

# Participatie: iedereen doet mee!

**Voor het vergroten van participatie en re-integratie van WWB'ers uit het granieten bestand is meer kennis nodig over hun gezondheid. Een slechte gezondheid is immers één van de belemmerende factoren hierbij. In dit artikel staat een onderzoek centraal over hoe het met de fysieke en psychische gezondheid van bijstandsccliënten is gesteld.**

**Jenny Huijs, Femke Bennenbroek, Joost van Genabeek en Femke Giesen**

Het huidige kabinet heeft als doelstelling de sociale samenhang te verbeteren.<sup>1</sup> Dit wil ze onder andere bereiken door de maatschappelijke participatie van mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt substantieel te verhogen ('Iedereen doet mee', ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2007). Opvallend is, dat in dit beleidsprogramma expliciet wordt gesproken over maatschappelijke participatie en niet alleen over re-integratie. De overheid geeft daarmee aan dat betaald werk niet voor iedereen is weggelegd en benadrukt dan ook de mogelijkheden van vrijwilligerswerk of mantelzorg.

Participatie van mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt stuit vaak op verschillende belemmerende factoren. Er is inzicht nodig in deze factoren, zodat hierop kan worden ingespeeld tijdens het re-integratieproces. Alle partijen die betrokken zijn bij dit re-integratieproces moeten hiervan op de hoogte zijn, zodat zij beter kunnen samenwerken en hun diensten beter op elkaar en op de cliënt kunnen afstemmen.

Een slechte gezondheid is één van de belemmerende factoren voor re-integratie. Gezondheid en arbeidsparticipatie hebben een belangrijke relatie met elkaar. Zo kan een slechte gezondheid tot werkloosheid leiden, maar kan werkloosheid zelf ook weer leiden tot een verslechtering van de (psychische) gezondheid. Uit recent onderzoek onder bijstandsccliënten in Den Haag blijkt dat cliënten zelf van mening zijn dat ze door hun slechte (lichamelijke)

gezondheid hun baan hebben verloren. Ook is deze groep minder actief in het zoeken naar een nieuwe baan. Niet verwonderlijk lijkt een slechte gezondheid een belangrijk obstakel te zijn om in beweging te komen richting te arbeidsmarkt (Nas, 2008).

Daarnaast kan werkloosheid een negatieve invloed hebben op de (psychische) gezondheid. Na drie maanden werkloosheid wordt de kans op depressieve klachten bijvoorbeeld groter. Deze klachten nemen alleen maar toe naarmate de werkloosheid voortduurt (Blonk, 2006). Uit onderzoek blijkt bovendien dat de negatieve gevolgen van werkloosheid vaak verdwijnen als mensen hun werk hervatten (Cox, Leka, Ivanov & Kortum, 2004; Warner, 2001, Waddell & Burton, 2006). De (psychische en fysieke) gezondheid van werklozen verbetert wanneer zij werk vinden (Warner, 2001, Waddell & Burton, 2006). Ook voor de gezondheid van de cliënten is het dus van groot belang om deze mensen zo snel mogelijk te re-integreren na het verlies van hun baan.

**Diagnose-instrument** Belangrijke vragen die er liggen zijn: hoe is het met de fysieke en psychische gezondheid van bijstandsccliënten gesteld? Wat is de rol van gezondheid bij de re-integratie? Zijn er verschillen in participatie tussen cliënten met verschillende gezondheidsklachten? In dit artikel zal op deze vragen worden ingegaan. Ook wordt nagegaan of de cliënten zelf hun gezondheid als een obstakel ervaren bij hun participatie. Door in kaart te brengen welke klachten bij deze groep een

rol spelen en wat de gevolgen van deze klachten zijn wat betreft participatie, kunnen de juiste maatregelen genomen worden om de maatschappelijke participatie te bevorderen

In de afgelopen twee jaar zijn met behulp van een zelfbeoordelingsvragenlijst (zie kader) diverse kenmerken, waarvan bekend is dat deze van invloed zijn op een succesvolle re-integratie of participatie (o.a. Brenninkmeijer et al. 2006; Kettunen, 1997; Taris, 2002; Wanberg et al. 2000), bij een groot aantal bijstandsccliënten in kaart gebracht. De verzamelde informatie bestaat onder andere uit: demografische kenmerken, kwalificaties, vaardigheden, (werk)ervaringen, psychische en fysieke gezondheid en psychosociale kenmerken.

