



GGD Amsterdam

Mankracht in de bijstand?

Een beeld van de leef- en gezondheidssituatie van
alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering
in Amsterdam



Een onderzoek mede uitgevoerd door alleenstaande
mannen met een bijstandsuitkering

Tjerk Kamann - Matty de Wit

Colofon

Dit onderzoeksrapport is afgerond eind 2011 en gepubliceerd in september 2012

Copyright 2012 GGD Amsterdam

Auteurs

Tjerk Kamann, GGD Amsterdam, Urban Social Exclusion Research (G4-USER)
Dr. Matty de Wit, GGD Amsterdam, Urban Social Exclusion Research (G4-USER)

Foto op omslag: door Belew Fikre tijdens beeldproject Mankracht, onder begeleiding van Lieselot Moed

Financiers project Mankracht:
ZONMw
GGD Amsterdam
Dienst Werk en Inkomen Amsterdam
Achmea

Partners in de uitvoering project Mankracht:
Dienst Werk en Inkomen Amsterdam
Radar - Advies
Pantar Amsterdam
Dienst Onderzoek en Statistiek Amsterdam

GGD Amsterdam
Cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering (EDG)
Nieuwe Achtergracht 100
1018 WT Amsterdam
Tel. (020) 555 5495
Fax (020) 555 5160
E-mail edg@ggd.amsterdam.nl
Internet www.gezond.amsterdam.nl
EDG reeks 2011/3 ISBN 978-90-5348-182-0



Samenvatting

In onderhavig rapport wordt aandacht gevraagd voor de doelgroep alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.

Uit onderzoek geïnitieerd door de GGD Amsterdam en uitgevoerd in nauwe samenwerking met Dienst Werk en Inkomen, Radar-Advies en de doelgroep zelf, blijken alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering te kampen met een relatief zware ziektelast. Bij een substantieel deel van de doelgroep worden indicaties van zorgwekkend functioneren geconstateerd (o.a. problematische schulden, zelfverwaarlozing, suïcidepoging, veroorzaken van overlast). En ongeveer één op de drie van de totale groep ondervraagden (n=472) waardeert de kwaliteit van zijn leven met een onvoldoende rapportcijfer.

De meervoudige problematiek die we bij een meerderheid van de ondervraagden aantreffen gaat gepaard met een relatief hoog zorggebruik en een beperkte draagkracht om op 'eigen kracht', met behulp van sociale en maatschappelijke hulpbronnen het tij te keren. Gezien de constellatie van lasten en krachten die we aantreffen bij deze doelgroep, merken we de situatie van een meerderheid van de ondervraagden aan als (matig) zorgwekkend. Preventie van verdere maatschappelijke uitval bij deze doelgroep verdient daarmee aanbeveling. Het bevorderen van draagkracht (vertrouwen in eigen waarde en kunnen, sociale relaties, participatie en zinvolle dagstructuur) wijzen we aan als speerpunt in een aanpak gericht op het voorkomen van verdere maatschappelijke uitval van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.

Om draagkracht te bevorderen, lijkt een insteek vanuit participatiebevordering het meest kansrijk mits deze gepaard gaat met begeleidende aandacht voor persoonlijke empowerment, omgaan met chronische gezondheidsklachten en psychische problemen. Een dergelijke inspanning zou vragen om een integrale aanpak waarin perspectieven, inspanningen en financiële middelen worden gecombineerd vanuit arbeidsactivering, gezondheidsbevordering, armoedebestrijding, welzijn en maatschappelijke ondersteuning.

Leeswijzer

Rapport in het kort: resultaten op hoofdlijnen

[p.5 >> inhoudsopgave](#)

Weinig tijd? U kunt zich op de hoogte stellen van de resultaten op hoofdlijnen door het verkorte rapport te lezen. Wilt u over het nodige meer weten? De inhoudsopgave van het volledige rapport wijst u de weg.

Volledig Rapport: de nodige details

[p.36 >> inhoudsopgave](#)

Welke rol hebben peer-interviewers gespeeld in het onderzoek? Op welke manier participeert de doelgroep in de samenleving? Gaat meer participatie gepaard met meer gevoelens 'erbij te horen'? Welke wensen uiten de ondervraagden? Op welke leefgebieden zijn de mannen meer en minder bereid hulp te accepteren? Hoe hangt de mate van kwetsbaarheid samen met de tredenindeling van DWI? Het volledige rapport beslaat een viertal delen waarin we u graag op de hoogte stellen van de nodige details.

Bijlagen

[p.136 >> inhoudsopgave](#)

In vier bijlagen vindt u overzichtstabellen, de operationalisering van begrippen, de beschrijving van gebruikte meetinstrumenten en informatie over een tweetal tools voor professionals.

Dankwoord

Huidig onderzoek is tot stand gekomen door een hechte samenwerking tussen GGD Amsterdam, Dienst Werk en Inkomen, Achmea, Radar Advies, Pantar, en bovenal de doelgroep zelf: alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.

Ten eerste willen we de mannen bedanken die hebben deelgenomen als persoon en interviewer aan project mankracht. Ieder van deze mannen heeft op eigen wijze bijgedragen aan het slagen van het project. Door de inzet als interviewer en door de vele groepsgesprekken die we hebben gehad, hebben we nu voor het eerst voldoende betrouwbare onderzoeksdata om een beeld te schetsen van de leef- en gezondheidssituatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.

Heren, het was een eer met jullie samen te werken: Ahmed, Anuar, Arnold, Arnold, Belew, Bendert, Davor, Dick, Emanuel, Ewell, Fozi, Frank, Gabriel, Gerard, Hans, Ibrahim, Imro, Imro, Iwan, Izaak, Jan, Jan, Johny, Joost, Jos, Kliwon, Kofi, Louis, Maarten, Mark, Marnix, Michael, Michiel, Mischa, Otto, Patrick, Paul, Peter, Peter, Peter, Raymond, Rik, Ron, Serge, Virgil, Vladimir en Walter bedankt!

Dienst Werk en Inkomen Amsterdam heeft niet alleen een belangrijk deel van project mankracht gefinancierd, deze grote organisatie heeft zich flexibel getoond door protocollen aan te passen en op alle vlakken mee te denken en helpen aan het slagen van het project. Ook de interesse in en feedback op bevindingen van huidig onderzoek maken DWI tot een prettige en betrokken partner in lopend onderzoek. In het bijzonder willen we Matthijs Brinkman, Harro Hoogwerf, Gerard Roelofs, Rob van Eupen en Annet Tesselaar bedanken voor de inzet.

Radar Advies willen we bedanken voor de inspirerende visie op activering die zij hebben ingebracht: Hensley Rooier, Thomas Hoffman, Bob Delevita, Sanne Rodenburg en Floris Rommerts (als trainer) bedankt!

Ook illustrator Lieselot Moed willen we danken voor haar enthousiaste invulling van en begeleiding bij het Mankracht Beeldproject.

Dienst Onderzoek en Statistiek en zijn interviewers willen we bedanken voor het uitvoeren van de heerbenadering van respondenten die we ondanks vele pogingen nog niet hadden weten te bereiken.

Marijke Grootveld (GGD) willen we in het bijzonder bedanken voor haar doortastende inzet bij het werven van deelnemers en de coördinatie van het veldwerk en Stephan Cremer (GGD) voor zijn nuttige adviezen en inhoudelijke commentaar op onderhavig onderzoeksrapport.

