

TNO Kwaliteit van Leven

TNO-rapport

Arbeid
Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

www.tno.nl/arbeid

Gezondheidsproblematiek bij bijstandsgerechtigden: *een verkenning*

T 023 554 93 93
F 023 554 93 94

Datum 30 december 2007

Auteurs Dr. F.T.C. Bennenbroek

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

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks- opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2007 TNO

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	4
1.1	Aanpak van de verkenning.....	4
1.2	Leeswijzer.....	5
2	Literatuurstudie: rol van lichamelijke en psychische gezondheid op re-integratie	6
2.1	De rol van lichamelijke gezondheid	6
2.2	De rol van psychische gezondheid.....	7
2.3	Samenvatting & conclusie	8
3	Gezondheidsproblematiek bij bijstandsgerechtigden.....	9
3.1	Inleiding.....	9
3.2	Steekproef.....	9
3.2.1	<i>Persoonlijke kenmerken</i>	9
3.2.2	<i>Land van herkomst</i>	9
3.2.3	<i>Duur werkloosheid</i>	9
2.2	Gezondheid algemeen.....	10
2.3	Leefstijl.....	11
2.4	Belastbaarheid.....	11
2.5	Risico op psychische klachten	12
2.5.1	<i>Depressieve klachten</i>	13
2.5.2	<i>Angst klachten</i>	13
2.5.3	<i>Overige psychische klachten</i>	13
2.7.1	Medische consumptie	14
2.7.1	<i>Behandeling</i>	14
2.7.2	<i>Tevredenheid over deze behandeling</i>	14
2.7.3	<i>Medicatie</i>	14
2.8	Conclusie	14
3.3	Tot slot.....	15
4	Gezondheidsproblemen bij gesubsidieerde werknemers	16
4.1	Inleiding.....	16
4.2	Aanleiding onderzoek	17
4.3	Steekproef.....	17
4.3.1	<i>Kwalificaties</i>	17
4.4	Gezondheid algemeen.....	18
4.5	Leefstijl.....	18
4.6	Belastbaarheid.....	19
4.7	Risico op psychische klachten	20
4.7.1	<i>Depressieve klachten</i>	20
4.7.2	<i>Angstklachten</i>	20
4.8	Belemmeringen/ obstakels om werk te zoeken en te vinden	20
4.9	Medische consumptie	20
4.9.1	<i>Behandeling</i>	20
4.9.2	<i>Tevredenheid over deze behandeling</i>	21
5	Resonansgroep	22
5.1	Aanbevelingen voor het professionaliseren van de begeleiding, activering & re-integratie	22
5.1.1	<i>Goede diagnose (van de hele cliënt, niet alleen de gezondheid)</i>	22
5.1.2	<i>Structuur, korte doorlooptijden en continuïteit</i>	23

5.1.3	<i>Ophouden met 1-dimensionaal werken</i>	23
5.1.4	<i>Het vergroten van de expertise van de betrokken professionals</i>	24
5.1.5	<i>Maatwerk leveren</i>	24
5.2	Wensen voor de toekomst.....	24
5.2.1	<i>Gevalideerde trajecten</i>	24
5.2.2	<i>Meer wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit</i>	25
5.2.3	<i>Multidisciplinair werken, ook bij onderzoek</i>	25
6	Verkenning van onderzoeksvragen	26
6.1	Meer wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit.....	26
6.1.1	<i>Noodzaak voor wetenschappelijk onderzoek</i>	27
6.1.2	<i>Hoe meet je effectiviteit?</i>	27
6.1.3	<i>Uitdagingen bij het doen van wetenschappelijk onderzoek</i>	28
6.2	Zicht krijgen op predictoren van effectiviteit	28
6.3	Concrete onderzoeksvragen: Mogelijkheden voor 2008.....	28
6.4	Tot slot: haalbaarheid van deze onderzoeksvragen.....	29
6.4.1	<i>Gemeente Almelo</i>	29
6.4.2	<i>Gemeente Zoetermeer</i>	29
6.4.3	<i>Gemeente Rotterdam</i>	30
6.4.4	<i>Doorontwikkeling DMA en VPM</i>	30
A	De DMA in het kort	31

1 Inleiding

De economie zit in de lift, de arbeidsmarkt trekt aan. Sinds de invoering van de Wet Werk en Bijstand (WWB) in 2004 zijn gemeenten hard aan de slag gegaan met het re-integreren van hun cliënten. Mede vanwege de financiële prikkels die de WWB met zich meebrengt, hebben gemeenten hun pijlen gericht op de activering en re-integratie van die doelgroepen waarvan zij verwachten dat ze kansrijk zijn. In de praktijk zijn dit cliënten uit de ‘nieuwe instroom’ of de kortdurende werklozen. Deze inspanningen hebben hun vruchten afgeworpen: geholpen door de economische voorspoed is de instroom in de WWB de afgelopen jaren gedaald terwijl uitroom naar werk is gestegen¹.

Ook mensen met een kwetsbare positie op de arbeidsmarkt vinden dus sneller een baan. Tegelijkertijd is duidelijk dat het voor een ‘harde kern’ bijstandsgerechtigden (laagopgeleid, weinig werkervaring en/of ernstige psychische, fysieke of psychosociale problemen) moeilijk blijft om werk te vinden. Gemeenten werken steeds vaker met innovatieve, nieuwe werkwijzen om deze ogenschijnlijk “kanslozen” dichter bij de arbeidsmarkt te krijgen.

Het verbeteren van de effectiviteit en efficiency van re-integratie-inspanningen, vooral voor specifieke doelgroepen, blijft echter een aandachtspunt². De groep bijstandsccliënten waarmee minder successen zijn geboekt, is doorgaans langdurig werkloos vanwege ernstige psychische en/of fysieke klachten. Veel gemeenten beschouwen deze groep als moeilijk plaatsbaar en spreken ook wel van het ‘granieten bestand’. Het huidige kabinet vestigt expliciet de aandacht op de activering van moeilijk bemiddelbare werklozen. Met het actieprogramma “*Iedereen doet mee*” zet het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid in op het vergroten van arbeids- en maatschappelijke participatie van deze groep³.

In een recente studie⁴ concluderen we dat de slechtere re-integratiekansen van langdurig werklozen inderdaad gepaard gaan met meervoudige en complexe problematiek, hetgeen om een wezenlijk andere aanpak van gemeenten vraagt. Dit lijkt echter met name het geval voor cliënten die meer dan 5 jaar werkloos zijn. Aangezien een groot deel van deze langdurig werklozen al in beweging is of de potentie heeft om in beweging te komen, zouden wij niet willen spreken van een ‘granieten’ bestand. De aanpak van deze groep vraagt om beleid dat *participatie naar vermogen* omvat en consulenten die dit beleid in praktijk kunnen brengen. Daarnaast zijn een ‘lange adem’ en investering in randvoorwaarden en consulenten nodig. *Iedereen doet mee*, is het devies. *Iedereen*, dus ook de ‘moeilijke’ cliënten.

1.1 Aanpak van de verkenning

In de huidige verkenning hebben we een aantal activiteiten uitgevoerd om zicht te krijgen op de gezondheidsproblematiek bij bijstandsgerechtigden. In de eerste plaats hebben we een literatuurstudie gedaan om te kijken in hoeverre gezondheid een rol speelt

¹ Ministerie SZW (2007). *Actieprogramma Iedereen doet mee*. Den Haag: Ministerie SZW.

² Rekenkamer Amsterdam (2007). *Re-integratie. Begeleiding van bijstand naar werk*. Amsterdam: Rekenkamer Amsterdam.

³ Ministerie SZW (2007). *Wet werk en bijstand: de feiten op een rij. Evaluatie Wet werk en bijstand 2004-2007*. Den Haag: Ministerie SZW.

⁴ Giesen, F., Lagerveld, S.E., & Bennenbroek, F.T.C. (2007). Langdurig werkloos = kansloos? Over de beweegbaarheid van langdurig werklozen. *Maandblad Reintegratie*, 7, 22-25.

bij re-integratie en activering. Ten tweede hebben we kenmerken van bijstandsgerechtigden geanalyseerd die middels de DiagnoseMethode Activeringspotentieel (zie Bijlage A voor een korte beschrijving) in verschillende gemeenten is verzameld. Ten derde hebben we in december 2007 een resonansgroep georganiseerd om met een aantal professionals uit de praktijk van gedachten te wisselen over deze onderwerpen.

1.2 Leeswijzer

In Hoofdstuk 2 bespreken we kort de relevante resultaten van de literatuurstudie. In Hoofdstuk 3 bespreken we de analyse van de gezondheidsproblematiek van gesubsidieerde werknemers. In Hoofdstuk 4 bespreken we de analyse van de gezondheidsproblematiek van bijstandsgerechtigden uit een aantal gemeenten verspreid door Nederland. In hoofdstuk 5 bespreken we kort de expertmeeting die 13 december 2007 heeft plaatsgevonden. In hoofdstuk 6 doen wij een verkenning op onderzoeksvragen die wij in 2008 trachten te adresseren.

2 Literatuurstudie: rol van lichamelijke en psychische gezondheid op re-integratie

We hebben het huidige literatuuronderzoek op een aantal criteria afgebakend. Zo zijn uitsluitend Engelstalige en Nederlandstalige artikelen opgenomen, anderstalige artikelen hebben we buiten beschouwing gelaten. Bovendien zijn alleen studies beschreven die onderzoek naar (langdurig) werklozen⁵ bevatten. Studies over werkende werkzoekenden en arbeidsongeschikten zijn buiten beschouwing gelaten. Studies verricht onder studenten zijn echter ook in dit literatuuronderzoek verwerkt. Hierbij is re-integratie gedefinieerd als: het weer aan het werk zijn van een (langdurig) werkloze.

Tenslotte zijn uitsluitend studies die onderzoek bevatten naar welke gezondheidsfactoren factoren van invloed waren op het wel of niet weer aan werk komen, meegenomen in dit literatuuronderzoek. De studies zijn opgezocht met behulp van literatuurdatabases op internet, te weten; PsycInfo, Sciencedirect, Online Contents (met daaronder Swets & Zeitlinger, Chadwyck-Healey Periodicals Contents Index, Kluwer Academic en Academic Press) en GoogleScholar. De zoektermen die daarbij gebruikt zijn, zijn “unemployment”, “unemployed”, “job search”, “job seeking”, “reemployment”, “langdurig werklozen”, “re-integratie” en “bijstand”. Tevens is er gezocht in de referentielijsten behorende bij de relevante, gevonden artikelen en in de lijst van publicaties en websites van onderzoeksinstituten als Centraal Bureau van de Statistiek (CBS), Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), Raad voor Werk en Inkomen (RWI), Centraal Planbureau (CPB) en TNO.