In totaal is dit diagnose-instrument bij ruim 2100 bijstandsccliënten afgenomen (in totaal 2126 cliënten in de periode mei 2007 tot augustus 2008). Deze cliënten zijn afkomstig uit verschillende gemeenten verspreid door heel Nederland (waaronder Almelo, Heerlen, Montferland, Overbetuwe en Rotterdam). Het gaat hier om cliënten uit het zogenaamde 'zittend bestand', maar ook om nieuwe instroom. De werkloosheidsduur varieert daarom van een jaar tot 48 jaar, met een gemiddelde van 6,7 jaar. De cliënten zijn gemiddeld 40 jaar oud, voor het merendeel vrouw (59 procent) en vrijgezel of gescheiden (64 procent). Het merendeel heeft kinderen (68 procent) en is laag opgeleid (79 procent heeft geen startkwalificatie).

### **Gezondheid**

Vervraagd naar algemene gezondheid van de cliënt antwoordt net iets meer dan de helft (55 procent) zich redelijk tot heel erg gezond te voelen. De meesten zijn dan ook niet onder behandeling voor lichamelijke of geestelijke klachten en gebruiken geen medicatie. Dit is meestal wel het geval bij de cliënten die zichzelf niet gezond voelen (zie tabel 1).

Van alle bijstandsccliënten geeft 60 procent aan in de maand voorafgaand aan de zelfbeoordeling lichamelijke klachten te hebben gehad en 42 procent heeft psychische klachten gehad. De aard van de lichamelijke of psychische klachten is zeer divers. Klachten aan het bewegingsapparaat (met name rugklachten) zijn de meest genoemde fysieke klachten, depressie en overspannenheid/stress de meest genoemde psychische klachten (zie tabel 2 en 3).

### **Dariuz Diagnose**

Een instrument waarmee betrouwbare informatie over bijstandsccliënten kan worden verzameld, is de Dariuz Diagnose. Deze methode is bedoeld om consultants van gemeentelijke sociale diensten, CWI's, SW-bedrijven en re-integratiebedrijven te ondersteunen bij de diagnose van mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt.

De kern van de Dariuz Diagnose is een zelfbeoordelingsvragenlijst die de mogelijkheden en belemmeringen van cliënten in kaart brengt. Deze methode onderscheidt zich onder andere door het betrouwbaar in kaart brengen van de eigen beleving van de cliënt waarbij ook psychosociale factoren aan bod komen. Deze informatie biedt veelal bruikbare handvatten voor de begeleiding. Zie voor meer informatie: [www.dariuz.nl](http://www.dariuz.nl)

Ruim de helft van de bijstandsccliënten (60 procent) geeft dus aan fysieke klachten te ervaren. Het is echter moeilijk om na te gaan of deze zelfdiagnose ook door een arts zou worden bevestigd. Bij psychische klachten is dit daarentegen wel mogelijk, omdat in het diagnose-instrument ook een gevalideerde vragenlijst is opgenomen die betrouwbaar depressieve en angstklachten meet.<sup>2</sup> De mate van psychische klachten is in dit onderzoek dus op twee manieren gemeten, op basis van:

- de vraag: 'Heeft u de afgelopen vier weken geestelijke klachten gehad?'; en
- een gevalideerde vragenlijst die depressieve en angstklachten meet.

Op basis van dit laatste meetinstrument blijkt dat 27 procent van de groep cliënten ernstige depressieve en/of angstklachten heeft. De meesten van deze groep hebben of alleen angstklachten of zowel depressieve als angstklachten (zie tabel 4).

Het percentage cliënten met ernstige depressieve en/of angstklachten (27 procent) is aanzienlijk lager dan het aantal cliënten dat zelf aangeeft psychische klachten te ervaren (42 procent). Van de bijstandsccliënten die zelf aangeven psychische klachten te ervaren, heeft 47 procent geen ernstige depressieve of angstklachten. Kennelijk ondervindt een aanzienlijk aantal cliënten psychische gezondheidsklachten die niet door

**Tabel 1:** Behandeling en medicatiegebruik naar gezondheid

Indeling gezondheid	% onder behandeling	% medicatiegebruik
Gezond	22	32
Niet gezond	66	73

**Tabel 2:** Overzicht lichamelijke klachten

Fysieke klacht	Percentage
Bewegingsapparaat	37
• waarvan rugklachten	59
Cardiovasculaire klachten	7
Hoofdpijn/migraine	7
Maag-darmklachten	7
Klachten van voorbijgaande aard (griep, breuken)	6
Ontsteking	5
Overig *	21
Niet gedefinieerd	10

\* Onder overige fysieke klachten vallen onder meer diabetes, gezichtsandoeningen, ME en longklachten.