Informatie over de auteurs

Tjerk Kamann (drs. Sociologie RuG) onderzoekt sinds 2008 de leef- en gezondheidssituatie van alleenstaande mannen in een bijstandssituatie. Als onderzoeker van GGD Amsterdam heeft Tjerk in samenwerking met DWI en Radar-Advies het maatschappelijke activeringsproject Mankracht opgezet en gecoördineerd. Ervaringen met de doelgroep uit dit participatietraject heeft hij meegenomen in de operationalisering van onderhavig onderzoek en het schrijven van het rapport dat u net openslaat.

Tot maart 2014 zal Tjerk het onderzoek voortzetten als AIO op de academische werkplaats OGGz van de G4, G4-User

tkamann@ggd.amsterdam.nl 020 – 555 5307

Dr. Matty de Wit is als epidemioloog en senior onderzoeker van de GGD Amsterdam al geruime tijd actief op het gebied van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. Matty heeft alleenstaande mannen (in de bijstand) op de gezondheidsagenda geplaatst en ook huidig onderzoek geïnitieerd. Als geëngageerd projectleider van project mankracht heeft Matty intensief meegedacht in de opzet en uitvoering van onderhavig onderzoek. Haar commentaar en kennis hebben bepalend richting gegeven aan onderhavig rapport.

Tot maart 2014 zal Matty als co-promotor betrokken zijn bij de voortzetting van huidig onderzoek vanuit de academische werkplaats OGGz van de G4, G4-User.

mdwit@ggd.amsterdam.nl 020 – 555 5450

Mankracht in de bijstand?

Rapport in het kort: resultaten op hoofdlijnen

Inhoud

[Terug naar leeswijzer](#)

1. Over het onderzoek	6
1.1. Waarom onderzoek naar alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering?	6
1.2. Hoe groot is de doelgroep?	6
1.3. Doelgroep heeft zelf data verzameld.....	7
1.4. Vraagstelling	7
2. Hoe staat het met de leef- en gezondheidssituatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering op afzonderlijke domeinen?	8
2.1. Ziektebelasting	8
2.2. Draagkracht	9
2.3. Zorggebruik	12
2.4. Indicaties van zorgwekkend maatschappelijk functioneren	12
2.5. De situatie vanuit het cliëntperspectief.....	13
3. Met welke constellatie aan lasten en krachten hebben (subgroepen) alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam tegelijk te maken?	16
3.1. Problemen bij ondervraagden zijn verweven en stapelen zich op.....	17
3.2. Vier relevante subgroepen	17
3.3. Beschrijving vier subgroepen	18
3.4. Relatie met achtergrondkenmerken.....	20
4. Conclusie en aanbevelingen	21
4.1. Hoe zorgwekkend is de situatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering? ..	22
4.2. Beperkingen van de studie.....	24
4.3. Algemene aangrijpingspunten	27
4.4. Aangrijpingspunten per subgroep	33
4.5. Vervolg.....	35

1. Over het onderzoek

1.1. Waarom onderzoek naar alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering?

De GGD Amsterdam heeft een vijfjarige studie geïnitieerd onder een cohort alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering gefinancierd door ZonMW, Dienst Werk en Inkomen Amsterdam, ACHMEA zorgverzekeringen en GGD Amsterdam, Dit lopende onderzoek zijn we gestart omdat we (a) sterk het idee hadden dat alleenstaande mannen een groep zijn met een verhoogd risico op maatschappelijke uitval en (b) weinig informatie hadden over de normatieve en subjectieve zorgbehoeften van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.

Alleenstaande mannen zijn oververtegenwoordigd in verschillende doelgroepen van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz):

- 60% van de mensen die uit huis worden gezet zijn alleenstaande man;
- 66% van recent daklozen zijn alleenstaande man en de helft hiervan ontving een bijstandsuitkering op het moment van huisuitzetting;
- Bijna 50% van meldingen bij meldpunten zorg en overlast betreft alleenstaande mannen.

In onderhavig rapport schetsen we een beeld van de leef- en gezondheidssituatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering en zetten daarmee een eerste stap in de preventie van (verdere) maatschappelijke uitval bij deze doelgroep.

1.2. Hoe groot is de doelgroep?

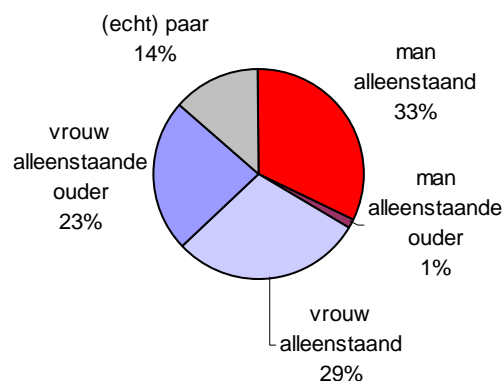
Ongeveer een derde deel van alle mensen met een bijstandsuitkering (WWB) in Nederland is alleenstaande man. Dit zijn in totaal ongeveer 93.000 alleenstaande mannen tussen de 25-65 jaar oud (CBS).

In december 2008 voldeden er in totaal 9200 mannen aan de volgende inclusiecriteria:

- mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam;
- zelfstandig wonend;
- 23 – 65 jaar oud;
- trede 1 t/m 4 op de re-integratieladder¹;
- niet geregistreerd als dakloos, geïnstitutionaliseerd of in beeld als 'bijzondere doelgroep' bij Dienst Werk en Inkomen (DWI).

Over deze groep gaat huidig onderzoek.

Samenstelling van 290.580
bijstandsgerechtigden tussen 25-65 jaar in
Nederland



Figuur 1. Verdeling van 290.580 bijstandsgerechtigden van 25-65 jaar in Nederland (WWB/WIJ uitkering) naar levenssituatie en geslacht. Bron: CBS, maart 2011.

¹ Hoe lager de trede op de re-integratieladder, hoe groter de afstand tot de arbeidsmarkt.

1.3. Doelgroep heeft zelf data verzameld

Ongeveer 50 alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering vormden de drijvende kracht achter het onderzoek. De mannen hebben binnen het participatieproject "Mankracht!" onder andere meegewerkt aan het maken van een vragenlijst, het benaderen van een willekeurige steekproef respondenten en het afnemen van de interviews. Door de inspanningen van deze mannen hebben we uiteindelijk een uitgebreide enquête afgenomen bij een representatieve dwarsdoorsnede van de doelgroep in Amsterdam (n=472). Met resultaten uit deze enquête schetsen we in dit rapport een beeld van de leef- en gezondheidssituatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.



Foto's gemaakt door deelnemers tijdens project mankracht. Speciale dank aan Fozi Esmail voor de vele foto's die hij heeft gemaakt.

1.4. Vraagstelling

De hoofdvraagstelling van het rapport luidt:

- Hoe 'zorgwekkend' is de situatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam?

Een situatie is 'zorgwekkender' naarmate de balans tussen lasten en krachten problematischer uitpakt voor individu en gemeenschap. Hoe zorgwekkender de situatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering is, hoe meer een actieve aanpak gericht op preventie van verdere maatschappelijke uitval bij deze doelgroep op zijn plaats lijkt.

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden, stellen we de volgende subvragen:

1. Hoe staat het met de leef- en gezondheidssituatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering op afzonderlijke domeinen?
2. Met welke constellatie aan lasten en krachten hebben (subgroepen) alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam tegelijk te maken?

