (zelfeffectiviteit). Tevens adviseert Michon rekening te houden met de psychiatrische aandoening. Hierbij is niet zozeer de specifieke psychiatrische diagnose, maar wel de ernst van de symptomen en de zelfmanagementvaardigheden van belang voor de inschatting van de arbeidsmogelijkheden van deze doelgroep. Werkaanpassing in functie van de psychiatrische symptomen gebeurt via flexibele werkuren, taakaanpassing en ondersteuning op de werkvloer zonder de werknemer te stigmatiseren.

### **Integratie van psychomotorische en mentale training in het I Care programma**

AZERTIE is een van de twaalf centra voor Gespecialiseerde Opleiding, Begeleiding en Bemiddeling (GOB) van personen met een arbeidshandicap in Vlaanderen en Brussel. De GOB's hebben twee hoofddoelstellingen: personen met een arbeidshandicap begeleiden naar werk en werk-

gevers ondersteunen in hun zoektocht naar geschikt personeel.

AZERTIE begeleidt reeds meer dan 25 jaar personen met een arbeidshandicap naar diverse bediendefuncties, zoals algemeen bediende, onthaalbediende, netwerkbeheerder, programmeur en boekhoudkundig bediende. Via verwijzing door de VDAB en de adviserende geneesheren van de ziekenfondsen kloppen er jaarlijks zo'n 160 cliënten aan die aan de slag willen op de reguliere arbeidsmarkt. De opleiding en begeleiding gebeurt in drie fases: (1) interne opleiding via gesimuleerde werksituaties, ervaringsgericht leren en begeleide zelfstudie; (2) een stage in een bedrijf; en (3) tewerkstelling in het reguliere arbeidscircuit. De maximale duur van de opleiding en begeleiding is één jaar.

De laatste vijf jaar was er bij AZERTIE een sterk toenemende instroom van personen met een psychische kwetsbaarheid. Aanvankelijk was de drop out van deze doelgroep zeer hoog, meer dan 50%, en het tewerkstellingspercentage zeer laag, ongeveer 10%. Teneinde de drop out te verlagen en de arbeidskansen van deze kwetsbare groep te verhogen, ontwikkelden de directeur en de bedrijfsarts van AZERTIE in 2010 het I Care concept, een combinatie van psychomotorische en mentale training, als additionele ondersteuning tijdens de opleiding voor personen met een psychische kwetsbaarheid. Het I Care programma is bestemd voor werkzoekenden met psychische aandoeningen, vaak in combinatie met somatische gezondheidsproblemen, die na lange periode van inactiviteit op zoek zijn naar werk in het reguliere arbeidscircuit.

“**Het I Care concept combineert psychomotorische en mentale training.**”

Reeds van bij de start was het I Care concept gebaseerd op de wetenschappelijke evidentie van psychomotorische en mentale training op de psychische en somatische gezondheid van deze zeer kwetsbare groep, onder het motto 'doen wat werkt'. De integratie van psychomotorische en mentale training in de arbeidsrehabilitatie van personen met een psychische kwetsbaarheid past perfect in de actuele maatschappelijke ontwikkeling die streeft naar een betere structurele samenwerking tussen werkzorg en geestelijke gezondheidszorg voor deze doelgroep (Steensens et al., 2008; Zorgnet Vlaanderen, 2009).

### ***Evidence-based approach met de focus op de succesfactoren in de arbeidsrehabilitatie***

Het I Care programma focust sterk op de belangrijkste persoonsgebonden succesfactoren in de arbeidsrehabilitatie van personen met een psychische kwetsbaarheid, namelijk de arbeidsattitude, het zelfbeeld en de zelfeffectiviteit, de ernst van de symptomen, een interne beheersingsoriëntatie (intern locus of control), zelfmanagementvaardigheden, en de mentale en fysieke veerkracht.

### ***Interdisciplinaire samenwerking***

Het multidisciplinair I Care team bestaat uit de directeur van AZERTIE (klinisch psycholoog), de bedrijfsarts van AZERTIE, die verantwoordelijk is voor de medische opvolging van de cliënten en de contacten met de behandelende artsen, en twee psychomotorisch (kinesi)therapeuten en een klinisch psychologe, die respectievelijk verantwoordelijk zijn voor de psychomotorische en de mentale training. De I Care teamleden werken zeer nauw samen met de jobcoachenbemiddelaars die de cliënten begeleiden tijdens hun opleiding, stage en tewerkstelling.