**Tabel 3:** Overzicht psychische klachten

Psychische klacht	Percentage
Stemmingsstoornis	24
Overspannenheid/stress	18
Angststoornis	5
Persoonlijkheidsstoornis	1
Schizofrenie/psychose	1
Overig*	25
Niet gedefinieerd	26

\* Onder overige psychische klachten vallen onder meer concentratieproblemen, verslaving en slaapproblemen.

**Tabel 4:** Indeling psychische klachten

Soort psychische klachten	Percentage
Alleen depressieve klachten	15
Alleen angstklachten	40
Zowel depressie als angstklachten	45

de DASS-systematiek worden onderkend. Waarschijnlijk gaat het om lichte psychische klachten, of om andere psychische klachten dan depressieve of angstklachten.

Daarnaast is er een andere groep cliënten: cliënten die zelf aangeven geen psychische klachten te hebben, maar volgens de klinische vragenlijst wel ernstige psychische klachten hebben. Van degenen die volgens de vragenlijst op dit moment ernstige depressieve of angstklachten hebben, geeft 20 procent zelf aan in de afgelopen vier weken geen psychische

klachten te hebben gehad. Dit is opmerkelijk. Deze cliënten hebben dus ernstige psychische klachten, maar ervaren dit zelf niet zo. Meer dan de helft van de groep is onder behandeling (57 procent) of gebruikt medicatie (60 procent). Deze behandeling is echter vaak gericht op fysieke klachten en niet op psychische klachten. Cliënten die zelf aangeven wel psychische klachten ervaren, zijn vaker in behandeling bij een psycholoog of psychiater, ongeacht of ze ernstige psychische klachten hebben volgens de vragenlijst.

Op basis van fysieke en psychische klachten kan een indeling gemaakt worden naar het soort klachten die cliënten ervaren (tabel 5).

### Relatie gezondheid en maatschappelijke participatie

Hoe actief is deze groep langdurig werklozen? En welke rol speelt hun gezondheid hierbij? Hiervoor is gekeken naar het aantal cliënten dat een opleiding volgt, vrijwilligerswerk doet of een (deeltijd) betaalde baan heeft.<sup>3</sup> Hoewel ongeveer tweederde (64-67 procent) van de bijstands-

cliënten fysieke en/of psychische klachten ervaart, blijkt toch 37 procent van de ruim 2100 cliënten op enige manier te participeren. Van alle cliënten volgt tien procent een opleiding, geeft 17 procent aan (parttime) betaald werk te hebben en doet 16 procent vrijwilligerswerk.

Opvallend is dat cliënten die aangeven fysieke klachten te hebben, niet veel verschillen in hun maatschappelijke participatie ten opzichte van de cliënten die aangeven geen klachten te hebben. Niet verwonderlijk is dat cliënten die geen klachten hebben, vaker participeren dan cliënten die psychische

**Tabel 5:** Indeling in type klachten

Indeling o.b.v. algemene vraag*	Percentage	Indeling o.b.v. DASS**	Percentage
Geen klachten	33	Geen klachten	36
Alleen fysieke klachten	26	Alleen fysieke klachten	37
Alleen psychische klachten	7	Alleen psychische klachten	4
Zowel fysieke als psychische klachten	34	Zowel fysieke als psychische klachten	23

\* Psychische klachten gemeten op basis van de vraag: 'Heeft u de afgelopen 4 weken geestelijke klachten gehad?'

\*\* Psychische klachten gemeten op basis van de DASS.