2. Hoe staat het met de leef- en gezondheidssituatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering op afzonderlijke domeinen?

Eerst schetsen we een beeld van de leef- en gezondheidssituatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering op de volgende afzonderlijke domeinen:

1. **Ziekte**last (fysieke beperkingen, psychische klachten en middelenmisbruik)
2. **Draagkracht** (beschikking hebben over persoonlijke, sociale en maatschappelijke hulpbronnen alsmede een zinvolle dagstructuur)
3. **Zorggebruik** (formele zorgcontacten)
4. **Indicaties van zorgwekkend functioneren** (problematische schulden, zelfverwaarlozing, ontoereikende of instabiele huisvesting, suïcidepoging, veroorzaken van burenoverlast)
5. **Kwaliteit van leven** vanuit het cliëntperspectief (tevredenheid met leefgebieden en met de kwaliteit van leven in het algemeen, wensen, hulpbehoeften)

2.1. Ziekte

Zware ziekte

In vergelijking met mannen uit de algemene bevolking van Amsterdam, kampt de doelgroep vooral met een hoge psychische ziekte. Ook het problematisch middelengebruik is opvallend hoog onder alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering. Vooral jongere ondervraagden kampen met meer fysieke beperkingen dan leeftijdsgenoten uit de Amsterdamse bevolking. Van de totale groep ondervraagden heeft naar schatting:

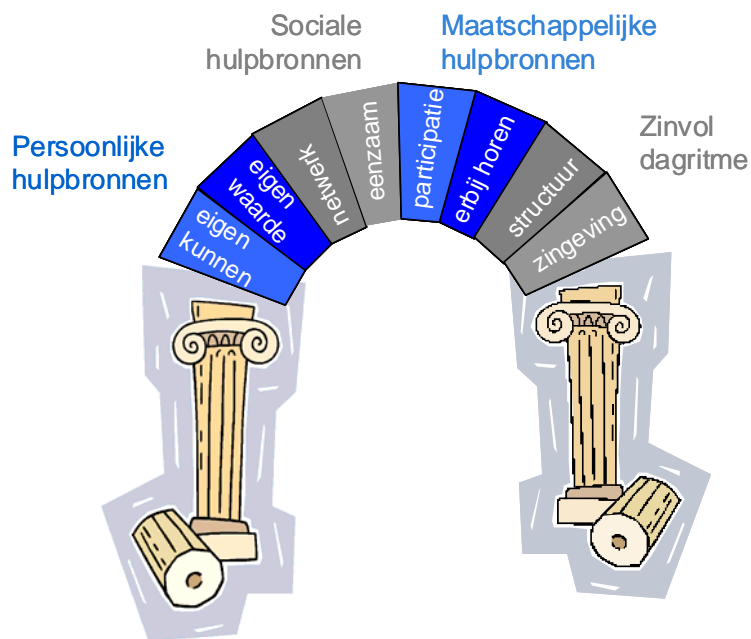
1. 50% psychische klachten;
2. 47% problematisch middelengebruik;
3. 75% fysieke beperkingen.

Meestal gecombineerde ziekte

Van de totale groep ondervraagden heeft naar schatting:

- 21% gecombineerde ziekte op 3 domeinen (fysieke beperking + psychische klachten + middelenmisbruik);
- 40% gecombineerde ziekte op 2 domeinen (bijvoorbeeld: een fysieke beperking + psychische klachten);
- 30% gezondheidsklachten op 1 domein (bijvoorbeeld: alleen een fysieke beperking);
- 9 % geen gezondheidsklachten.

2.2. Draagkracht



Figuur 2. Draagkracht wordt opgebouwd uit 4 type bouwstenen: conceptuele weergave.

Draagkracht: beperkte toegang tot vier typen hulpbronnen

De mate van psychosociale draagkracht waarover ondervraagden beschikken wordt bepaald door vier type hulpbronnen:

1. persoonlijke hulpbronnen

- Ondervraagden ervaren minder regie over eigen leven (mastery) dan mannen uit de algemene bevolking van Amsterdam (gecontroleerd voor leeftijd)
- 53% van ondervraagden heeft een opleidingsniveau beneden startkwalificatie Nederlandse arbeidsmarkt (voltooide opleiding lager dan MBO niveau).
- 32% rapporteert Nederlandse taal minder dan goed/perfect te beheersen.
- 36% heeft zeer weinig vertrouwen in eigen kunnen en in eigen waarde.

2. sociale hulpbronnen

- 42% leeft in sociaal isolement (heeft een sociaal netwerk van beperkte omvang in combinatie met gevoelens van eenzaamheid).

3. maatschappelijke hulpbronnen

- 47% besteedt geen tijd aan participatie in de samenleving (opleiding, vorm van werk, vereniging, informele club).
- 29% leeft in maatschappelijk isolement (besteedt geen tijd aan participatie in combinatie met ontbrekende gevoelens 'erbij te horen').

4. zinvolle dagstructuur

- 34% heeft gebrek aan een regelmatig dagritme en gebrek aan gevoelens van zingeving.

Problemen zijn met elkaar verweven

Beschikking hebben over de ene hulpbron hangt samen met beschikking hebben over de andere hulpbron bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering (AMBU's). Ondervraagden die minder toegang vinden tot betekenisvolle sociale relaties, geloven ook minder in zichzelf, hebben minder het gevoel de regie in eigen handen te hebben, hanteren minder frequent een actieve manier van problemen aanpakken, zijn ook minder geletterd, participeren minder vaak in een vereniging of in (vrijwilligers)werk en ontbreekt het tot slot ook vaker aan een zinvolle dagstructuur.

Totale draagkracht in beeld

In dit rapport noemen we de mate waarin ondervraagden toegang vinden tot de verschillende hulpbronnen 'de draagkracht'.

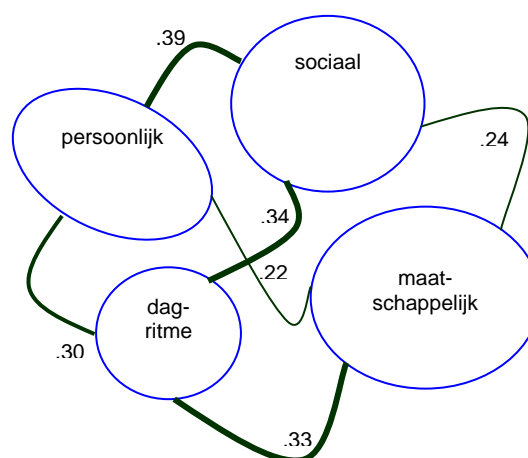
Meer draagkracht wijst in dit rapport op de combinatie van:

- meer binding met en steun uit sociale en maatschappelijke omgeving;
- meer structuur in en zingeving uit dagelijks leven;
- meer geloof in eigen kunnen en eigen waarde.

Respondenten met meer draagkracht lijken daarmee:

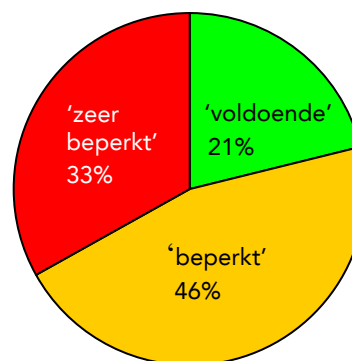
- minder sociaal en maatschappelijk uitgesloten;
- meer in staat (toekomstige) problemen het hoofd te bieden om daarmee de situatie te handhaven of te verbeteren.