Deze literatuurstudie beschrijft onderzoeken uit de afgelopen tien jaar (1997-2007) waarin de invloed van gezondheidsfactoren op de kans op succesvolle re-integratie van (langdurig) werklozen wordt onderzocht. Hieronder bespreken we de belangrijkste bevindingen.

2.1 De rol van lichamelijke gezondheid

Over de invloed van lichamelijke gezondheid van werklozen op re-integratie hebben we weinig literatuur gevonden. In de bestaande literatuur lijkt het dat gezondheidsproblemen een negatieve invloed hebben op re-integratie. Korpi⁶ vond bijvoorbeeld dat gezondheidsproblemen een significant effect hebben op het vinden van werk. Een slechte gezondheid vermindert dus de kans op het vinden van een baan. Ook Hospers en collega's⁷ en Hoff en Jehoel-Gijsbers⁸ tonen aan dat medische belemmeringen de kans op uitstroom verkleinen. Uit onderzoek⁹ onder personen die gestopt zijn met werken doordat ze ziek werden, blijkt dat personen wiens de klachten verminderen en wiens gezondheid verbetert, eerder weer werk hebben. Meer specifiek bleek uit een

⁵ Onder langdurig werklozen wordt verstaan personen die langer dan 6 maanden werkloos zijn.

⁶ Korpi T (2001). Good friends in bad times? Social networks and job search among the unemployed in Sweden. *ACTA Sociologica*, 44(2): 157-170.

⁷ Hospers, L.A., Schuyt, C.J.M., & Van Geuns, R.C. (1998). *Van bijstand naar werk. Een onderzoek naar blijvers in en stromers uit de bijstand*. Den Haag: Ministerie van SZW.

⁸ Hoff, S., & Jehoel-Gijsbers, G. (2003). De uitkering van de baan. Reïntegratie van uitkeringsontvangers: ontwikkelingen in de periode 1992-2002. Den Haag: SCP.

⁹ Pattani, S., Constantinovici, N., & Williams, S. (2004). Predictors of reemployment and quality of life in NHS staff one year after early retirement because of ill health; a national prospective study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 572-576.

studie onder personen die hun baan verloren doordat ze kanker kregen¹⁰ dat het stadium van de kanker van invloed was op de re-integratie. Personen die in de terminale fase zaten kregen minder snel werk dan personen die nog wel uitzicht hadden op herstel.

Wanberg en collega's (1999) onderzochten onder meer het directe effect van onder andere gezondheidsproblemen op de kans op het krijgen van werk, maar vonden daar geen significant resultaat.

Ondanks dat er weinig literatuur is gevonden over de invloed van lichamelijke gezondheid op de kans op re-integratie, kan er aan de hand van de gevonden artikelen geconcludeerd worden dat een slechte gezondheid een negatieve invloed heeft op de kans dat iemand weer aan het werk komt. Hierbij moet rekening worden gehouden met het feit dat studies waarin arbeidsongeschikten werden onderzocht buiten beschouwing zijn gelaten.

2.2 De rol van psychische gezondheid

In hun meta-analyse onderzochten McKee-Ryan, Song, Wanberg & Kinicki¹¹ onder andere wat de relatie was tussen lichamelijke en psychische gezondheid en re-integratie. Met betrekking tot het effect van psychische gezondheid op de kans op re-integratie is er geen significant effect gevonden, hoewel de personen die werk hadden gevonden wel een iets betere gezondheid hadden dan degenen die geen werk hadden gevonden. De onderzoekers gaven aan dat de relatie tussen geestelijke gezondheid en re-integratie gemoderd zou kunnen zijn door andere variabelen, zoals capaciteiten en copingsbronnen¹².

Een zelfde resultaat vonden Ginexi, Howe en Caplan¹³ die de relaties tussen depressie, locus of control en re-integratie onderzochten. De resultaten van hun onderzoek wezen erop dat depressieve symptomen de kans op werk niet beïnvloeden, ook niet bij werklozen die na twee maanden nog geen werk hadden¹³ toont aan dat geestelijke gezondheid geen voorspeller is van het vinden van werk.

Crossley en Stanton¹⁴ daarentegen hebben een directe, significante, negatieve relatie gevonden tussen 'negative affect' (gevoel van ongemak, gericht op negatieve aspecten van zichzelf en de wereld, ervaren van aversieve emotionele gesteldheid) en werkzucces. Tegen de verwachting in vonden zij echter ook een significant, positief effect tussen 'distress' (depressie, angst en stress) en werkzucces. Verder hebben zij ook indirecte effecten van 'negative affect' op werkzucces gevonden: werkzoek self-efficacy, werkzoekintensiteit en succesvolle sollicitatiegesprekken medieerden de relatie tussen 'negative affect' en werkzucces. Deze gegevens zijn geba-

¹⁰ Choi, K.S., Kim, E.J., Lim, J.H., Kim, S.G., Lim, M.K., Park, J.G., & Park, E.C. (2006). Job loss and reemployment after a cancer diagnosis in Koreans: A prospective cohort study. *Psycho-Oncology*, 16, (3), 205-213.

¹¹ McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C.R., & Kinicki, A. (2003). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, (1), 53-76.

¹² McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C.R., & Kinicki, A. (2003). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, (1), 53-76.

¹³ Ginexi, E.M., Howe, G.W., & Caplan, R.D. (2000). Depression and control beliefs in relation to reemployment: What are the directions of effect? *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, (3), 323-336.

¹⁴ Crossley, C.D., & Stanton J.M. (2005). Negative affect and job search: Further examination of the Reverse Causation Hypothesis. *Journal of Vocational Behavior*, 66, 549-560.

seerd op onderzoek onder studenten en de auteurs geven aan dat het mogelijk niet generaliseerbaar is naar langdurig werklozen¹⁴.

Taris¹⁵ toonde aan dat geestelijke gezondheid een matig effect heeft op het vinden van werk: mensen met een slechte geestelijke gezondheid vonden minder vaak werk dan mensen met een goede geestelijke gezondheid. Ook Vinokur en Schul¹⁶ toonden aan dat depressieve symptomen de mate van re-integratie na 6 en 12 maanden verminderden, maar niet na 24 maanden. Daarbij aansluitend blijkt uit de studie van Beiser en Hou¹⁷ onder Aziatische vluchtelingen dat depressie een belangrijke factor is die van invloed is op de employability (inzetbaar en aantrekkelijk zijn voor de arbeidsmarkt) van vrouwen.

Een deel van de gevonden studies laat zien dat depressie en slechte geestelijke gezondheid een negatieve invloed hebben op de re-integratie, echter een ander deel vindt geen significant effect. De resultaten zijn dus niet eenduidig en een duidelijke conclusie kan niet worden getrokken, ook niet wanneer gekeken wordt naar de kwaliteit van de onderzoeken. Ook moet rekening worden gehouden met het feit dat studies onder mensen die werkloos zijn (geraakt) door arbeidsongeschiktheid buiten beschouwing zijn gelaten.

2.3 Samenvatting & conclusie

We kunnen uit deze literatuurstudie concluderen dat er weinig wetenschappelijke artikelen zijn over de impact van slechte gezondheid op de re-integratie en activering van bijstandsgerechtigden (er zijn echter wel aanvullende publicaties gericht op de WIA-populatie en werknemers die uitvallen met gezondheidsklachten).

De beperkte studies die gedaan zijn, rapporteren:

- » Slechte (fysieke) gezondheid heeft negatieve gevolgen voor re-integratie
- » Impact depressieve klachten op het vinden van werk: tegenstrijdige bevindingen
- » Gezondheid van gesubsidieerde werknemers hangt niet samen met inschatting leidinggevende over termijn waarop de werknemer regulier kan werken

¹⁵ Taris, T.W. (2002). Unemployment and mental health: A longitudinal perspective. *International Journal of Stress Management*, 9, (1), 43-57.

¹⁶ Vinokur, D., & Schul, Y. (2002). The web of coping resources and pathways to reemployment following a job loss. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7, (1), 68-83.

¹⁷ Beiser, M., & Hou, F. (2001). Language acquisition, unemployment and depressive disorder among Southeast Asian Refugees: A 10-year study. *Social Science and Medicine*, 53, (10), 1321-1334.

3 Gezondheidsproblematiek bij bijstandsgerechtigden

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zijn de kenmerken van 525 bijstandsgerechtigden verschillende gemeenten samengevat. Deze kenmerken zijn in kaart gebracht met behulp van de DiagnoseMethode Activeringspotentieel (DMA; zie bijlage A voor meer informatie over de DMA). De kern van deze DMA is een *diagnosevragenlijst* waarmee inzicht verkregen wordt in de situatie en de beleving van de cliënt op aspecten waarvan op grond van wetenschappelijk onderzoek bekend is dat deze belangrijk zijn voor succesvol werkzoekgedrag.

3.2 Steekproef

Uitgangspunt voor het huidige project was dat verschillende gemeenten bijstandsgerechtigden aan de hand van de DMA zouden gaan begeleiden. De geselecteerde cliënten zijn (herhaaldelijk) uitgenodigd voor de afname van de DMA.

3.2.1 *Persoonlijke kenmerken*

In Tabel 1.1 wordt een aantal achtergrondgegevens gepresenteerd van de groep cliënten die de DMA-vragenlijst hebben ingevuld. De gemiddelde leeftijd van de groep bijstandsgerechtigden is 38 jaar. De jongste cliënt was 18, de oudste 62 jaar.

Opvallend is dat het merendeel van de bijstandsgerechtigden vrouw is (63%). Het merendeel heeft geen partner: 65% is vrijgezel of gescheiden. Veel cliënten hebben kinderen, 69% geeft aan één of meer kinderen te hebben. Het merendeel (69%) van deze ouders is alleenstaand ouder.

3.2.2 *Land van herkomst*

Iemand wordt als allochtoon beschouwd als hij of zij in een ander land dan Nederland is geboren, of als de vader en/of moeder in een ander land dan Nederland is geboren.

Van de cliënten die de DMA-vragenlijst hebben ingevuld, is meer dan een derde (36%) van allochtone afkomst. Van deze groep allochtonen is 70% zelf buiten Nederland geboren. Het betreft hier zogenaamde eerste generatie allochtonen: mensen die zich vanuit andere landen gevestigd hebben in Nederland. De overige 30% is wel in Nederland geboren, dit is de tweede generatie allochtonen.