De deelnemers aan het I Care programma volgen tijdens hun opleiding en arbeidstrajectbegeleiding gedurende 10 weken drie sessies mentale training (1.30 uur) en drie sessies psychomotorische training (1 uur) per week. De psychomotorische training bevat individueel aangepaste fitnessstraining, stretching, yogaoefeningen en ademhalingsoefeningen. In de mentale training komen diverse relaxatie- en stressbeheersingstechnieken, assertiviteitstraining, verbale en non-verbale communicatievaardigheden en sollicitatievaardigheden aan bod. Na het 10 wekenprogramma volgt er een onderhoudsprogramma dat bestaat uit 2 sessies psychomotorische training per week en wekelijkse workshops voor de mentale training. De basisfilosofie is: 'Een gezonde geest in een gezond lichaam'. De hoofddoelstellingen zijn de mentale en fysieke draagkracht, de arbeidsattitude, het zelfbeeld, zelfvertrouwen, het doelgericht handelen, en de sociale vaardigheden versterken.

“ **De basisfilosofie is:  
'Een gezonde geest in een gezond  
lichaam'.** ”

Het I Care concept integreert een aantal basisprincipes van de herstelgerichte zorg, de cognitieve gedragstherapie, en de kort oplossingsgerichte therapie

### ***De herstelgerichte zorg***

Herstel betekent het herwinnen van hoop en perspectief op een bevredigend leven, ondanks het psychisch lijden. In een proces van herstel krijgt iemand greep op zijn aandoening, waardoor deze niet langer zijn dagelijks leven beheerst en zijn toekomstverwachtingen verduistert. Hierbij herontdekt hij zijn eigen mogelijkheden en veerkracht en leert hierop te vertrouwen. Herstel is een proces van zelfverwe-

zenlijking waarbij de ziekte als minder hinderlijk ervaren wordt (Bovenberg & Staats, 2008).

In de herstelgerichte zorg investeren de cliënt en hulpverlener niet in de strijd tegen de ziekte of stoornis maar wel in de verbetering van de kwaliteit van leven. Veel personen met een psychische kwetsbaarheid zien arbeidsparticipatie als teken van herstel. De belangrijkste herstelbevorderende principes zijn: individualisering en persoonsgerichtheid, hoop en optimistisch realisme, focus op competenties en veerkracht, zelfzorg en ervaringsdeskundigheid, empowerment en persoonlijke keuzes, berekende risico's, en focus op persoonlijke groei en autonomie.

### **Cognitief gedragstherapeutische principes**

De basisprincipes van het I Care concept zijn: competentiegerichtheid, taak- en doelgerichtheid, oplossingsgerichtheid, zelfwerkzaamheid, zelfmotivatie, en zelfmanagement. Cliënten ervaren een gevoel van machteloosheid ten opzichte van hun (werkgerelateerde) problemen, vandaar het belang te werken met concrete en geïndividualiseerde doelstellingen zoals bijvoorbeeld het aanleren van bepaalde ademhalings- en relaxatietechnieken, die hen een houvast bieden.

Korte termijn doelen ondersteunen doelen op lange termijn. Het I Care programma wordt onderverdeeld in twee periodes van vijf weken en nadien een onderhoudsperiode tot de aanvang van de stage of tewerkstelling. Na elke periode volgt er een tussentijdse evaluatie en een feedbackgesprek. Regelmatige feedback ondersteunt het geloof in eigen mogelijkheden (zelfeffectiviteit), de intrinsieke motivatie en de zelfwerkzaamheid.

In de psychomotorische en mentale training volgen de cliënten hun persoonlijke evolutie op

aan de hand van visueel analoge schalen.