Relaties tussen hulpbronnen bij AMBU's (n=472)



Figuur 3. Correlatiecoëfficiënten tussen vier soorten hulpbronnen: persoonlijke hulpbronnen, sociale hulpbronnen, maatschappelijke hulpbronnen en een zinvol dagritme (een hogere correlatiecoëfficiënt betekent een sterkere relatie tussen de hulpbronnen).

Mate van totale draagkracht AMBU's (n=472)



Figuur 4. Mate waarin ondervraagde alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam (n=472) beschikken over de combinatie van persoonlijke, sociale en maatschappelijke hulpbronnen (totale draagkracht in drie categorieën).

'Voldoende' draagkracht

We zien dat naar schatting 21% van de ondervraagden over een relatief hoge mate van draagkracht beschikt. Ondanks het missen van de sociaaleconomische voordelen van betaald werk, heeft deze groep ondervraagden in de meeste gevallen een zinvol dagritme weten op te bouwen en voldoende toegang weten te vinden tot zowel persoonlijke, sociale als maatschappelijke hulpbronnen. Deze groep ondervraagden lijkt daarmee over voldoende hulpbronnen te beschikken om (toekomstige) problemen het hoofd te bieden.

'Beperkte' draagkracht

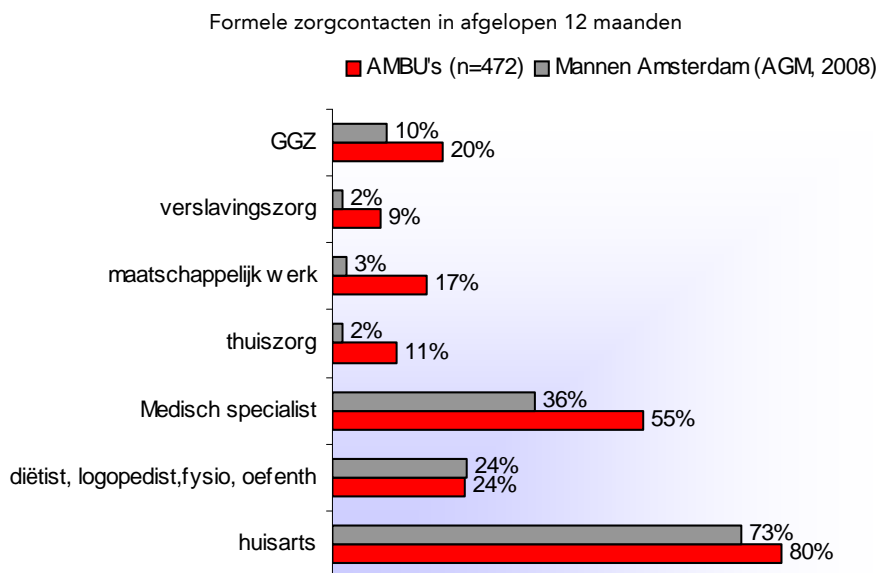
Bij naar schatting 46% van de mannen spreken we van een 'beperkte' draagkracht. Bij deze middengroep ontbreken componenten in de draagkracht maar hebben problemen met hulpbronnen zich niet opgestapeld tot een situatie van gecombineerd isolement. Binding met en steun van de sociale omgeving lijken hiermee op dit moment beperkt maar niet geheel afwezig. Herstel van draagkracht lijkt daarmee minder ver weg dan bij de groep ondervraagden met zeer beperkte draagkracht. Aan de andere kant leunt deze groep ondervraagden op een beperkt aantal hulpbronnen. Wanneer hier componenten in wegvallen (bijvoorbeeld door conflict met een naaste of door wegvallen van een participatieplaats), dan resteren er weinig hulpbronnen waaruit mannen kunnen putten om deze verandering te kunnen opvangen.

'Zeer beperkte' draagkracht

Bij naar schatting 33% van de ondervraagden lijkt draagkracht grotendeels te ontbreken. Bij deze groep stapelen problemen met hulpbronnen zich op in een situatie van gecombineerd sociaal en maatschappelijk isolement, weinig persoonlijke hulpbronnen en het ontbreken van een zinvolle dagstructuur. Binding met en steun van de sociale en maatschappelijke omgeving lijkt bij deze substantiële groep ondervraagden grotendeels te ontbreken. Gebrek aan o.a. persoonlijke hulpbronnen lijkt de kans te verkleinen dat deze groep ondervraagden in staat zal zijn deze situatie te verbeteren.

2.3. Zorggebruik

In vergelijking met mannen uit de algemene bevolking van Amsterdam, hebben relatief veel mannen contact gehad met formele zorg/hulpverleners de afgelopen twaalf maanden. Dit hogere aantal zorgcontacten lijkt in lijn met de hogere ziektelast van de doelgroep. Slechts 7% van de ondervraagde alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering (AMBU's) rapporteert geen contact te hebben gehad met formele hulp/zorg de afgelopen twaalf maanden.



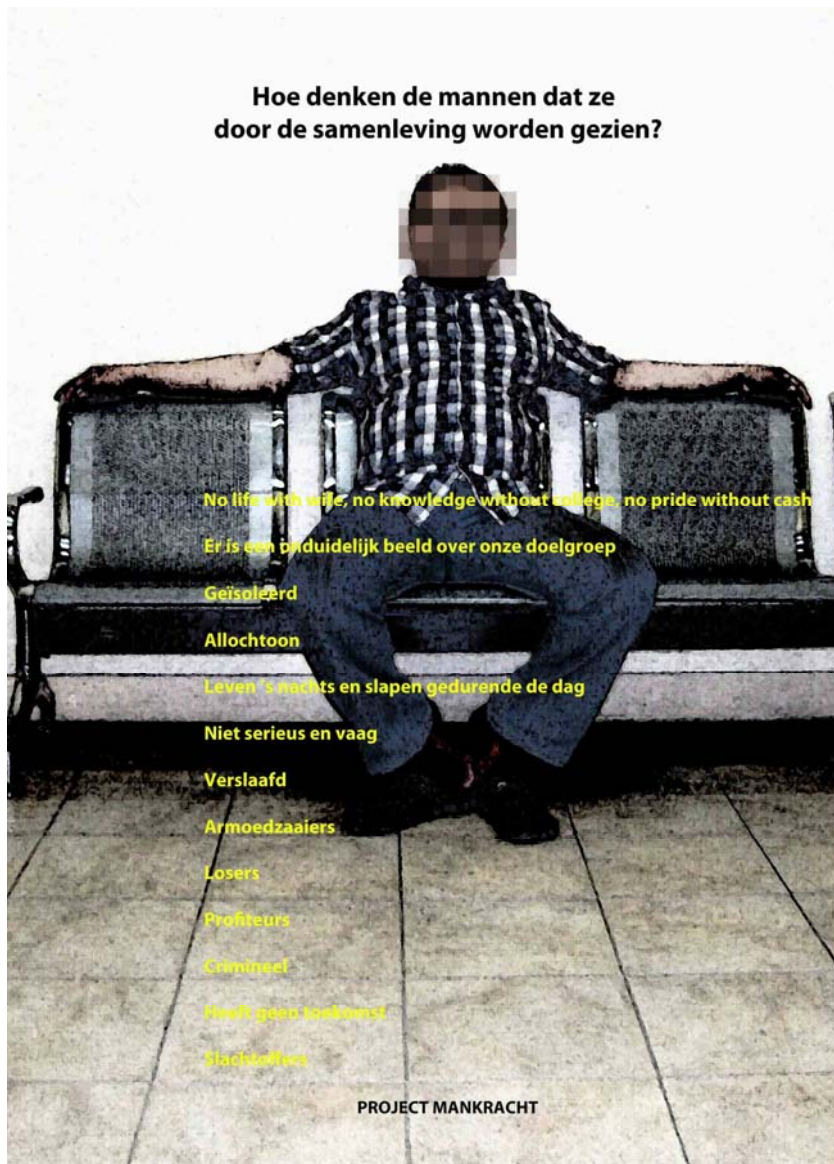
Figuur 5. Percentage mannen dat contact met verschillende zorgaanbieders in de afgelopen 12 maanden rapporteert. Percentages worden vergeleken tussen 472 Alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering (AMBU's) en mannen uit de Amsterdamse bevolking met een vergelijkbare leeftijdsverdeling (Dijkshoorn et al. 2009)