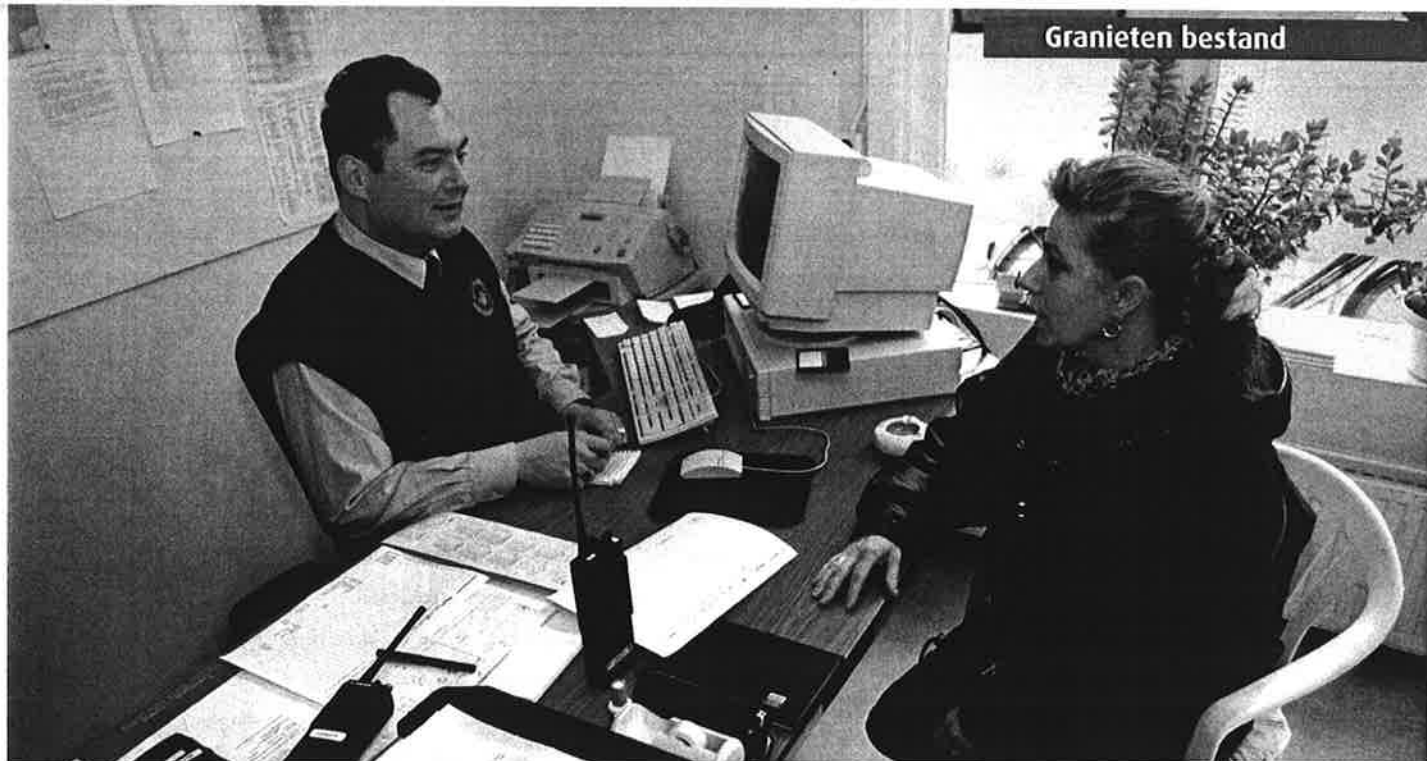
**Tabel 6:** Mate van maatschappelijke participatie

Soort klachten*	Vorm van maatschappelijke participatie			
	Mate van maatschappelijke participatie (%)**	Volgt opleiding (%)	Betaald werk (%)	Vrijwilligerswerk (%)
Geen klachten	41	11	22	16
Alleen fysieke klachten	39	10	16	18
Alleen psychische klachten	29	13	11	9
Zowel fysieke als psychische klachten	28	7	10	14
Totale groep	37	10	17	16

\* Psychische klachten zijn gemeten op basis van de DASS.

\*\* Percentage cliënten die maatschappelijk participeren.

Foto: Roel Dijkstra



klachten of een combinatie van fysieke als psychische klachten heeft (zie tabel 6). Deze verschillen tussen de groepen zijn niet alleen te verklaren door geslacht, leeftijd, opleidingsniveau (wel/geen startkwalificatie) en werkervaring. Cliënten die zichzelf over het algemeen gezond voelen, zijn dus tijdens hun werkloosheid vaker maatschappelijke actief.