Twee voorbeelden van visuele analoge schalen

*Hoe schat je jouw fysieke fitheid (uithouding en kracht) in?*

●—————●

helemaal niet fitzeer fit

*Hoe schat je jouw sociale vaardigheden (communicatie en assertiviteit) in?*

●—————●

helemaal niet vaardigzeer vaardig

Zelfobservatie is gericht op de persoonlijke competenties, vaardigheden en leermogelijkheden. Aan de hand van zelfobservatie leren de cliënten hun vooruitgang en succeservaringen toeschrijven aan hun persoonlijke competenties en inzet, of met andere woorden: positieve interne attributies opbouwen. Hierdoor doorbreken ze een patroon van aangeleerde hulpeloosheid. Verder wordt een acceptance and commitment therapy benadering gehanteerd, namelijk: het accepteren van problemen die onveranderbaar zijn, waardoor er meer energie vrijkomt voor het ontdekken van persoonlijke waarden en het realiseren van haalbare doelen.

### **De kort oplossingsgerichte therapie**

In de meeste hulpverleningsvormen bepaalt de hulpverlener, al dan niet in overleg met de cliënt, de diagnose, hulpverleningsdoelen en de hulpverleningsplannen; hij is de expert. In de kort oplossingsgerichte therapie wordt de cliënt de expert over zijn situatie (Bakker & Bannink, 2008; Visser & Schlundt-Bodien, 2008). Via gerichte vragen en ondersteuning helpt de hulpverlener de cliënt zijn persoonlijke capaciteiten en krachtbronnen ontdekken en gebruiken. De cliënt is zijn eigen case manager; hij is degene

die weet welke hulpverleningsdoelen relevant voor hem zijn, welke vaardigheden, krachten en hulpbronnen hij heeft en welke oplossingen voor hem effectief zijn.

## Onderzoek naar de effectiviteit van het I Care programma

De primaire **doelstelling** van het onderzoek was de effectiviteit van het I Care programma op de instroom in het arbeidscircuit en het volhouden van werk bij personen met een psychische kwetsbaarheid nagaan. De secundaire doelstelling was de effectiviteit van het I Care programma op een aantal psychologische en fysieke variabelen onderzoeken.

### Selectieprocedure en proefgroep

De cliënten van AZERTIE die met succes een oriënteringsperiode van 3 weken doorliepen, kwamen in aanmerking voor het I Care programma. De bedrijfsarts was verantwoordelijk voor de selectie van de kandidaten. De selectiecriteria waren: een stabiliteit van de beperkingen, een zwakke fysieke fitheid die verbeterbaar is, een ernstige psychische kwetsbaarheid, voldoende intrinsieke motivatie, en de goedkeuring van de behandelende arts. De bedrijfsarts besliste over de inclusie na verschillende contacten met de cliënten en na overleg met de klinisch psychologe en de jobcoaches. De cliënten die niet geselecteerd werden op basis hun profiel en het aantal beschikbare plaatsen, werden verder begeleid door AZERTIE en kwamen bij de selectie van de volgende groep opnieuw in aanmerking.

Gedurende de periode van mei 2010 tot september 2012 namen 43 cliënten deel aan het onderzoek. De proefgroep bestond uit personen met stemmings- en angststoornissen, autisme spectrum syndroom en psychosomatische

aandoeningen zoals burn out, chronische vermoeidheid en fibromyalgie. De meeste deelnemers hadden ook somatische gezondheidsproblemen, hoofdzakelijk van het bewegingsstelsel. Bij een aantal cliënten was de psychische kwetsbaarheid secundair aan een ernstige somatische pathologie. Voor de cliënten met een gecombineerde psychische en somatische problematiek was de additionele ondersteuning van het I Care programma een noodzakelijke voorwaarde om de opleiding bij AZERTIE te voltooien. Alle cliënten hadden werkervaring in het reguliere arbeidscircuit. Elke deelnemer ondertekende een schriftelijke goedkeuring voor vrijwillige deelname aan de studie.

### Meetinstrumenten

De ernst van de depressie, de angstdispositie, het zelfbeeld, en de coping stijl werden gemeten aan de hand van de Beck Depression Inventory (Bosscher et al. 1986), Trait Anxiety Inventory (Spielberger, 1983), Rosenberg Self-Esteem Scale (Helbing, 1982), en de Utrechtse Coping Lijst (Scheurs et al., 1993).

De cardiorespiratorische fitheid (het uithoudingsvermogen) en de vermoeidheids- en pijnperceptie werden geëvalueerd met behulp van de Astrand Rhythming test (American College of Sports Medicine, 2009) en de Borg perceived exertion and pain scale (Borg, 1998).