2.4. Indicaties van zorgwekkend maatschappelijk functioneren

Naar schatting 33% van de alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering heeft ernstige problemen om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien of veroorzaakt overlast bij anderen. We spreken in dit geval van 'indicaties van zorgwekkend functioneren' en hiervan is sprake als respondenten problemen hebben op een of meer van de volgende indicatoren:

- problematische schulden (21%);
- indicaties van zelfverwaarlozing (11%);
- zeer ontoereikende of instabiele huisvesting (0,6%);
- suïcidepoging in afgelopen twaalf maanden (2,5%);
- rapporteert burenoverlast te veroorzaken (5%).

De problematiek wordt gedomineerd door problematische schulden en indicaties van zelfverwaarlozing (eten en hygiëne). Het aantal zelfmoordpogingen in de afgelopen twaalf maanden is drie keer hoger dan bij mannen uit de algemene bevolking. De huisvesting van de zelfstandig wonende ondervraagden lijkt toereikend en redelijk stabiel, al constateren we bij 11% een huurschuld en rapporteert 14% van de totale groep ondervraagden ooit langer dan een maand dakloos te zijn geweest. Door 5% van ondervraagden wordt gerapporteerd dat zij burenoverlast veroorzaken.



Poster gemaakt door deelnemers van project mankracht: hoe denken wij dat de we door de samenleving worden gezien? Foto met dank aan Radar-Advies.

2.5. De situatie vanuit het cliëntperspectief

Tevredenheid met de kwaliteit van leven

Naast het normatieve oordeel over het functioneren van de ondervraagden, hebben we ook gevraagd hoe de alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering naar hun eigen subjectieve standaard de kwaliteit van het leven waarderen. In vergelijking met ander onderzoek vinden we een relatief lage gemiddelde waardering van de kwaliteit van leven bij deze groep mannen. In het algemeen is bekend dat mensen in staat zijn een 'voldoende' kwaliteit van leven te handhaven in de meest uitdagende situaties. Bij een substantieel deel van de alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering lijkt 'de uitdaging' te groot. Bijna één op de drie ondervraagden (31%) waardeert zijn kwaliteit van leven met een onvoldoende rapportcijfer.

- gemiddeld rapportcijfer voor de kwaliteit van leven: 6,3
- 31% ontevreden over kwaliteit van leven (rapportcijfer < 5,5)

Vooral verbetering van financiën en gezondheid wordt gewenst

De doelgroep is vooral zeer ontevreden op het gebied van financiën (63% ontevreden) en gezondheid (50% ontevreden). Dit zijn ook veruit de twee meest genoemde leefgebieden waarop alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering verbetering wensen.

Ondervraagden uitten ieder twee wensen. Leefgebieden waarop ondervraagden (n=472) het vaakst verbetering wensen om een hogere kwaliteit van leven te realiseren betreffen:

- financiële situatie (46%);
- gezondheid (40%);
- sociale contacten (25%);
- werk/opleiding (17%).

Weinig perspectief op verbetering van financiën en gezondheid.

Dat gezondheid en financiën belangrijke problemen zijn bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering blijkt uit alle bevindingen in dit onderzoek. Het is echter de vraag of op deze gebieden ook de meeste verbetering valt te behalen. De ondervraagden zelf schatten de kans op verbetering van deze domeinen in ieder geval relatief laag in. Een merendeel van de mannen die verbetering wenst op het gebied van financiën of gezondheid acht deze beoogde verbetering onmogelijk. Ondervraagden lijken daarmee relatief vaak oplossingen te wensen die zij zelf als onhaalbaar bestempelen.

Meer perspectief op verbeteren van draagkrachtfactoren

Het lijken vooral een hogere mate van tevredenheid op de domeinen dagritme, sociale contacten, participatie en leefstijl te zijn waarmee de alleenstaande mannen vanuit de bijstandssituatie een hogere kwaliteit van leven kunnen behalen.

Uit analyses over welke domeinen sterk samenhangen met de kwaliteit van leven, blijkt dat mannen die een hogere kwaliteit van leven ervaren vooral tevreden zijn met meer verschillende leefgebieden. Leefgebieden die hierbij het meeste verschil uitmaken (ofwel het sterkst samenhangen met de algemene waardering van de kwaliteit van leven) zijn tevredenheid met dagritme, sociale relaties, participatie en leefstijl.

Dit zijn nou net de verbeteringen die mannen weinig benoemen als prioriteit. Ondervraagden die verbetering van sociale relaties of werk/opleiding wel wensen, geven relatief vaak aan dat deze verbetering wel mogelijk is maar dat zij deze verbetering niet zelf in gang kunnen zetten.

Relatief veel zorgcontacten, relatief weinig ondersteuning bij wensen

Aan respondenten is gevraagd in hoeverre zij formele ondersteuning krijgen bij het realiseren van hun wensen. Tussen de 10% - 12% van de ondervraagden die verbetering op het gebied van financiën, sociale relaties of werk/opleiding wensen, rapporteert hier formele ondersteuning bij te krijgen. Bij wensen op het gebied van gezondheid ervaren ondervraagden vaker formele ondersteuning. Bij 'slechts' 28% van geuite gezondheidswensen rapporteren ondervraagden formeel ondersteund te worden. Gezien het relatief hoge percentage zorgcontacten van de ondervraagden zouden we verwachten dat meer mannen zich ondersteund zouden voelen bij hun gezondheidswensen.

Weinig kans dat mannen formele hulp zullen vragen om draagkracht te verhogen

We achten de kans klein dat mannen aan de juiste gemeentelijke 'loketten' om hulp komen vragen op het gebied van sociale relaties, vinden van een zinvol dagritme, (onbetaalde) participatie of leefstijl. We achten deze kans klein omdat:

- Wensen op het gebied van dagritme, sociale relaties, participatie en leefstijl relatief weinig geuit worden door ondervraagden;
- Als ondervraagden deze wens wel uiten, dan is een minderheid van *plan* hulp te gaan zoeken bij het realiseren van deze wensen;
- Hierbij weet een meerderheid niet waar zij terecht kan voor dergelijke hulp.

Op het gebied van sociale relaties komt hier een complicerende factor bij. Ondervraagden die een verbetering van sociale contacten wensen (25%) geven relatief vaak aan dat zij hier geen formele hulp bij accepteren (33%). Ook 'outreachende' hulpverlening zal het dus moeilijk hebben om ondervraagden te helpen bij het versterken van sociale relaties.