3.2.3 *Duur werkloosheid*

De bijstandsgerechtigden uit deze steekproef zijn gemiddeld 6.7 jaar werkloos.

Tabel 2.1: Achtergrondgegevens onderzochte groep bijstandsgerechtigden (N=525)

Achtergrondgegevens		Percentage
Gemiddelde leeftijd	38.1 jaar (range 18 - 62)	
Geslacht	Man	37%
	Vrouw	63%
Burgerlijke staat (meerdere antwoorden mogelijk)	Getrouwd	18%
	Vaste partner	8%
	Vrijgezel	37%
	Gescheiden	28%
Kinderen	Nee	31%
	Ja	69%
Aantal kinderen	1 kind	28%
	2 kinderen	39%
	3 of meer kinderen	33%
Woonsituatie	Alleenwonend	30%
	Samenwonend met partner	6%
	Samenwonend met partner en kind(eren)	17%
	Alleenstaand met kind(eren)	31%
	Inwonend bij ouder(s)	11%
	Andere woonsituatie	6%
Herkomst	Autochtoon	64%
	Allochtoon	36%
Geboorteland	Nederland (2 ^e generatie)	30%
	Buitenland (1 ^e generatie)	70%

2.2 Gezondheid algemeen

Zoals te verwachten is bij een dergelijke steekproef, geeft de helft (53%) van de cliënten aan zich niet (helemaal) fit en gezond te voelen. Van de overige cliënten geeft 36% aan zich redelijk fit te voelen en slechts 12% voelt zich heel erg fit.

Tabel 2.1: Voelt de cliënt zich fit en gezond? (n=525)

	Percentage
Ja, heel erg	12%
Redelijk	36%
Nee, niet echt	31%
Nee, helemaal niet	22%

Noot: er wordt gevraagd naar de afgelopen 4 weken

Op het moment is 48% van de cliënten onder behandeling voor lichamelijke of geestelijke klachten; hiervan is 17 % niet tevreden over deze behandeling.

2.3 Leefstijl

In de DMA-vragenlijst is een aantal vragen gesteld over het gebruik van middelen zoals alcohol en drugs die het gedrag van de cliënt mogelijk kunnen beïnvloeden. Zo wordt het dagelijkse gebruik van softdrugs beschouwd als een risicovolle leefstijl. Een risicovolle leefstijl kan een belemmering vormen bij het zoeken naar en vinden van werk.

- Op de vraag of men rookt antwoordt 63 % dat men dagelijks sigaretten rookt. Gemiddeld roken zij 16 sigaretten per dag.
- Ruim een derde van de cliënten (40%) geeft aan alcohol te drinken. Gemiddeld drinken zij 8 glazen per week. Dit is ruim onder de geldende criteria wat betreft alcoholmisbruik of alcoholverslaving (bron: Jellinek).
- Een klein percentage van de cliënten geeft aan softdrugs (5%) of harddrugs (2%) of beide (2%) te gebruiken. Dit zijn in totaal 44 cliënten. Het merendeel van deze cliënten geeft aan acht keer per week drugs te gebruiken. Twee cliënten geven aan 50 keer per week softdrugs te gebruiken.
- Er is ook gevraagd naar de mate waarin de cliënt gezond eet en aan sport doet. 33% doet aan sport, 67% sport niet. Verder eet 17% heel erg gezond, 70% eet redelijk gezond 11% niet echt gezond en 3% helemaal niet gezond.

Om een algemeen beeld te krijgen van de leefstijl van de cliënten zijn drie categorieën aangemaakt op basis van roken, drank- en drugsgebruik: een ongezonde leefstijl (22%), een paar ongezonde leefgewoonten (45%), en een gezonde leefstijl (33%).

2.4 Belastbaarheid

Om de belastbaarheid van cliënten in kaart te brengen, kregen zij 17 activiteiten voorgelegd met de vraag bij elk van die activiteiten aan te geven hoeveel moeite men hiermee heeft. Deze 17 activiteiten verwijzen naar verschillende aspecten van belastbaarheid zoals fysiek uithoudingsvermogen (bijvoorbeeld 'steeds in dezelfde houding werken'), mentale aspecten zoals concentratie en geheugen (bijvoorbeeld 'een uur achter elkaar geconcentreerd werken'), maar ook werktempo ('onder tijdsdruk werken') en werkomstandigheden ('werken in een ruimte waar stof, gas of rook is').

De cliënten geven op gemiddeld 6 activiteiten dat zij hier (heel) veel moeite mee hebben. In onderstaande grafiek is de verdeling weergegeven van het aantal activiteiten waar een cliënt veel moeite mee heeft. Opvallend is dat 11% aangeeft met geen van deze activiteiten moeite te hebben.

Zoals genoemd konden de cliënten bij 17 verschillende activiteiten aangeven of zij hier moeite mee hebben. In onderstaande tabel wordt aangegeven hoeveel procent van de bijstandsgerechtigden moeite heeft met de genoemde activiteit. Het meeste moeite hebben zij met werken in een ruimte waar stof, gas of rook is, het minste met verantwoordelijkheden aankunnen.

Tabel 2.2: Belastbaarheid (n=525)

	Percentage dat hier (heel) veel moeite mee heeft
Werken in een ruimte waar stof, gas of rook is	60%
Boven schouderhoogte werken	58 %
Een paar keer per uur meer dan 5 kilo tillen, duwen of trekken	56 %
Werken in een ruimte waar veel lawaai is	54 %
Een paar uur achter elkaar staand werken	50%
Steeds in dezelfde houding werken	50 %
Een paar keer per uur buigen	48 %
Een paar keer per uur hurken of knielen	46 %
Een paar uur achter elkaar lopend werken	37 %
Onder tijdsdruk werken	33 %
Een paar uur achter elkaar met een toetsenbord en een computermuis werken	33 %
Een paar uur achter elkaar zittend werken	29 %
Dingen onthouden zonder ze op te schrijven	24 %
Net zo hard werken als de andere werknemers	24 %
Een uur achter elkaar geconcentreerd werken	22 %
Verantwoordelijk zijn voor de veiligheid of gezondheid van andere mensen	11%
Verantwoordelijk zijn voor het goed uitvoeren van mijn eigen taken	9 %

2.5 Risico op psychische klachten

Depressieve klachten zijn samen met angstklachten de meest voorkomende klachten bij werklozen. Na ongeveer drie maanden werkloosheid lopen mensen het risico om (ernstig) depressieve en/of angstklachten te krijgen¹⁸. Het is belangrijk om eventuele psychische problemen te signaleren. In de DMA-vragenlijst zijn daarom 14 vragen opgenomen die inzicht geven in de mate waarin een cliënt psychische klachten heeft. Deze 14 vragen vormen twee subschalen: een voor depressie en een voor angst. Ook zijn er nog vier vragen opgenomen die dienen het risico op manie of psychose te signaleren.

Ondanks dat de cliënt gevraagd wordt zijn eigen psychische gezondheid te beoordelen, blijken deze vragen een goed detecterend vermogen te hebben als het gaat om klinische stemmings- en angststoornissen¹⁹. De cliënt werd gevraagd in hoeverre de items de afgelopen vier weken op hen van toepassing waren (bijvoorbeeld 'ik voelde me somber' of 'ik was angstig zonder reden').

¹⁸ Taris, T.W. (2002). Unemployment and mental health: a longitudinal perspective. *International Journal of Stress Management*, 9, 43-57.

¹⁹ Brenninkmeijer, V., Blonk, R., Nieuwenhuijsen, K. & Beurs, E. de (2005). De waarde van de DASS bij verzuimbeleid: sensitiviteit en specificiteit van een psychopathologemaat. *Gedrag & Organisatie*, 18, 4, 210-227.

2.5.1 *Depressieve klachten*

Van de cliënten geeft 20 % aan ernstige depressieve klachten te hebben ervaren in de afgelopen vier weken; 28 % ervaart redelijk wat depressieve gevoelens. Bijna de helft van de cliënten (48%) heeft dus de afgelopen vier weken last gehad van depressieve klachten. De overige 53 % van de personen die deze vragen hebben ingevuld, heeft de afgelopen vier weken weinig last gehad van depressieve gevoelens.

2.5.2 *Angst klachten*

Van de cliënten geeft 28% aan ernstige angstklachten te hebben ervaren in de afgelopen vier weken, 17% ervaart redelijk wat angstgevoelens. Bijna de helft van de cliënten (45%) heeft dus in meer of mindere mate last gehad van angstgevoelens. De rest (53%) heeft in de afgelopen vier weken weinig last gehad van angstgevoelens. Depressieve klachten komen dus ongeveer evenveel voor als angst klachten bij bijstandsccliënten.

2.5.3 *Overige psychische klachten*

Van de 525 cliënten die deze vragen beantwoord hebben geven 24 cliënten (5%) aan ernstige psychische klachten te hebben, die te maken kunnen hebben met manie of psychose. Van de cliënten geeft 15 % aan een aantal psychische klachten te hebben. Meer dan driekwart (80%) geven echter aan weinig tot geen psychische klachten te hebben gehad in de afgelopen vier weken.

2.6 **Zijn de gezondheidsproblemen een belemmering bij het zoeken en vinden van werk?**

De DMA-vragenlijst legt cliënten 11 factoren voor die hen kunnen weerhouden werk te zoeken. Bijvoorbeeld een slechte lichamelijke en psychische gezondheid, het hebben van schulden, de zorg voor een familielid, verslaving en discriminatie kunnen cliënten tegenhouden werk te zoeken²⁰. Ook konden de cliënten nog aangegeven indien er iets anders hen belemmert.

Gemiddeld ervaren cliënten 4,5 belemmeringen of obstakels bij het zoeken en vinden van werk. Deze doelgroep heeft dus, zoals verwacht te maken met meervoudige problematiek. Van alle factoren die mensen kunnen weerhouden van het zoeken van werk worden fysieke klachten of ziekte het vaakst genoemd.

(1) Fysieke klachten of ziekte afgelopen 4 weken

Van de groep bijstandsccliënten geven 347 (66%) aan fysieke klachten te ervaren. Het overgrote deel hiervan geeft aan dit als een belemmering te ervaren (68%). Voor 45% van de totale groep vormen deze fysieke klachten een belemmering bij het zoeken naar en vinden van werk.