### Resultaten op de tewerkstelling en het volhouden van werk

Tijdens het I Care programma haakten 14 van de 43 deelnemers af (32,56%). Onmiddellijk na het I Care programma vonden 5 van de 43 cliënten (11,63%) een job in het reguliere arbeidscircuit. De overige cliënten volgden na het I Care programma een verdere reguliere opleiding bij

AZERTIE; hiervan werden er 10 (23,26%) tewerkgesteld binnen het jaar.

Het tewerkstellingspercentage van de totale groep, met inbegrip van de 14 drop outs tijdens het I Care programma, bedraagt 34,88%. Momenteel zijn nog 7 (16,28%) cliënten in opleiding of stage, waarvan er 6 perspectief op werk hebben (13,95%). Zeven deelnemers (16,28%) beëindigden de opleiding zonder perspectief op betaald werk.

Bij follow up na minimaal 6 maanden tewerkstelling waren alle 15 cliënten (100%) nog aan het werk.

### **Resultaten op de psychologische variabelen**

De proefgroep verbeterde op de Beck Depression Inventory (ES = -1.20), Trait Anxiety Inventory (ES = -0.89), Rosenberg Self-Esteem Scale (ES = 0.65) en op de subschaal 'actief aanpakken van problemen' van de Utrechtse Coping List (ES = 0.55). Een effect size (ES) of effectgrootte van 0.50 – 0.80 wordt beschouwd als een matig effect, een effectgrootte > 0.80 als een groot effect (Cohen, 1988).

### **Resultaten op de fysieke variabelen**

Tien weken psychomotorische training (30 sessies) leidt tot een verhoging van de maximale zuurstofopnamecapaciteit (ES = 1.41) en een verlaging van de vermoeidheids- (ES = -0.84) en pijnperceptie (ES = -0.61).

### **Conclusie**

De integratie van psychomotorische en mentale training in de arbeidsrehabilitatie van personen met psychische kwetsbaarheid resulteerde in

een tewerkstellingspercentage van 34,88%, en 100% behoud van werk na minimaal 6 maanden tewerkstelling. De resultaten van deze piloot studie moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden omwille van het ontbreken van een controlegroep. Wanneer we echter het tewerkstellingspercentage (34,88%) vergelijken met dat van de periode voor de opstart van het I Care programma (10%), kunnen we stellen dat het I Care programma de tewerkstellingskansen van deze kwetsbare doelgroep meer dan verdrievoudigt.

“ **De tewerkstellingskansen van deze kwetsbare doelgroep worden door het I Care programma meer dan verdrievoudigd.** ”

Ook het drop out percentage (32,56%) is beduidend lager dan voorheen (>50%). Deze drop out-cijfers komen overeen met de resultaten van een wereldwijde psychiatrisch-epidemiologische studie van de Wereldgezondheidsorganisatie (n = 63.678), die rapporteert dat bijna een derde (31,7%) van de mensen met een psychische aandoening de behandeling voortijdig afbreekt.

Tevens verbeterde de proefgroep na het 10 wekenprogramma op de variabelen depressie, angstdispositie, zelfbeeld, coping stijl, cardiorespiratorische fitheid, en vermoeidheids- en pijnperceptie.

Het I Care team tracht via systematische feedback van cliënten en een continue interne evaluatie het I Care programma te optimaliseren en hierdoor de effectiviteit te verhogen. Daarnaast ontwikkelt het team in samenwerking met enkele andere partners een aangepaste versie van de I Care methodiek voor de werkvloer, met als doel de kans op drop out in de werksituatie bij personen met een psychische kwetsbaarheid te verlagen.



Tot slot zijn andere GOB's in Vlaanderen en Brussel sterk geïnteresseerd in de I Care methodiek

en plannen ze een implementatie van het I Care concept in hun werking.