3. Met welke constellatie aan lasten en krachten hebben (subgroepen) alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam tegelijk te maken?

In het voorgaande hebben we *apart* een beeld geschetst van de ziektelast, de draagkracht, indicaties van zorgwekkend functioneren en de subjectieve kwaliteit van leven. We krijgen pas een adequaat beeld van de situatie waarin de doelgroep verkeert als we proberen deze aspecten in samenhang te beschrijven.

We schetsen een totaalbeeld door te bepalen met welke constellatie van lasten en krachten ondervraagden *tegelijk* te maken hebben.

- Eerst beschrijven we hoe verschillende domeinen samenhangen
- Vervolgens onderscheiden we vier relevante subgroepen
- Voor elk van deze subgroepen beschrijven we de constellatie van lasten en krachten

Op basis van het totaalbeeld die we voor vier subgroepen schetsen, kunnen we in de conclusie onze hoofdvraag beantwoorden en inschatten hoe zorgwekkend de situatie van deze doelgroep is en in welke mate preventie van problematiek die speelt binnen doelgroepen van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) op zijn plaats lijkt. Deze problematiek manifesteert zich per definitie op meerdere gebieden (zie kader).

Problematiek bij de heterogene doelgroep van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz) kan vanuit het perspectief vanuit de professional als volgt worden getypeerd:

- niet of niet voldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien (dak boven het hoofd, voedsel, inkomen, sociale contacten, zelfverzorging);
- meerdere problemen tegelijkertijd hebben, waaronder bijvoorbeeld sociaal isolement, verwaarlozing van eigen lichamelijk functioneren en dat van eventuele kinderen, problemen met (huiselijk) geweld, vervuiling van woonruimte en of van woonomgeving, overlastgevend gedrag, gebrek aan vaste of stabiele woonruimte, schulden, psychische problemen en verslavingsproblemen;
- vanuit het perspectief van professionele hulpverleners niet de zorg krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven, én;
- geen hulpvraag stellen waar de reguliere hulpverlening een antwoord op heeft. Familie, burens en omstanders vragen meestal om hulp, waardoor vaak sprake is van ongevroegde bemoeienis of hulpverlening

bron: Bransen & Wolf, 2001

3.1. Problemen bij ondervraagden zijn verweven en stapelen zich op

We zien dat problemen bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering met elkaar zijn verweven en zich opstapelen:

- ondervraagden met een hogere ziektelast, zijn ook meer beperkt in hun draagkracht, vertonen vaker indicaties van zorgwekkend functioneren en ervaren een lagere kwaliteit van leven.

Over de oorzaken van deze opstapeling kunnen we nog weinig zeggen aan de hand van onze basismeting. We constateren wel dat psychische klachten een belangrijke rol spelen in dit samenspel van factoren. Psychische klachten hangen sterk samen met draagkrachtfactoren en indicaties van zorgwekkend functioneren. Ook zien we bij ondervraagden met psychische klachten gemiddeld het hoogste gemiddelde aantal verschillende zorgcontacten. Daarmee krijgen we het idee dat vooral bij mannen met psychische klachten problemen spelen op verschillende terreinen van de gezondheidszorg.

3.2. Vier relevante subgroepen

Geen homogene groep

Niet alle alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering verkeren in een problematische situatie. Doordat problemen verweven zijn en zich opstapelen, zien we enerzijds een groep waarmee het op alle vlakken relatief slecht gaat. Aan de andere kant is er ook een groep mannen waarmee het op alle vlakken relatief goed lijkt te gaan. Om recht te doen aan deze diversiteit, onderscheiden we binnen de totale doelgroep een aantal verschillende subgroepen.

Criteria voor relevante subgroepen

We onderscheiden vier subgroepen op basis van de mogelijke combinaties tussen (a) al dan niet vertonen van indicaties van zorgwekkend functioneren en (b) al dan niet ervaren van psychische klachten. Zo ontstaan de volgende groepen:

1. 39% - Geen psychische klachten en geen indicaties van zorgwekkend functioneren;
2. 11% - Geen psychische klachten maar wel indicaties van zorgwekkend functioneren;
3. 28% - Psychische klachten maar geen indicaties van zorgwekkend functioneren;
4. 22% - Psychische klachten en indicaties van zorgwekkend functioneren.

Vooraf stond vast dat al dan niet vertonen van indicaties van zorgwekkend functioneren een relevant criterium zou vormen om subgroepen te onderscheiden: mannen die wel en mannen die niet in bestaansvoorwaarden weten te voorzien.

Met explorerende analyses is gezocht naar een aanvullend criterium om subgroepen van elkaar te onderscheiden. Als aanvullend criterium is gekozen voor al dan niet ervaren van psychische klachten. Voor psychische klachten is gekozen omdat (a) psychische klachten een centrale rol lijken te spelen in de 'kluwenproblematiek' van de mannen, (b) psychische klachten eenvoudig te screenen zijn en (c) subgroepen die ontstonden zich duidelijk van elkaar bleken te onderscheiden in termen van draagkracht, andere kenmerken van de ziektelast en demografische kenmerken.

3.3. Beschrijving vier subgroepen

Voor elk van deze subgroepen zijn de constellatie van lasten en krachten alsmede demografische kenmerken beschreven en onderling vergeleken. Op basis van de constellatie van krachten en lasten die we bij elk van de subgroepen aantreffen, hebben we (a) elke subgroep gelabeld met een passende naam en (b) een kwalitatieve inschatting gemaakt van de 'mate van zorgwekkendheid' van de situatie waarin elk van de subgroepen zich bevindt.

Groep 1. relatief maatschappelijk redzaam: 'de groep waar het relatief goed mee gaat'

Bij 39% van de ondervraagden spelen geen psychische klachten en constateren we geen indicaties van zorgwekkend functioneren. In vergelijking met de andere subgroepen kampen mannen binnen deze subgroep met de minst zware ziektelast, beschikken zij over de hoogste draagkracht en ervaren zij het vaakst een voldoende kwaliteit van leven. Deze subgroep lijkt er ondanks het ontbreken van betaald werk en geldende fysieke beperkingen *relatief* goed in geslaagd om rond te komen (geen problematische schulden), sociale contacten op peil te houden, maatschappelijke activiteiten te ontplooiën, een zinvolle dagstructuur in te richten en gevoel van eigen waarde en eigen kunnen te bewaren. Vandaar dat we deze subgroep labelen met "de groep waar het relatief goed mee gaat".

geen psychische klachten
64% fysieke beperking
38% middelenmisbruik

42% voldoende draagkracht
14% zeer beperkte draagkracht
24% > 4 verschillende zorgcontacten; 17% ontevreden met zorg/hulpverleners

Geen indicaties van zorgwekkend functioneren

88% tevreden met de kwaliteit van leven

oudere mannen, met langer arbeidsverleden en hoger opleidingsniveau

Groep 2. matig zorgwekkend: 'de risicogroep die zelf tevreden lijkt'