(2) Psychische klachten de afgelopen 4 weken

Van de groep bijstandsccliënten geven 268 personen (51%) aan psychische klachten te ervaren. Bij mensen die aangeven psychische problemen te ervaren, wordt dit door 67% van de mensen als een belemmerende factor gezien. Voor 34% van de totale groep vormen deze fysieke klachten een belemmering bij het zoeken naar en vinden van werk.

²⁰ Het gaat om de *ervaren* beleving van de cliënt en niet zozeer of eventuele belemmeringen ook feitelijk gezien aanwezig zijn.

2.7.1 Medische consumptie

2.7.1 *Behandeling*

Op het moment is 48 % van de cliënten onder behandeling voor lichamelijke of geestelijke klachten. Van de cliënten die niet onder behandeling zijn, geeft 12 % aan dat wel graag te willen. De 254 mensen (48%) die onder behandeling zijn werd in een open vraag gevraagd aan te geven wie hun behandelend arts is. In tabel 2.3 is van de antwoorden een overzicht gemaakt. De verdeling wat betreft lichamelijke en geestelijke klachten laat zien dat mensen vaker in behandeling zijn voor lichamelijke klachten dan voor geestelijke klachten. Dit stemt overeen met het feit dat fysieke klachten het vaakst worden genoemd als belemmering bij het zoeken of vinden van werk.

Tabel 2.3: Behandelend arts (n=254)

Door wie wordt de cliënt behandeld?	Aantal maal genoemd (meerdere antwoorden mogelijk)
Lichamelijke klachten	
Fysiotherapeut	51
Specialist ziekenhuis	63
Overige artsen voor lichamelijke klachten	30
Psychische klachten	
Psychiater	18
Psycholoog	26
Maatschappelijk werk	9
Overige artsen voor geestelijke klachten	9
Lichamelijke en/of psychische klachten	
Huisarts	101

2.7.2 *Tevredenheid over deze behandeling*

Van de 254 cliënten die onder behandeling zijn voor lichamelijke of psychische klachten, geeft 83 % aan daar tevreden over te zijn. Van de 43 cliënten die niet tevreden zijn over de behandeling geeft de helft (52%) aan niet tevreden te zijn over de huisarts.

2.7.3 *Medicatie*

Het overgrote deel (81%) van de mensen die onder behandeling zijn gebruikt medicijnen. Van de gehele steekproef geeft 55 % aan op dit moment medicijnen te gebruiken.

2.8 Conclusie

Gemiddeld ervaren cliënten 4,5 belemmeringen of obstakels bij het zoeken en vinden van werk. Hierbij worden fysieke klachten (45 %) en geestelijke klachten (34%) het meeste genoemd.

Fysieke en psychische problemen zijn sterk aanwezig bij de cliënten uit deze steekproef. Meer dan de helft (53%) van de cliënten geeft aan zich niet echt of helemaal niet fit en gezond te voelen op dit moment en in de afgelopen vier weken. Op het moment

is 48% van de cliënten dan ook onder behandeling voor lichamelijke of geestelijke klachten; hiervan is 17% niet tevreden over deze behandeling.

Deze gezondheidsproblemen zijn ook terug te vinden in een beperkte belastbaarheid: De cliënten geven op gemiddeld 6 activiteiten dat zij hier (heel) veel moeite mee hebben. Het meeste moeite hebben zij met werken in een ruimte waar stof, gas of rook is, het minste met verantwoordelijkheden aankunnen.

Er is ook sprake van een groot aantal cliënten dat psychische klachten ervaart:

- Bijna de helft van de cliënten heeft (48%) de afgelopen vier weken last gehad van depressieve klachten.
- Bijna de helft van de bijstandsgerechtigden heeft (45%) in meer of mindere mate last gehad van angstgevoelens.
- Van de 525 cliënten die deze vragen beantwoord hebben geven er 24 (5%) aan ernstige psychische klachten te hebben, die te maken kunnen hebben met manie of psychose. Van de cliënten geeft 15% aan een aantal psychische klachten te hebben.

Voor de lichamelijke en geestelijke klachten die de bijstandsgerechtigden ervaren is de helft (48%) onder behandeling. De cliënten zijn vaker in behandeling voor lichamelijke klachten dan voor geestelijke klachten. Dit is in overeenstemming met de bevinding dat cliënten fysieke klachten als de grootste belemmering zien bij het zoeken en vinden van werk.

De gezondheidsproblemen vertalen zich ook naar een groot percentage van de steekproef dat medicijnen gebruikt. Meer dan de helft (55%) van de cliënten geeft aan op dit moment medicijnen te gebruiken.

3.3 Tot slot

Het is dus belangrijk aandacht te besteden aan de gezondheid (zowel lichamelijk als psychisch) van de bijstandsgerechtigden. Fysieke en psychische problemen zijn niet alleen in sterke mate aanwezig, maar vormen ook de grootste belemmeringen bij het zoeken en vinden van werk.

4 Gezondheidsproblemen bij gesubsidieerde werknemers

4.1 Inleiding

“Wie kan, moet meedoen, en het liefst zo lang mogelijk”, zo staat omschreven in het Coalitieakkoord van februari 2007. De komende jaren staan de schijnwerpers volop gericht op het verder verhogen van de arbeidsparticipatie in Nederland. Om meer mensen aan het werk te krijgen, zijn volgens het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW, 2005) structurele hervormingen en gerichte oplossingen vereist. Deze hervormingen en oplossingen zijn bedoeld voor personen met een grotere afstand tot de arbeidsmarkt en voor personen die over onvoldoende vaardigheden beschikken om actief deel te nemen aan de arbeidsmarkt. In tijden van een neerwaartse economie zijn zij ook de eersten die hun baan verliezen.

Om langdurig werklozen een duurzame kans te geven op een reguliere werkplek, zijn daarom de in- en doorstroombanen (hierna ID-banen²¹) in januari 2000 in het leven geroepen. Hoewel inmiddels de Wet Werk en Bijstand (WWB) ingevoerd is, waarmee de bestaande ID-regelgeving is komen te vervallen, wordt gesubsidieerde arbeid nog steeds toegepast. De WWB maakt bovendien gemeenten zelf verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van hun beleid met betrekking tot re-integratie en daarmee ook gesubsidieerde arbeid. Door de WWB is het voor gemeenten aantrekkelijker om bijstandsgerechtigden te re-integreren en gesubsidieerde medewerkers te laten uitstromen naar een reguliere baan.

De succeskans van re-integratie hangt, volgens Nijhuis en Van Lierop (2003), af van de mogelijkheden van de persoon, de organisatie waar hij werkt of zou willen werken, de sociale omgeving en de kwaliteit van het re-integratie-instrumentarium gericht op een goede afstemming tussen persoon en werk. Een goede diagnose van deze aspecten levert daarmee een bijdrage aan de effectiviteit van re-integratie-inspanningen. Dit is ook van groot maatschappelijk belang, aangezien er grote sommen publiek geld mee gemoeid zijn. Bij een efficiënte besteding van deze gelden, kan bovendien een bredere populatie met een kwetsbare arbeidsmarktpositie gebruikmaken van re-integratietrajecten.

ID-banen worden ingezet als re-integratie-instrument met de gedachte dat mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt door werkervaring en werkritme deze afstand kunnen verkleinen. Bovendien kunnen zij in de gesubsidieerde werkperiode gestructureerd aan de slag met het ontwikkelen en verbeteren van relevantie competenties (Bennenbroek & Blonk, 2006). Toch blijkt de doorstroom naar regulier werk weinig voor te komen (Copinga, Lanjouw & Hua Oei, 2005; Gemeente Groningen, 2005). Om de kansen van de ID-ers op de arbeidsmarkt in te schatten, kan de gemeente gebruikmaken van verschillende diagnosemethoden.

²¹ Bij een ID-baan gaat het om arbeid waarbij de werkgever subsidie ontvangt van de gemeente voor het tewerkstellen van een langdurige werkloze. Dat betekent dat een uitkeringsgerechtigde (bijstand, IOAZ of IOAW) gesubsidieerde arbeid gaat verrichten. Medewerkers die in aanmerking komen voor een ID-baan zijn gedurende minimaal een jaar werkloos geweest. ID-banen zijn bedoeld om bedoeld om langdurig werklozen te kunnen laten doorstromen naar regulier, niet gesubsidieerd werk (www.arbeidsrechter.nl).

Voor dit onderzoek heeft TNO Kwaliteit van Leven | Arbeid (hierna: TNO) in opdracht van de gemeente Haarlem bij een aantal mensen die nog steeds werkzaam zijn in een ID-baan drie verschillende assessment-instrumenten afgenomen om de afstand tot de arbeidsmarkt te bepalen. Daarnaast was TNO geïnteresseerd in de mogelijke samenhang van deze instrumenten.

4.2 Aanleiding onderzoek

De gemeente Haarlem wilde meer inzicht verkrijgen in hun bestand van gesubsidieerde medewerkers. Door een aantrekkelijke arbeidsmarkt, waar ook kwetsbare groepen van lijken te kunnen profiteren, is het mogelijk om met behulp van grondig onderzoek naar de potentie van de doelgroep ID-ers, een inschatting te maken van de mogelijkheden van de ID-er en de kans op een reguliere baan²².

TNO heeft in dit kader voor de gemeente Haarlem onderzoek uitgevoerd naar de arbeidsmarktkansen van gesubsidieerde medewerkers²². Uit dit onderzoek komt naar voren dat 60% van de ID-ers op korte, dan wel iets langere termijn (namelijk 1 jaar) bemiddeld kan worden naar een reguliere baan.

TNO heeft de ID-ers bovendien schriftelijk benaderd voor additioneel onderzoek, waarbij de cliënten werd gevraagd de DMA-vragenlijst in te vullen. Het toesturen van deze vragenlijst is niet gebruikelijk: de DMA-vragenlijst wordt normaal gesproken afgenomen in het bijzijn van een consultant. Het toesturen van deze vragenlijst zou negatieve gevolgen kunnen hebben voor de betrouwbaarheid van de antwoorden. Tevens zouden er gegevens kunnen ontbreken ('missing values').

4.3 Steekproef

Voor het huidige onderzoek worden de gegevens gebruikt die zijn verzameld van september 2006 tot en met januari 2007 bij (ex-)ID-ers van de gemeente Haarlem. De DMA is aan 113 personen toegestuurd en uiteindelijk ingevuld en teruggestuurd door 53 personen (47%). Zij ontvingen hiervoor een cadeaubon van 5 euro en een kraslot.