## Referenties

- American College of Sports Medicine (2009). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription (8th ed.)*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bakker, J., & Banninck, F. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 55-59.
- Bogaerts, K., & Vandenbroucke, P. (2009). *Inactiviteitsvallen bij personen met psychische problemen*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Borg, G. (1998). *Borg's perceived exertion and pain scales*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Bosscher, R., Koning, H., & van Meurs, R. (1986). Reliability and validity of the Beck Depression Inventory in a Dutch college population. *Psychological Reports*, 8, 696-698.
- Bovenberg, F., & Staats, H. (2008). Illness management and recovery. In: A. Plooy, S. van Rooijen, & J. van Weeghel, J. (Eds.), *Psychiatrische rehabilitatie* (pp. 119-128). Amsterdam: B.V. Uitgeverij SWP.
- Cohen, J. (1988). *Statistical analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- De Hert, M., Correll, C., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., et al. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10, 52-77.
- Goodwin, R. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive Medicine*, 36, 698-703.
- Helbing, J. (1982). Zelfwaardering: Meting en validiteit. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 37, 257-277.
- Hermans, D. (1994). De Zelf-Beoordelings-Vragenlijst. *Gedragstherapie*, 27, 145-148.
- Hollenberg, M., & Haight, T. (2003). Depression decreases cardiorespiratory fitness in older women. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 1111-1117.
- Knapen, J., Vancampfort, D., Schoubs, B., Probst, M., Sienaert, P., Haake, P, et al. (2009). Exercise for the treatment of depression. *The Open Complementary Medicine Journal*, 1, 78-83.
- Michon, H. (2006). *Personal characteristics in vocational rehabilitation for people with severe mental illness*. Doctoral dissertation. Utrecht: Trimbos instituut.
- Richardson, C., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G., Hutchinson, D., & Piette, J. (2005). Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 56, 324-331.
- RIZIV (2011). *Statistieken van de uitkeringen*. [www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be)
- Samoy, E. (2008). *Handicap en arbeid*. Brussel: Vlaamse Overheid, Departement Werk en Sociale Economie.
- Schreurs, P., Willige, G., van de Brosschot, J., Tellegen, B., & Graus, G. (1993). *Handleiding Utrechtse coping lijst UCL (herziene versie)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Spielberger, C. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Steenssens, K., Sannen, L., Ory G., Nicaise I., & Van Regenmortel T. (2008). *W<sup>2</sup>: Werk- en welzijnstrajecten op maat, een totaalconcept*. Leuven: HIVA KU Leuven.
- Van Audenhove, C., & Knaeps, J. (2012). *Begeleiding van personen met een psychische kwetsbaarheid naar regulier werk. Aanbevelingen*. Leuven: LUCAS KU Leuven.



- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., Pieters, G., De Herdt, A., Schueremans, A., Adriaens, et al. (2012). Het belang van bewegingsgerichte interventies in de multidisciplinaire behandeling van een eetbuistoornis: een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 719-730.
- Visser, C., & Schlundt-Bodien, G. (2008). *Paden naar oplossingen: De kracht van oplossingsgericht werken*. Schiedam: Just In Time Books.
- Wells, J., Oakley, M., Browne, M., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., et al. (2013). Dropout from out-patient mental healthcare in the World Health Organization's World Mental Health Survey initiative. *British Journal of Psychiatry*, 202, 42-49.
- Zorgnet Vlaanderen (2009). *Groen licht voor artikel 107 van de ziekenhuiswet. Installatie nieuwe zorgvormen*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.

## Agressiecoach in een hulp- of dienstverlenende organisatie

Ook hulp- of dienstverlenende organisaties worden geconfronteerd met agressie van klanten. Het is belangrijk om op een structurele en professionele manier om te gaan met agressie-incidenten. Daarom start Impuls Vorming dit najaar met een nieuwe opleiding voor agressiecoaches. Na de opleiding kan de agressiecoach medewerkers een basisvorming geven over agressiebeheersing; communiceren op basis van waarneming in plaats van vanuit een mening, oordeel of veronderstelling; nieuwe medewerkers ondersteunen in de omgang met agressieve klanten; agressie bespreekbaar maken, zowel in teams als individueel; een herstelproces opstarten met een team of een individuele medewerker; een interne werkgroep rond agressiebeheersing opstarten en structureel laten functioneren.

De opleiding gaat door op vrijdagen in Jeugdherberg De Blauwput in Kessel-Lo, start in oktober 2013 en eindigt eind mei 2014. Kandidaat-deelnemers moeten wel een mandaat krijgen vanuit hun organisatie om hiervoor tijd en energie vrij te maken. Deelname kost 1.160 euro. De begeleiding gebeurt door Mariet Ghaye.

Info: [www.impulsvorming.be](http://www.impulsvorming.be), tel. 016 56 95 68.