Bij 11% van de ondervraagden constateren we indicaties van zorgwekkend functioneren maar gaat dit niet samen met psychische klachten. Aan de ene kant constateren we ernstige problemen waarbij vooral problematische schulden, middelenmisbruik en zelfverwaarlozing in het oog springen. Aan de andere kant lijken mannen in deze subgroep zelf relatief tevreden, gaan problemen niet gepaard met psychische klachten en beschikken zij over meer draagkracht dan de overige risicogroepen (groep 3 en 4). Deze mannen lijken daarmee over meer hulpbronnen te kunnen beschikken om problemen het hoofd te bieden, maar omdat zij zelf relatief tevreden zijn met hun leven lijkt de kans relatief klein dat zij de ernstige problemen die we bij hen constateren gaan oplossen of hier hulp bij zullen vragen. Hieruit volgt het label "de risicogroep die zelf tevreden lijkt"

geen psychische klachten
78% fysieke beperking
55% middelenmisbruik

26% voldoende draagkracht
28% zeer beperkte draagkracht
26% > 4 verschillende zorgcontacten; 17% ontevreden met zorg/hulpverleners

schulden (49%);
zelfverwaarlozing; (36%)
overlast (16%).
Suicidepoging (2%)
huisvesting (4%)

86% tevreden met de kwaliteit van leven

Relatief vaak gescheiden en kinderen

Groep 3. matig zorgwekkend: 'stille multiproblematiek'

Bij 28% van de ondervraagden constateren we psychische klachten, maar geen indicaties van zorgwekkend functioneren. Deze subgroep kampt met een zware gecombineerde ziektelast en lijkt over onvoldoende draagkracht te beschikken om deze uitdaging het hoofd te bieden. De helft van de mannen binnen deze subgroep waardeert de kwaliteit van leven met een onvoldoende. Met name sociaal isolement, beperkte regie over het leven en weinig gevoel van eigenwaarde en kunnen typeert de beperkte draagkracht van deze subgroep. De gecombineerde problematiek die we aantreffen bij deze subgroep gaat samen met relatief veel verschillende zorgcontacten en het lukt een substantieel deel van de mannen in deze subgroep niet om een acceptabele kwaliteit van leven te realiseren. Omdat de meervoudige problematiek bij deze subgroep niet 'opvalt' door burenoverlast, huurschulden of een suïcidepoging, noemen we de problematiek "stille multiproblematiek"

100% psychische klachten
83% fysieke beperking
44% middelenmisbruik

6% voldoende draagkracht
42% zeer beperkte draagkracht
48% > 4 verschillende zorgcontacten; 25% ontevreden met zorg/hulpverleners

geen indicaties van zorgwekkend functioneren

60% tevreden met de kwaliteit van leven

Jongere mannen met minder lang arbeidsverleden en vaker nooit gehuwd geweest

Groep 4. Zorgwekkend: 'zorgwekkende multiproblematiek' OGGz?

Bij 22% van de ondervraagden komen indicaties van zorgwekkend functioneren voor in combinatie met psychische klachten. Bij twee van de drie ondervraagden binnen deze subgroep gaan psychische klachten gepaard met middelenmisbruik. Binnen deze subgroep is een meerderheid ontevreden met de kwaliteit van zijn leven en heeft een op de tien ondervraagden geprobeerd zelfmoord te plegen in het afgelopen jaar. Gezien het brede scala aan problemen die we bij deze subgroep aantreffen, de zeer beperkte draagkracht, de lage ervaren kwaliteit van leven in combinatie met indicaties van zorgwekkend functioneren, hebben we deze subgroep gelabeld met de term 'zorgwekkende multiproblematiek'.

100% psychische klachten
83% fysieke beperking
67% middelenmisbruik

4% voldoende draagkracht
57% zeer beperkte draagkracht
48% > 4 verschillende zorgcontacten; 42% ontevreden met zorgverleners

schulden (67%);
zelfverwaarlozing; (30%)
overlast (15%).
suïcidepoging (10%)
huisvesting (1%)

41% tevreden met de kwaliteit van leven

Jongere mannen met minder lang arbeidsverleden

3.4. Relatie met achtergrondkenmerken

Opvallende verschillen in achtergrondkenmerken tussen de risicogroepen zijn:

- Kwetsbare groepen zijn gemiddeld jonger dan minder kwetsbare groepen.
- Kwetsbare groepen zijn gemiddeld niet significant langer of minder lang werkloos dan minder kwetsbare groepen, wel zien we dat kwetsbare groepen gemiddeld over een minder lang arbeidsverleden beschikken dan minder kwetsbare groepen.
- Kwetsbare groepen komen in alle treden van de re-integratieladder voor. We vinden maar een beperkte relatie tussen mate van kwetsbaarheid zoals verschilt tussen subgroepen enerzijds en de afstand tot de arbeidsmarkt zoals deze gereflecteerd wordt in de tredenindeling van Dienst Werk en Inkomen (DWI) anderzijds.
- Oudere mannen hebben een grotere afstand tot de arbeidsmarkt (volgens de tredenindeling van DWI) maar zijn minder kwetsbaar (volgens de gecombineerde maatstaven van huidig onderzoek).
- Kwetsbare groepen met meer verschillende problemen en meer verschillende soorten zorgcontacten, zijn vaker ontevreden met zorg/hulpverleners.

4. Conclusie en aanbevelingen

In het kort:

- Bij een meerderheid van de 472 ondervraagden spelen er in 2009-2010 combinaties van problemen die als matig zorgwekkend tot zorgwekkend worden aangemerkt. **Preventie van verdere maatschappelijke uitval** bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering verdient daarmee aanbeveling.
- Het bevorderen van **draagkracht** (vertrouwen in eigen waarde en kunnen, sociale relaties, participatie en zinvolle dagstructuur) wijzen we aan als speerpunt in een aanpak gericht op het voorkomen van verdere maatschappelijke uitval van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.
- Om draagkracht te bevorderen, lijkt een insteek vanuit **participatiebevordering** het meest kansrijk mits deze gepaard gaat met begeleidende aandacht voor persoonlijke empowerment, versterken van sociale relaties en omgaan met chronische gezondheidsklachten en psychische problemen.
- Een dergelijke inspanning zou vragen om een **integrale aanpak** waarin perspectieven, inspanningen en financiële middelen worden gecombineerd vanuit arbeidsactivering, gezondheidsbevordering, armoedebestrijding, welzijn en maatschappelijke ondersteuning. Op stapel zijnde hervormingen en beperkte middelen bieden extra noodzaak en kans om een dergelijke integrale aanpak structureel in te bedden in gemeentelijk beleid.
- Tredenindeling **re-integratieladder** lijkt niet geschikt om kwetsbare groepen te identificeren
- Met name in de dienst- en zorgverlening aan mannen met meervoudige problematiek lijkt het belangrijk meer aan te sluiten op het **cliëntperspectief**

4.1. Hoe zorgwekkend is de situatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering?

Totaaloordeel: positionering op multidimensionaal continuüm

De hoofdvraag die we in onderhavig rapport wilden beantwoorden was: hoe zorgwekkend is de situatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering?

Door per subgroep de ernst van de lasten uit te balanceren tegen de krachten, hebben we een kwalitatieve inschatting gemaakt van 'de mate van zorgwekkendheid' van de situatie waarin ondervraagden zich in 2009/2010 bevonden. De mate van zorgwekkendheids stellen we hierbij voor als een multidimensionaal continuüm waarbij de mate van zorgwekkendheid toeneemt naarmate het samenspel van *lasten* (ziektelasten, indicaties van zorgwekkend functioneren, onvoldoende subjectieve kwaliteit van leven) en *krachten* (toegang tot persoonlijke, sociale en maatschappelijke hulpbronnen) negatiever uitpakt voor individu en gemeenschap.