Van de uiteindelijke onderzoeksgroep was 64% vrouw (zie Tabel 4.1). De gemiddelde leeftijd was 46.5 jaar. De minimum leeftijd is 28, de maximum leeftijd 57.

4.3.1 Kwalificaties

Opvallend is dat 57% van de onderzochte groep geen startkwalificatie²³ heeft. Meer dan de helft van de onderzoeksgroep (69%) heeft 6 of meer jaren werkervaring (incl. ID-baan).

Het aantal jaren dat een persoon (gesubsidieerd) werkzaam is in de organisatie varieert tussen de 1 jaar en 8 maanden tot 23 jaar, met een gemiddelde van 7.5 jaar.

²² Hazelzet, A.M., Huijs, J., & Blonk, R.W.B. (2007). Perspectief op werk. Groepsrapportage onderzoek onder ID-werknemers van de gemeente Haarlem. Hoofddorp: TNO Arbeid.

²³ Een startkwalificatie is een HAVO of VWO-diploma of een MBO-diploma vanaf niveau 2.

Tabel 4.1: Achtergrondgegevens onderzochte groep gesubsidieerde werknemers (N=53)

Achtergrondgegevens		Percentage
Gemiddelde leeftijd	46,5 jaar (range 28 - 57)	
Geslacht	Man	36%
	Vrouw	64%
Burgerlijke staat (meerdere antwoorden mogelijk)	Getrouwd / samenwonend	49%
	Vrijgezel	26%
	Gescheiden / weduwnaar	23%
Kinderen	Nee	36%
	Ja	64%
Aantal kinderen	1 kind	
	2 kinderen	15%
	3 of meer kinderen	30%
Herkomst	Autochtoon	70%
	Allochtoon	30%

4.4 Gezondheid algemeen

De gesubsidieerde werknemers voelen zich redelijk gezond en fit (Zie Tabel 4.2): 19% geeft zelfs aan zich heel gezond te voelen. 8% van de gesubsidieerde voelt zich helemaal niet gezond.

Tabel 4.2 Voelt de cliënt zich fit en gezond? (n=53)

	Percentage
Ja, heel erg	19%
Redelijk	55%
Nee, niet echt	19%
Nee, helemaal niet	8%

Noot: er wordt gevraagd naar de afgelopen 4 weken

4.5 Leefstijl

In de DMA-vragenlijst is een aantal vragen gesteld over het gebruik van middelen zoals alcohol en drugs die het gedrag van de cliënt mogelijk kunnen beïnvloeden. Zo wordt het dagelijkse gebruik van softdrugs beschouwd als een risicovolle leefstijl. Een risicovolle leefstijl kan een belemmering vormen bij het zoeken naar en vinden van werk.

- ☉ Op de vraag of men rookt antwoordt 40 % dat men sigaretten rookt.
- ☉ Ruim een derde van de cliënten (36%) geeft aan alcohol te drinken.
- ☉ Eén gesubsidieerde werknemer geeft aan softdrugs of harddrugs te gebruiken.

4.6 Belastbaarheid

Om de belastbaarheid van cliënten in kaart te brengen, kregen zij 17 activiteiten voorgelegd met de vraag bij elk van die activiteiten aan te geven hoeveel moeite men hiermee heeft. Deze 17 activiteiten verwijzen naar verschillende aspecten van belastbaarheid zoals fysiek uithoudingsvermogen (bijvoorbeeld ‘steeds in dezelfde houding werken’), mentale aspecten zoals concentratie en geheugen (bijvoorbeeld ‘een uur achter elkaar geconcentreerd werken’), maar ook werktempo (‘onder tijdsdruk werken’) en werkomstandigheden (‘werken in een ruimte waar stof, gas of rook is’).

De cliënten geven op gemiddeld 7 van de mogelijk 24 activiteiten dat zij hier (heel) veel moeite mee hebben. Opvallend is dat 6% aangeeft met geen van deze activiteiten moeite te hebben. Het meeste moeite hebben zij met werken in een ruimte waar stof, gas of rook is, het minste met goed zien (zie Tabel 4.3). Op de open vragen geeft 1 persoon aan moeite te hebben met opstaan.

Tabel 4.3: Belastbaarheid (n=53)

	Percentage dat hier (heel) veel moeite mee heeft
Werken in een ruimte waar stof, gas of rook is	81 %
Werken in een ruimte waar veel lawaai is	54 %
Werken in een ruimte die heel licht of juist donker is	51 %
Steeds in dezelfde houding werken	46 %
Boven schouderhoogte werken	44 %
Een paar keer per uur meer dan 5 kilo tillen, duwen of trekken	40 %
Een paar keer per uur hurken/knielen	36 %
Een paar uur achter elkaar staand werken	34 %
Onder tijdsdruk werken	33 %
Een paar uur achter elkaar zittend werken	30 %
Een paar uur achter elkaar met een toetsenbord en een computermuis werken	29 %
Een paar keer per uur trappen lopen	27 %
Een paar keer per uur buigen om bijvoorbeeld iets van de grond pakken, zonder uw knieën te buigen	25 %
Een paar uur achter elkaar lopend werken	25 %
Dingen onthouden zonder ze op te schrijven	21 %
Kracht zetten met armen/handen	20 %
Net zo hard werken als de andere werknemers	16 %
Hoofd in alle richtingen bewegen	16 %
Nauwkeurige bewegingen met handen/vingers	15 %
Een uur achter elkaar geconcentreerd werken	13 %
Goed horen	10 %
Evenwicht bewaren	8 %
Goed zien	6 %

4.7 Risico op psychische klachten

De cliënt werd gevraagd in hoeverre de items de afgelopen vier weken op hen van toepassing waren (bijvoorbeeld 'ik voelde me somber' of 'ik was angstig zonder reden')

4.7.1 *Depressieve klachten*

Van de cliënten geeft 67 % aan ernstige depressieve klachten te hebben ervaren in de afgelopen vier weken; 33 % ervaart redelijk wat depressieve gevoelens. *Alle* cliënten hebben dus de afgelopen vier weken last gehad van depressieve klachten.

4.7.2 *Angstklachten*

Van de cliënten geeft 46% aan ernstige angstklachten te hebben ervaren in de afgelopen vier weken, 54 % ervaart redelijk wat angstgevoelens. *Alle* cliënten hebben dus de afgelopen vier weken last gehad van angstklachten.

4.8 Belemmeringen/ obstakels om werk te zoeken en te vinden

De DMA-vragenlijst legt cliënten 19 factoren voor die hen kunnen weerhouden werk te zoeken. Bijvoorbeeld een slechte lichamelijke en psychische gezondheid, het hebben van schulden, de zorg voor een familielid, verslaving en discriminatie kunnen cliënten tegenhouden werk te zoeken²⁴. Ook konden de cliënten nog aangegeven indien er iets anders hen belemmert.

Gemiddeld ervaren cliënten 1,8 belemmeringen of obstakels bij het zoeken en vinden van werk. Van alle factoren die mensen kunnen weerhouden van het zoeken van werk worden fysieke klachten of ziekte het vaakst genoemd.

(1) Fysieke klachten of ziekte afgelopen 4 weken

Van de groep bijstandsccliënten geven 29% aan fysieke klachten te ervaren. Het overgrote deel hiervan geeft aan dit als een belemmering te ervaren (76%).

(2) Psychische klachten de afgelopen 4 weken

Van de groep bijstandsccliënten geeft 27 % aan psychische klachten te ervaren. Bijna de helft hiervan geeft aan dit als een belemmering te ervaren (46%).

4.9 Medische consumptie

4.9.1 *Behandeling*

Op het moment is 34 % van de cliënten onder behandeling voor lichamelijke of geestelijke klachten. 5% van de cliënten geeft aan niet onder behandeling te zijn, maar dat wel te willen.

De mensen (48%) die onder behandeling zijn werd in een open vraag gevraagd aan te geven wie hun behandelend arts is. In tabel 4.4 is van de antwoorden een overzicht gemaakt.

²⁴ Het gaat om de *ervaren* beleving van de cliënt en niet zozeer of eventuele belemmeringen ook feitelijk gezien aanwezig zijn.

Tabel 4.4: Behandelend arts (n=53)

Door wie wordt de cliënt behandeld?	Aantal maal genoemd (meerdere antwoorden mogelijk)
Lichamelijke klachten	
Fysiotherapeut	5
Specialist / ziekenhuis	7
Psychische klachten	
Psychiater / therapeut	5
Lichamelijk & geestelijk	
Huisarts	6

4.9.2 *Tevredenheid over deze behandeling*

Van de cliënten die onder behandeling zijn voor lichamelijke of psychische klachten, geeft 76 % aan daar tevreden over te zijn.

5 Resonansgroep

Op 13 december 2007 hebben wij een resonansgroep georganiseerd, waarbij we een aantal professionals van gemeenten re-integratiebedrijven en de arbo-curatieve zorg hebben uitgenodigd om van gedachten te wisselen over de rol van fysieke en/of psychische klachten bij de re-integratie en activering van bijstandsgerechtigden.

We hebben hen een aantal vragen voorgelegd en daarover gebrainstormd, waarna we hen een drietal casussen hebben voorgelegd. Tot slot hebben wij de deelnemers gevraagd wat hun wensen zijn voor de komende jaren op het gebied van kennisinvestering op dit gebied. Dit heeft geleid tot een aantal aanbevelingen en wensen voor de toekomst. Wij zullen hieronder dieper ingaan op deze twee onderdelen. We noemen hierbij de punten die de resonansgroep hebben gemaakt en hebben deze punten hier en daar aangevuld met onze visie op dit punt.

5.1 Aanbevelingen voor het professionaliseren van de begeleiding, activering & re-integratie

We hebben de deelnemers de vraag voorgelegd wat zij zien als ideale begeleiding en re-integratietrajecten voor bijstandsgerechtigden met fysieke en/of psychische klachten. Zij hebben in dit kader een aantal aanbevelingen gedaan:

- » Goede diagnose (van de hele cliënt, niet alleen de gezondheid)
- » Ophouden met 1-dimensionaal werken
- » Het vergroten van de expertise van de betrokken professionals
- » Betere ketensamenwerking
- » Maatwerk leveren
- » Een regievoerder: spin in het web

5.1.1 *Goede diagnose (van de hele cliënt, niet alleen de gezondheid)*

De professionals gaven aan dat een effectieve en efficiënte begeleiding en re-integratie staat of valt met een goede diagnose.