Daarnaast blijkt dat vrouwen, oudere cliënten en cliënten met een startkwalificatie ook vaker participeren. Werkervaring blijkt echter geen belangrijke voorspeller te zijn.

Een slechtere gezondheid verkleint dus de kans om maatschappelijk actief te zijn tijdens werkloosheid. Voor de mensen die aangeven betaald werk te doen, blijkt alleen gezondheid een rol te spelen. Hoe slechter de gezondheid, hoe kleiner de kans is dat iemand dergelijk werk verricht. Ten slotte blijkt dat vrouwen, oudere cliënten en cliënten met een startkwalificatie met name vrijwilligerswerk doen. Werkervaring speelt ook hier geen rol. Opvallend is dat de gezondheid geen invloed meer heeft op het al dan niet verrichten van vrijwilligerswerk, terwijl dat bij betaald werk wel het geval is.

### Gezondheid als obstakel

Uit het vorenstaande kunnen we constateren dat gezondheid de mate van maatschappelijke participatie tijdens de werkloosheid beïnvloedt. Maar ervaren de cliënten hun gezondheid zelf ook als obstakel bij het zoeken naar werk? Met andere woorden: beïnvloedt een slechte gezondheid niet alleen de maatschappelijke participatie, maar ook de (kansen op) arbeidsparticipatie? De cliënten zelf vinden van wel: van de cliënten die fysieke klachten ervaren, denkt 65 procent dat deze klachten belemmerend werken bij het zoeken naar werk. Voor psychische klachten

ligt dit percentage hoger: 72 procent. Toch geeft ook een aantal cliënten (30 procent van de cliënten met fysieke klachten en 23 procent van de cliënten met psychische klachten) aan, dat hun gezondheidsklachten geen rol spelen bij het zoeken naar werk. Zowel bij de mensen met fysieke als bij degenen met psychische klachten geeft een klein deel (vier procent in beide groepen) aan dat hun gezondheidsklachten hen juist motiveren om werk te zoeken.

**Conclusie** Een slechte gezondheid blijkt bij veel bijstandsgerechtigden aan de orde te zijn. De meeste bijstandsccliënten geven aan dat zij fysieke en/of psychische klachten ervaren. Met name klachten aan het bewegingsapparaat, depressieve gevoelens en stress worden vaak genoemd. Uit dit onderzoek blijkt tevens dat het hebben van gezondheidsklachten een negatieve invloed heeft op de mate van maatschappelijke participatie van bijstandsccliënten tijdens hun werkloosheid. De cliënten ervaren een slechte fysieke of psychische gezondheid bovendien als een obstakel bij het zoeken naar werk. Deze resultaten laten zien dat een goede gezondheid van groot belang is voor de maatschappelijke participatie van bijstandsccliënten.

Het is van belang om bijstandsccliënten zo snel mogelijk te activeren, omdat gezondheidsklachten blijven toenemen als deze cliënten te lang werkloos zijn. Deze verslechtering in psychische gezondheid heeft vaak tot gevolg dat mensen minder (effectief) werkzoekgedrag vertonen, waardoor de kans op uitstroom afneemt (Blonk, 2006). Cliënten kunnen daarmee in een vicieuze cirkel belanden. Maatschappelijke participatie in de vorm van vrijwilligerswerk of het volgen van een opleiding

of cursus kan een opstap zijn in de richting van activering en uitstroom naar een betaalde baan (Blonk, 2006).

Inzicht in de gezondheidsproblematiek van cliënten en een passende begeleiding is daarom een belangrijk aspect bij het begeleiden van bijstandsgerechtigden naar uitstroom uit de WWB. Een belangrijk probleem hierbij is dat uit dit onderzoek blijkt dat niet iedereen die (ernstige) psychische klachten heeft, dit zelf ook zo ervaart. Hierdoor lopen zij het risico dat zij niet de juiste hulp, begeleiding of medicatie voor deze problemen ontvangen. Een goede diagnose is hierbij cruciaal. Er kan immers pas een goed afgestemde begeleiding plaatsvinden op het moment dat het beeld van de cliënt juist en volledig is. Een mogelijke conclusie kan dan zijn dat de cliënt niet tot de WWB doelgroep behoort, maar meer baat heeft bij een Wsw-indicatie.