Zelfrapportage versus diagnose door professional

Er is in dit kader kort gediscussieerd over de meerwaarde van zelfrapportage van gezondheidsklachten door de bijstandsgerechtigden. Als nadeel werd gezien dat dit een subjectief oordeel door een leek is, waarbij vraagtekens gezet kunnen worden over de mate waarin dit een betrouwbaar beeld oplevert van de ernst en aard van de klachten.

Het grote voordeel van deze zelfrapportage werd gezien in het feit dat het bij de behandeling, maar ook bij de re-integratie van deze mensen het cruciaal is om te weten hoe de cliënt zelf zijn/haar gezondheid beleeft. Deze informatie is noodzakelijk om de juiste stappen te kunnen zetten om de klant te motiveren.

Een combinatie van zelfrapportage en *indien nodig* een beoordeling van de klachten werd daarom als optimaal beschouwd. Hierbij wordt aangegeven dat het *serius nemen* van de klachten en het oordeel van de cliënt cruciaal is. Sterker nog: dit wordt als eerste stap gezien: *eerst* de klachten serieus nemen, daarna aan het werk of plaatsing in trajecten.

Focus op mogelijkheden

Daarnaast moet er bij de diagnose al nadruk worden gelegd op de *mogelijkheden* van de cliënt en niet alleen op de belemmeringen.

5.1.2 *Structuur, korte doorlooptijden en continuïteit*

Het activeren van cliënten met fysieke en/of psychische klachten vergt niet alleen expertise van de consulenten, maar ook de juiste randvoorwaarden voor de cliënten. Bij het activeren van deze cliënten zijn korte doorlooptijden, gestructureerd werken en continuïteit belangrijke voorwaarden voor het slagen van de activering. Als consulenten vanwege een (te) hoge caseload deze voorwaarden niet kunnen creëren, gaat dit ten koste van de effectiviteit en daarmee ook van de efficiëntie van de werkwijze.

Daarnaast is het belangrijk dat de begeleiding en de trajecten gestructureerd zijn en duidelijk en transparant gecommuniceerd worden naar de cliënt.

5.1.3 *Ophouden met 1-dimensionaal werken*

Bij de diagnose, de begeleiding en de re-integratie van de cliënten dient 2-dimensionaal gedacht en gewerkt te worden: zowel arbeid (activering en re-integratie) als zorg (gezondheid en behandeling) moet aandacht krijgen.

Betere ketensamenwerking

De deelnemers pleiten daarom voor een ebttere ketensamenwerking tussen professionals van deze twee dimensies. Zij stellen daarbij voor om:

- » De beide partijen in een gebouw te laten werken
- » Beide partijen gezamenlijk verantwoordelijk te maken voor de re-integratie en de afname van klachten
- » Een regievoerder (eindverantwoordelijke) aan te stellen
- » (financiële) ontschotting
- » Trajecten parallel aan elkaar laten verlopen (waar mogelijk)
- » Het werken in multidisciplinaire teams

Professionals de twee dimensies laten toepassen

Veel gehoord commentaar is dat professionals in de curatieve zorg te weinig aandacht besteden aan de werk- en re-integratiecomponent van hun begeleiding van de cliënt en dat professionals in de sociale zekerheid onvoldoende zicht hebben op de (mogelijkheden) van de curatieve zorg. De deelnemers adviseren daarom dat professionals van beide dimensies meer op de hoogte komen van de andere dimensie en die deels incorporeren in hun werkwijze (bijvoorbeeld door een psycholoog te betrekken bij de diagnose en begeleiding van een bijstandsgerechtigde).

Tweedimensionale trajecten

Daarnaast is het belangrijk dat er trajecten beschikbaar zijn die aansluiten bij de zorgen ontwikkelbehoeften van de cliënten. Kennis van de beschikbare trajecten en inzicht in de inhoud, werkwijze en doelen van deze trajecten hebben de consulenten nodig om het juiste traject bij de cliënt te zoeken.

Om voor professionals in de sociale zekerheid de keuze voor het juiste (zorg)traject (de juiste (zorg)aanbieder) mogelijk te maken, zijn goede samenwerkingsrelaties met (regionale) zorgaanbieders van belang, specifiek met organisaties die oog hebben voor arbeidsparticipatie. Zorgaanbieders kunnen immers al in een vroeg stadium ondersteunen bij de diagnose en continuïteit realiseren in de begeleiding van cliënten met psychische of lichamelijke problemen. Deze zorgtrajecten kunnen parallel aan 'werktrajecten' plaatsvinden.

5.1.4 *Het vergroten van de expertise van de betrokken professionals*

Een groot probleem dat gesignaleerd wordt, is dat de professionals in de sociale zekerheid onvoldoende toegerust zijn om de complexe problematiek van deze bijstandsgerechtigden in goede banen te leiden. De deelnemers zien als belangrijke kwaliteiten van de professionals:

- » Dingen herkennen door goed te luisteren en te observeren
- » Observaties kunnen vertalen naar juiste actie (analytisch vermogen, ‘helicopter view’)
- » Echt contact kunnen leggen met de cliënt
- » Empatisch vermogen
- » Ervaring
- » Op indicatie werken: datgene doen waarvoor een duidelijke aanleiding is bij de betreffende cliënt (niet meer en niet minder)
- » Aansluiten bij (de beleving van) de cliënt
- » Kennis van de sociale kaart in de regio: weet hebben van de zorg- en trajectaanbieder in de omgeving

5.1.5 *Maatwerk leveren*

Het bieden van maatwerk is al jaren het credo van veel gemeenten. Toch komt dat in de praktijk niet altijd tot uitdrukking: er worden trajecten “in bulk” ingekocht en er wordt nog vaak een cliënt bij een traject of werkplek gezocht in plaats van andersom. Gegeven de complexe, maar vooral ook de zeer diverse problematiek van deze doelgroep is maatwerk noodzakelijk voor het succesvol en duurzaam activeren van de cliënt.

De deelnemers zien de volgende mogelijkheden om maatwerk haalbaar te maken:

- » Geen standaard boek: niet werken vanuit vaste protocollen, maar elke cliënt als een individueel geval zien en begeleiden
- » Professionalisering van de professionals. Kwalitatief goede begeleiding van deze cliënten vereist diepgaand inzicht in factoren die motivatie en gedrag beïnvloeden en hoe je daar als professional op kunt interveniëren. Ook stelt het hoge eisen aan de vaardigheden van consulenten op het gebied van gesprekstechnieken
- » Netwerk/sociale kaart. Om de cliënten uit deze doelgroep optimaal te diagnosticeren en te begeleiden is een nauwe samenwerking met ketenpartijen zowel op het gebied van re-integratie als op het gebied van zorg essentieel. Kennis van deze sociale kaart is daarmee een eerste voorwaarde
- » ‘Ontschotten’ van zorgaanbieders en professionals in de sociale zekerheid
- » Individuele begeleiding: maatwerk en een aanspreekpunt voor de cliënt
- » Cliënten sterker maken: De cliënten hebben expliciet een rol en verantwoordelijkheid voor het vinden van passende activiteiten. Het is dus zaak om de cliënten het gevoel van controle en verantwoordelijkheid (terug) te geven, maar ook het probleemoplossend vermogen van cliënten te vergroten, zodat zij zelf actief deelnemen aan hun activering.

5.2 **Wensen voor de toekomst**

5.2.1 *Gevalideerde trajecten*

De deelnemers geven aan een duidelijke behoefte te hebben aan gevalideerde trajecten: *Welke trajecten zijn voor wie effectief?* Er wordt jaarlijks ontzettend veel geld geïnvesteerd in re-integratie- en activeringstrajecten zonder dat we echt weten wat het effect is van die interventies.

Bovendien weten we niet waarom sommige trajecten wel effectief en andere trajecten niet effectief zijn. Heeft dit te maken met de selectie van deelnemers voor de trajecten (cliënten op de verkeerde trajecten), of met de uitvoering van de trajecten (de uitvoering van trajecten en de begeleiding blijkt in de praktijk vaak af te wijken bij de oorspronkelijke doelstelling van de trajecten en/of begeleiding)?

5.2.2 *Meer wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit*

Bovenstaande vragen kunnen uitsluitend beantwoord worden met zorgvuldig wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van trajecten en begeleiding en naar predictorenonderzoek (wat bepaalt het slagen/mislukken van een traject?) .

Vergelijkbaarheid tussen deze onderzoeken wordt als een belangrijk punt gezien: zo kunnen gegevens over de effectiviteit van het ene traject vergeleken worden met de gegevens over de effectiviteit van het andere traject. De deelnemers geven aan behoefte te hebben aan een *universele effectiviteitsmaat* die meer en meer relevante informatie biedt dan (kale) uitstroomcijfers.

Hoewel re-integratie-inspanningen zich richten op de activering en re-integratie van (moeilijk bemiddelbare) bijstandsgerechtigden legt ieder traject net een andere focus wat betreft de doelgroep en doelstellingen. Ook verschilt de uitgangspositie van de bijstandsgerechtigde. Nog belangrijker is dat de geoperationaliseerde doelstellingen van de re-integratie-inspanningen van elkaar verschillen (uitstroom uit uitkering, vermindering van gezondheidsproblematiek, leerwerktraject, vrijwilligerswerk, verminderen sociaal isolement).

Wetenschappelijk onderzoek waarbij een *universele effectiviteitsmaat* wordt toegepast wordt daarmee moeilijk toepasbaar maar ook minder relevant. Immers, hoe meer de effectmaat relevant is voor de doelstellingen van een traject. Trajectspecifieke effectmaten zullen dus relevant blijven voor wetenschappelijk onderzoek.

5.2.3 *Multidisciplinair werken, ook bij onderzoek*

Ook bij het doen van wetenschappelijk onderzoek wordt de noodzaak gezien van multidisciplinair werken.

6 Verkenning van onderzoeksvragen

In het voorgaande hoofdstuk zijn de wensen voor wetenschappelijke kennis van de resonansgroep besproken. Deze wensen liggen erg op lijn met de kennislacunes die TNO signaleert binnen de sociale zekerheid. Deze lacunes zijn benoemd in het kader van bijstandsgerechtigden met gezondheidsproblematiek, maar zijn toepasselijk voor alle mensen die een grote afstand tot de arbeidsmarkt hebben.

Op het onderzoeksterrein van de arbeid- en organisatiepsychologie is onderzoek naar ‘onderkant arbeidsmarkt’ echter zeldzaam. Terwijl de demografische en maatschappelijke ontwikkelingen juist wijzen op een significante groei van dat deel van onze bevolkingssamenstelling. Prognoses van de overheid wijzen in de richting van 2-3 miljoen mensen die binnen nu en tien jaar moeite zullen hebben aan te haken bij de ontwikkeling van de kenniseconomie in Nederland.

6.1 Meer wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit

Het is dus meer dan ooit (voor de gemeenten) van belang om de effecten van re-integratie-inspanningen zichtbaar te krijgen. TNO wil daarom meer zicht op de effecten van verschillende werkwijzen. Effectiviteit van re-integratie-inspanningen wordt voornamelijk afgemeten aan de mate waarin cliënten daadwerkelijk uitstromen uit de bijstand. Doordat gemeenten zelf financieel verantwoordelijk zijn voor het arbeidsmarktbeleid, gaan zij zelfs nog meer denken in termen van kosten en opbrengsten. De juiste klant op het juiste traject is het devies, het veelgenoemde ‘maatwerk’. Een veel gebruikte term, die door een ieder die met re-integratie te maken heeft hoog in het vaandel wordt gedragen. In de praktijk blijkt dat echter moeilijk waar te maken.

Voorwaarde voor maatwerk is het gebruik van ‘evidence-based’ instrumenten en weinigen beschikken over dergelijke instrumenten. Zo heeft de Rekenkamer Amsterdam een zeer kritisch rapport geschreven over de begeleiding door de gemeente Amsterdam van bijstandsgerechtigden naar werk. Onze reactie op het rapport van de Amsterdamse Rekenkamer is tweezijdig:

1. Het is een bevestiging van wat wij de laatste jaren hebben gezien bij gemeenten: beperkte ‘sense of urgency’ om (wetenschappelijk) aan te tonen waarom het ene traject wel leidt tot regulier werk en het andere niet.
2. We vinden het tegelijkertijd schrijnend te zien hoe zeer een gebrekkige uitvoering ten koste gaat van de bijstandsgerechtigde. We weten immers dat elk mislukt traject de klant (verder) demotiveert en vervolgens de kans op succes in een volgend traject doet afnemen²⁵. Bovendien is aangetoond dat naarmate mensen langer werkloos thuiszitten, zij een groter risico hebben op psychische klachten.

Het belang van een goede diagnose bij instroom en monitoring van klanten tijdens hun traject, is de aanleiding geweest voor de ontwikkeling van:

1. de DiagnoseMethode Activeringspotentieel en
2. de Vragenlijst PrestatieMogelijkheden (VPM).

Beide instrumenten verzamelen op een systematische wijze gegevens over de klant die voor de primaire taakstelling op het terrein van gemeenten essentieel zijn. Beide instrumenten worden op dit moment ingezet in een groot aantal gemeenten.

²⁵ Blonk, R.W.B. (2007).

Naar aanleiding van de ontwikkeling en het gebruik van de DMA en VPM, maar ook het gebruik in de praktijk, leeft er een aantal onderwerpen die we middels wetenschappelijk onderzoek verder willen bestuderen. Zo kwamen we naar aanleiding van een presentatie van de DMA en VPM aan onderzoekers van de Universiteit Utrecht tot de volgende vraag: *In hoeverre is gedrag in het werk (functioneren) terug te voeren op persoonlijkheidseigenschappen die in de loop van de tijd vrij stabiel zijn?* Inzicht hierin heeft grote implicaties voor de wijze waarop werknemers in hun werk en tijdens 'leven lang leren' het beste begeleid kunnen worden. Daarnaast willen we kennis ontwikkelen over wat werkt en niet werkt als het gaat om zoeken, vinden en houden van werk van mensen aan de onderkant arbeidsmarkt.

6.1.1 *Noodzaak voor wetenschappelijk onderzoek*

TNO wil in samenwerking met haar samenwerkingspartners in de komende jaren 2007 niet alleen de DMA en VPM verder doorontwikkelen, maar beide instrumenten ook inzetten voor wetenschappelijk onderzoek. Het is onze ambitie om grond van onderzoek ook kritische tegengeluiden (nuanceringen) te laten horen als het gaat om opkomende denkbeelden als 'Iedereen aan het werk', 'Iedereen toeleiden naar startkwalificatie', 'Duale trajecten voor lager opgeleiden'.

Daarnaast willen we artikelen publiceren over de doelgroep mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt, over welke re-integratietrajecten werken en niet werken en 'last but not least': wat de bijdrage is van het gebruik van geprotocolleerde instrumenten aan de effectiviteit van re-integratietrajecten.

6.1.2 *Hoe meet je effectiviteit?*

Effectiviteit wordt in dit kader voornamelijk afgemeten aan de mate waarin cliënten daadwerkelijk uitstromen uit de bijstand, d.w.z. een (betaalde, reguliere) baan vinden. Aangezien het bij de huidige groep bijstandsgerechtigden vaak enige tijd zal duren voordat er effecten zichtbaar zijn op werkstatus, is het zinvol om succescriteria te formuleren waarop in de tussentijd geëvalueerd kan worden. Hierdoor kan inzichtelijk worden gemaakt dat er wel degelijk ontwikkelingen en veranderingen optreden bij de cliënt naar aanleiding van deelname aan een bepaald project, ook al vertaalt dat zich (nog) niet in een (gesubsidieerde) baan.

Mede vanwege de komende Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) zullen deze andere (succes)criteria steeds meer aandacht gaan krijgen. Hierbij wordt gedacht aan medische consumptie, maar ook aan sociale activering van cliënten (betrokkenheid bij vrijwilligerswerk, buurt/wijkactiviteiten) en een 'gezonde' opvoedsituatie voor kinderen van bijstandsgerechtigden. In het kader van de WMO zal activering van cliënten die (nog) niet geschikt zijn voor de reguliere arbeidsmarkt richting vrijwilligerswerk of mantelzorg voor de gemeenten een belangrijke uitkomst zijn.

Een effectevaluatie die aandacht besteedt aan dergelijke maatschappelijke criteria is dan ook van betekenis. Ten eerste omdat deze gegevens de effecten van re-integratieactiviteiten zichtbaar kunnen maken, niet alleen op het gebied van werk, maar ook op andere, maatschappelijk relevante criteria zoals medische consumptie en sociale activering. Daarnaast kunnen op basis van deze gegevens beslissingen over aanbesteding en het inzetten van bepaalde re-integratietrajecten meer onderbouwd worden genomen. Om dus daadwerkelijk een beeld te krijgen van de effectiviteit van re-integratie-inspanningen dient verder te worden gekeken dan alleen werkstatus.

6.1.3 *Uitdagingen bij het doen van wetenschappelijk onderzoek*

Het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek binnen de sociale zekerheid is niet eenvoudig. Niet in de laatste plaats omdat de eisen van een gedegen onderzoek niet altijd overeenkomen met de belangen van de gemeenten. Toch is het zaak om, als een wetenschappelijk onderzoek wordt opgezet, voldoende aandacht aan het den de procedure design te besteden. Belangrijke elementen van de opzet van een dergelijk onderzoek zijn:

1. De effectevaluatie dient een *voldoende grote steekproef* te omvatten. Een grote steekproef maakt het mogelijk om mogelijke effecten statistisch aan te tonen. Daarnaast kunnen verschillen tussen gemeenten en/of groepen cliënten (man/vrouw; psychische/fysieke beperkingen; etc.) met elkaar worden vergeleken.
2. De effectevaluatie dient in ieder geval een *nulmeting* (T0) te hebben, waardoor een beeld wordt verkregen van de situatie van de cliënt voor de start van de re-integratieactiviteiten (dit kan al voor de diagnose zijn). Daarnaast moet een meting worden opgenomen om de lange termijn effecten te meten (1 à 2 jaar na diagnose).
3. Idealiter zou er een *controlegroep* van cliënten die niet deelneemt aan de re-integratieactiviteit waarvan de effectiviteit wordt gemeten, moeten worden opgenomen. Deze controlegroep kan inzicht verschaffen in de effectiviteit van de re-integratieactiviteit ten opzichte van de reguliere benadering. Dit blijft overigens lastig; er kan cliënten een succesvol traject worden onthouden.
4. Bij de onderzoeksopzet moet aan *meerdere effectmaten* aandacht worden besteed. Niet alleen de werkstatus is van belang maar ook zaken als activering (vrijwilligerswerk, mantelzorg, buurt/wijkactiviteiten), zorgconsumptie, leefstijl, beperkingen, werkzoekgedrag en geloof-in-eigen-kunnen ('self-efficacy').

6.2 **Zicht krijgen op predictoren van effectiviteit**

Een logisch vervolg op effectiviteitonderzoek is onderzoek naar de voorspellers (predictoren) van de effectiviteit van re-integratie-inspanningen en de werkzame bestanddelen van deze re-integratie-inspanningen. Met andere woorden: *Voor wie zijn de re-integratie-inspanningen effectief en voor wie niet? Is het relevant om te weten of predictoren een oorzaak of een gevolg van werkloosheid zijn?*

Inzicht in deze vragen kan aangrijpingspunten geven voor het verhogen van de effectiviteit van de re-integratie-inspanningen. Wanneer de activiteiten voor bepaalde subgroepen effectiever blijkt dan voor andere, dan kan dit betekenen dat de indicatiestelling (selectie) voor de activiteit verder verfijnd zou kunnen worden. Men kan echter ook eerst proberen de begeleiding van de specifieke subgroep aan te passen, in de activiteit zelf of in het traject als vervolg op de activiteit.

Inzicht in de vraag of bijvoorbeeld psychische klachten (depressie) een oorzaak of gevolg zijn van de werkloosheid kan mogelijk bepalen welke vervolgetrajecten worden ingezet om zowel de klachten, als de afstand tot de arbeidsmarkt te verminderen.

6.3 **Concrete onderzoeksvragen: Mogelijkheden voor 2008**

TNO zal de komende jaren, in samenwerking met haar samenwerkingpartners, grote hoeveelheden data verzamelen over bijstandsgerechtigden. Zo wordt de DMA ingezet in een groot aantal gemeenten, zoals Zoetermeer, Lelystad, Almere, Almelo, ISD Midden Langstraat, etc. Ook de VPM wordt ingezet, bijvoorbeeld bij een grootscheeps project in de gemeente Rotterdam.