Om meer inzicht in de gezondheidssituatie van cliënten te krijgen en hen een betere begeleiding te bieden, is een soepele en professionele ketensamenwerking van de verschillende partijen noodzakelijk. Huisartsen, bedrijfsartsen, GGZ-instellingen, re-integratiebureaus en andere betrokkenen moeten beter samenwerken en hun werk op elkaar afstemmen. Door een betere onderlinge samenwerking kan de begeleiding verder op elkaar worden afgestemd en is meer maatwerk mogelijk. Gezondheidscentra kunnen hierbij een belangrijke rol gaan spelen. Deze centra faciliteren een multidisciplinaire aanpak en betere en snellere doorverwijzingen. Hierdoor kunnen cliënten beter en sneller geholpen worden. Ook wordt in deze gezondheidscentra de link gelegd met arbeid. Een bedrijfsarts is ter plaatse en kan een cliënt ook van advies voorzien over meer werkgerichte zaken. Ook een integrale dienstverlening van CWI, UWV en gemeentelijke sociale diensten is van groot belang. Door zowel werkzoekenden als werkgevers één aanspreekpunt te geven zal de dienstverlening beter op elkaar en op de klant worden afgesteld. Ook zullen de instanties door deze integrale aanpak sneller inzicht krijgen in de complexe problematiek van bijstandsccliënten.

Om beter grip te krijgen op de relatie tussen gezondheid enerzijds en maatschappelijke participatie en regulier werk anderzijds is meer onderzoek nodig. Met name longitudinaal onderzoek waarbij bijstandsccliënten gedurende een tijd gevolgd worden, is van belang. Alleen dan kan inzichtelijk gemaakt worden welke re-integratieactiviteiten effectief

zijn bij welke cliënten. Tevens is het van belang om medische behandeling en re-integratie meer geïntegreerd te laten plaatsvinden. ■

**Jenny Huijs, Femke Bennenbroek, Joost van Genabeek en Femke Giesen**, TNO Kwaliteit van Leven|Arbeid.

#### Noten

- 1 Zie coalitieakkoord 2007.
- 2 Depression Anxiety Stress Scale (DASS). De DASS is een valide en betrouwbaar meetinstrument dat depressieve, angst en stress gevoelens meet (Brenninkmeijer, Bennenbroek, Blonk, & de Beurs, 2005).
- 3 Betaald werk zal meestal geen reguliere baan zijn, maar bijvoorbeeld een gesubsidieerde baan of een workfirst-traject.

#### Literatuur

- Blonk, R.W.B. (2006), *Het lukt niet zonder werk. Over psychische klachten, arbeidsparticipatie en herstel*. Almere: PlantijnCasparie.
- Brenninkmeijer V., A. van Houwelingen, R.W.B. Blonk en N.W. van Yperen (2006), 'Geloof in eigen kunnen: het effect van JOBS, een groepsinterventie voor werklozen'. *Gedrag en Organisatie* 19: 97-112.
- Brenninkmeijer, V., F.T.V. Bennenbroek, R.W.B. Blonk, K. Nieuwenhuijsen en E. de Beurs (2005), 'De waarde van de DASS bij verzuimbeleid: sensitiviteit en specificiteit van een psychopathologie-maat'. *Gedrag en Organisatie* 18: 210-227.
- Catalano, R. (1991), 'The health effects of economic insecurity'. *American Journal of Public Health*, 81, 1148-1152.
- Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en ChristenUnie (2007).
- Cox, T., S. Leka, I. Ivanov en E. Kortum (2004), 'Work, employment and mental health in Europe'. *Work & Stress*, 18, 179-185.
- Kettunen, J. (1997), 'Education and unemployment duration'. *Economics of Education Review* 16(2): 163-170.
- McKee-Ryan, F.M., Z. Song, C.R. Wanberg en A.J. Kinicki (2005), 'Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study'. *Journal of Applied Psychology*, 90, 53-76.
- Ministerie SZW (2007), Actieprogramma Iedereen doet mee. Den Haag: Ministerie SZW.
- Taris, T.W. (2002), 'Unemployment and mental health: A longitudinal perspective'. *International Journal of Stress Management* 9(1): 43-57.
- Wanberg, C.R., R. Kanfer en J.T. Banas (2000), 'Predictors and outcomes of networking intensity among unemployed job seekers'. *Journal of Applied Psychology* 85(4): 491-503.
- Warner, R. (2001), 'Work disincentives in US disability programs'. *Journal of Mental Health*, 10(4): 405-406.