TNO ziet in deze projecten een unieke kans om een aantal onderzoeksvragen wetenschappelijk te beantwoorden:

1. *Welke informatie is cruciaal om een goede diagnose te kunnen doen?*
Gedurende 2007 en 2008 wordt met de DMA de diagnose uitgevoerd over bijstandsgerechtigden van verschillende gemeenten. In het onderzoek willen we aantonen welke informatie cruciaal is voor het vaststellen van de afstand tot de arbeidsmarkt. Interessante vragen hierbij zijn:
 - » Welke aspecten van gezondheid spelen hierbij wel en niet een rol?
 - » In hoeverre is het relevant te weten of psychische klachten een oorzaak of een gevolg van werkloosheid zijn?
2. *In hoeverre voorspelt de diagnose de tijd tot uitstroom uit de uitkering?*
In samenwerking met de gemeenten willen we de komende jaren uitstroomcijfers van bijstandsklanten die met de DMA en de VPM zijn beoordeeld, verzamelen. In het onderzoek wordt onderzocht welke kenmerken van de klant voorspellend zijn voor hoe lang het duurt voordat de klant uitstroomt uit de uitkering.
3. *In hoeverre voorspelt de diagnose activering van de klant?*
In samenwerking met de gemeenten willen we de komende jaren aanvullende informatie van bijstandsklanten die met de DMA en de VPM zijn beoordeeld, verzamelen. In het onderzoek wordt onderzocht welke kenmerken van de klant voorspellend zijn voor bijvoorbeeld medische consumptie, sociale activering, maar ook factoren die bepalend zijn voor een actieve deelname van de klant aan zijn/haar re-integratie (bijv. self-efficacy).
4. *In hoeverre zijn de kenmerken die activering en re-integratie voorspellen veranderbaar?*
Een groot aantal kenmerken van de klant kan de effectiviteit van de re-integratie-inspanning beïnvloeden. Voor de consulenten is het zeer interessant om te weten in hoeverre het hier gaat om veranderbare kenmerken (bijvoorbeeld competenties, houding en omgaan met tegenslagen) of kenmerken die slecht zeer moeilijk veranderbaar zijn (persoonlijkheid, chronische aandoeningen). In het onderzoek wil TNO vaststellen hoe groot de rol van de persoonlijkheid en chronische aandoeningen van de klant is in zijn/haar re-integratie.

6.4 Tot slot: haalbaarheid van deze onderzoeksvragen

TNO heeft op dit moment een groot aantal mogelijkheden om bovenstaande onderzoeksvragen te adresseren.

6.4.1 Gemeente Almelo

Zo hebben we de gemeente Almelo benaderd voor inzage in hun gegevens over de klanten die met de DMA zijn beoordeeld (aanvullend diagnoses, uitstroomcijfers, etc.). We hebben zeer goede hoop dat we in 2008 over deze data beschikken en die kunnen analyseren. Deze data kan inzicht verschaffen in onderzoeksvragen 1, 2 en 4

6.4.2 Gemeente Zoetermeer

In een lopend project bij de gemeente onderzoek bij “zorgklanten” worden 90 klanten met de DMA gediagnosticeerd en daarna begeleid. Tegelijkertijd zijn er 90 klanten die op de reguliere werkwijze worden begeleid. Een kwalitatief onderzoek is gestart om deze twee groepen met elkaar te vergelijken. Deze data kan inzicht verschaffen in onderzoeksvragen 1, 3 en 4

6.4.3 *Gemeente Rotterdam*

Begin februari 2008 start in de gemeente Rotterdam een project waarbij 600 bijstandsgerechtigden die geplaatst worden in een gesubsidieerde baan of leerwerksetting met de VPM worden beoordeeld. Gedurende twee jaar wordt elke 3 maanden een VPM bij deze klanten afgenomen. We zijn in dit moment in overleg met de gemeente Rotterdam om wetenschappelijk onderzoek te koppelen aan dit project, dat inzicht verschaft in de onderzoeksvragen 1 en 2.

6.4.4 *Doorontwikkeling DMA en VPM*

TNO blijft de DMA en VPM voortdurend doorontwikkelen. Een belangrijke ontwikkelslag die we met beide instrumenten in 2008 willen maken, is toe te werken naar een kennisexpertsysteem. Dit systeem ondersteunt de consultant en de klant om op grond van de uitkomsten de meest voor de hand liggende vervolgstap te identificeren en uit te voeren. We ‘vullen’ als het ware de webapplicaties met informatie uit (wetenschappelijke) rapporten over wat wel en niet werkt bij welk type klant. Daarnaast willen we graag workshops met experts uit het veld organiseren om tot vulling van de webdatabase te komen.

Deze ontwikkeling biedt TNO de kans om structureel en gestructureerd gegevens te verzamelen over bijstandsgerechtigden in Nederland. Dit biedt ons niet alleen de mogelijkheden om de instrumenten te (blijven) doorontwikkelen, maar ook om de kennislacunes met wetenschappelijk onderzoek te vullen.

A De DMA in het kort

Meer inzicht in de mogelijkheden en belemmeringen van uw cliënt: Dat kunt u verwachten van DMA. Met als resultaat: een effectieve en efficiënte begeleiding, een betere match tussen cliënt en traject en activering van uw cliënt.

TNO ondersteunt met de DiagnoseMethode Activeringspotentieel (DMA) gemeenten, CWI's, SW-bedrijven en re-integratiebedrijven bij het activeren en re-integreren van mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt.

Doelen DMA

- 1 Betrouwbaar de relevante kenmerken van de cliënt in kaart brengen:
 - ✓ Een signalering van de kansen en belemmeringen van de cliënt op de gebieden.
- 2 Interventie bij de cliënt:
 - ✓ DMA is niet alleen een manier om betrouwbaar informatie te verzamelen, maar vergroot ook het zelfinzicht, zelfvertrouwen en zelfsturing (empowerment) van de cliënt.
- 3 Professionalisering casemanagers / dienstverlening:
 - ✓ De DMA-samenvatting biedt concrete handvatten voor trajectindicatie en begeleiding op deze gebieden: betere match tussen cliënt en traject.
 - ✓ De diagnosevragenlijst maakt deel uit van een methode die de casemanagers in hun werkwijze ondersteunt en professionaliseert.
 - ✓ Mogelijkheid van warme overdracht tussen verschillende (keten)partijen.
 - ✓ Mogelijkheid om bestandsanalyse te doen: input voor (inkoop)beleid.

Aansluiting met de doelgroep: keurmerk gewone taal

DMA draagt het Keurmerk Gewone Taal: taalgebruik en lay-out zijn afgestemd op de doelgroep (in samenwerking met de Eenvoudig Communiceren). Het keurmerk Gewone Taal wordt toegekend aan informatieve teksten die voldoen aan de criteria van Stichting Makkelijk Lezen. Het keurmerk Gewone Taal betekent dat de folder of brochure goed leesbaar is voor iedereen met leesproblemen.

Wat is DMA?

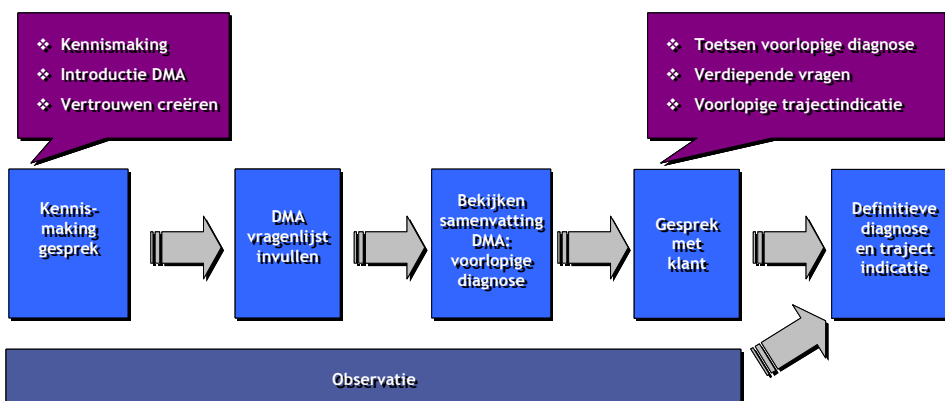
De kern van deze methode is een diagnosevragenlijst (www.kenuwclient.nl) om meer inzicht te krijgen in de situatie en de beleving van de cliënt. In de vragenlijst komen onderdelen aan bod waarvan we uit onderzoek en praktijk weten dat ze relevant zijn. Juist die aspecten die nodig zijn om de cliënt effectief en efficiënt te indiceren, te begeleiden, en een optimale matching met trajecten mogelijk te maken.

Werkproces DMA

De DMA vragenlijst vormt de eerste stap in onze hypothesetoetsende aanpak door op een groot aantal relevante aspecten van de cliënt een signalering af te geven. Zo wordt gekeken op welke gebieden er risico's, beperkingen en obstakels voor de cliënt zijn, maar wordt ook juist bekeken waar de krachten, interesses, competenties met het oog op de mogelijkheden van de cliënt liggen.

In de DMA vragenlijst komt onder andere aan bod:

- ❖ De kwalificaties, vaardigheden, affiniteiten en ervaringen van de cliënt.
- ❖ De sociale omgeving van de cliënt.
- ❖ De zelfstandigheid, het gevoel van verantwoordelijkheid en controle in het kader van zijn of haar re-integratie van de cliënt.
- ❖ De psychische beperkingen en belastbaarheid van de cliënt.
- ❖ De fysieke beperkingen van de cliënt.



Nadat de cliënt de DMA heeft ingevuld, genereert het systeem automatisch een samenvatting met een signalering van de belangrijkste aandachtspunten. De DMA methodiek en bijbehorende rapportages vormen de input voor de rapportage aan de clientmanager.

Naar aanleiding van het rapport wordt bovendien gekeken of een verdiepende diagnose moet worden ingezet of dat een medische keuring noodzakelijk is. Op deze manier worden diagnose-instrumenten ingezet die voor de betreffende cliënt relevant zijn. Zo doende wordt de diagnose efficiënter en leveren we maatwerk.

De cliënt wordt zelf actief betrokken bij deze stap in de diagnose. De DMA is daarmee niet alleen een diagnose-instrument, maar ook een interventie bij de cliënt. Uit ervaringen bij andere gemeenten blijkt dat de DMA een proces bij de cliënt op gang brengt. Dit proces begint met het vergroten van zelfinzicht door de cliënt actief te betrekken bij de diagnose en leidt tot empowerment en meer zelfsturing van de cliënt. De cliënt neemt dus al bij aanvang van de diagnose een actievere houding aan in zijn/haar maatschappelijke participatie proces.