Figuur 6. Conceptuele weergave van normatief en multidimensionaal continuüm waarop de situatie van bijstandsgerechtigde alleenstaande mannen tijdens de basismeting kan variëren tussen nauwelijks zorgwekkend en zorgwekkend. De vier subgroepen zijn gepositioneerd op dit continuüm.

Naarmate de situatie zorgwekkender is, lijkt een actieve aanpak ter preventie van verder maatschappelijke uitval meer op zijn plaats omdat (a) de problematiek dan ernstiger is vanuit het perspectief van het individu en de gemeenschap en (b) de kans dat het individu problemen op eigen kracht, met behulp van zijn sociale en maatschappelijke hulpbronnen kan of wil oplossen dan kleiner is.

De situatie van de onderzochte groep zelfstandig wonende mannen met een bijstandsuitkering kan tijdens de basismeting in 2009-2010 variëren tussen 'zorgwekkend' en 'maatschappelijk redzaam' (nauwelijks zorgwekkend). We geven een situatie het krachtige predicaat 'zorgwekkend' als de gecombineerde problematiek van ondervraagden binnen een subgroep zich uitspreid over meerdere leefgebieden, gepaard gaat met een indicatie van zorgwekkend functioneren en samengaat met een beperkte draagkracht om het tij 'op eigen kracht' met behulp van informele en formele hulpbronnen te keren.

Op basis van het totaalbeeld van de leef- en gezondheidssituatie dat we voor vier subgroepen alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering hebben geschetst, schatten we de zorgwekkendheid van de situatie van de totale groep ondervraagde alleenstaande mannen (n=472) met een bijstandsuitkering die niet bij

DWI geregistreerd staan als dakloos, geïnstitutionaliseerd of als bijzondere doelgroep, als volgt in:

- 39% - nauwelijks zorgwekkende situatie: doelgroep voor preventie
- 39% - matig zorgwekkende situatie: doelgroep voor preventie & herstel
- 22% - zorgwekkende situatie: doelgroep voor herstel (OGGz?)

Alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering: doelgroep voor OGGz preventie

We zijn het onderzoek gestart vanuit de notie dat alleenstaande mannen worden over gerepresenteerd in doelgroepen van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg en lopend onderzoek heeft als doel bij te dragen aan een preventieve aanpak om deze pijnlijke en kostbare maatschappelijke uitval te voorkomen.

Als vindplaats voor alleenstaande mannen met een hoog risico op maatschappelijke uitval hebben we alleenstaande mannen die een bijstandsuitkering ontvangen van Dienst Werk en Inkomen aangewezen en de informatie die we nu hebben bevestigd de kwetsbare situatie waarin deze substantiële en vindbare groep mannen verkeert.

Bij een meerderheid van de ondervraagden lijkt de constellatie van lasten en krachten dermate in het negatieve door te slaan, dat we de situatie inschatten als matig zorgwekkend tot zorgwekkend. Dit eindoordeel impliceert dat een meerderheid van de ondervraagden in een onwenselijke (onacceptabele?) situatie verkeert en over beperkte persoonlijke en sociale hulpbronnen beschikt om op eigen kracht het tij te keren. Voorkomen van verdere maatschappelijke uitval en bevorderen van herstel lijken daarmee bij een meerderheid van de ondervraagden te vragen om een actieve aanpak.

Op basis van onze basismeting onder een representatieve dwarsdoorsnede van zelfstandig wonende mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam die bij DWI niet in beeld zijn als dakloos, thuisloos of 'bijzondere doelgroep' (daklozen uitkering), lijken preventieve maatregelen bij een substantieel deel van de mannen te laat. Naar schatting 22% van de ondervraagden lijkt al tot de doelgroep van de (individuele) openbare geestelijk gezondheidszorg te kunnen behoren. Het vraagtken dat we hierachter plaatsen (OGGz?) heeft betrekking op (a) het feit dat we tot deze schatting komen middels zelfgerapporteerde gegevens: aan dit oordeel ligt geen medische diagnose of professionele inschattingen ten grondslag en (b) het feit dat alle ondervraagden in deze doelgroep een dak boven het hoofd hebben (zelfstandig wonend) en een inkomen hebben (bijstandsuitkering) en daarmee niet tot de zwaarste doelgroepen van de OGGz behoren (voor deze groep waar dakloosheid samengaat met psychiatrische klachten en/of verslaving reserveren we het predicaat 'zeer zorgwekkend').

Ook voorkomen van terugval

Ook constateren we dat 14% van de alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering ooit langer dan 30 dagen dakloos is geweest. Deze groep beschikt nu in ieder geval over een huis en een inkomen en lijkt daarmee op deze dimensies een opwaartse beweging te hebben gemaakt. Bij deze groep ligt de nadruk meer op voorkomen van terugval en verder herstel richting maatschappelijke redzaamheid.

Aantallen (schatting)

Wanneer we de schatting projecteren op de totale onderzoeksgroep van 9200 Amsterdamse alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering die in 2009 voldeden aan de inclusiecriteria van het onderzoek en hierbij optellen de groep alleenstaande mannen die bij DWI Amsterdam in beeld was als bijzondere doelgroep (daklozenuitkering), dan komen we op de volgende schatting:

Tabel 1. Inschatting van de situatie waarin 11.000 alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering tussen de 23 en 65 jaar oud, zich in Amsterdam bevinden

<i>aantal</i>	<i>situatie</i>
3.600	relatief redzaam
3.600	matig zorgwekkend
2.000	zorgwekkend
1.800	bijzondere doelgroep (daklozenuitkering)
11.000	<i>totaal</i>

4.2. Beperkingen van de studie

Afkappunten

De percentages die we in huidig rapport noemen dienen opgevat te worden als schattingen. Ten eerste berusten alle cijfers op zelfrapportage (geen medische diagnose). Hierbij hebben we zoveel mogelijk gebruik gemaakt van gevalideerde meetinstrumenten waarbij vergelijking met de algemene bevolking van Amsterdam mogelijk was of waarvoor normatieve afkappunten beschikbaar waren (om bijvoorbeeld te bepalen in hoeverre er wel of niet sprake is van psychische klachten, alcoholmisbruik of fysieke beperkingen). In sommige gevallen stonden gevalideerde meetinstrumenten niet tot onze beschikking of ontbraken normatieve afkappunten. Soms hebben we zelf meetinstrumenten moeten ontwikkelen of afkappunten moeten formuleren om bijvoorbeeld het percentage mannen te bepalen die in een maatschappelijk isolement verkeert, 'voldoende' beschikking heeft over een zinvolle dagstructuur, tekenen van verwaarlozing vertoont of waarbij sprake is van ontoereikende of instabiele huisvesting. De zelf ontwikkelde instrumenten vertonen redelijk tot goede psychometrische kwaliteiten en de manier waarop we afkappunten bepaald hebben, lijkt eerder te leiden tot onderschatting van de problematiek, dan overschatting van de problematiek. In bijlage 2.2 kunt u precies nalezen hoe wij tot onze schattingen zijn gekomen.

Representatieve steekproef?

In onze studie constateren we relatief veel zorgcontacten van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in vergelijking met mannen uit de algemene bevolking van Amsterdam (gecontroleerd voor leeftijdsverschillen). We vinden geen aanwijzingen dat er een substantiële groep respondenten is die formele zorg in zijn geheel vermijdt. Slechts 7% van de ondervraagden heeft geen contact gehad met zorg in de afgelopen 12 maanden. Door Achmea, de zorgverzekeraar van het merendeel van de doelgroep alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam, wordt dit beeld deels bevestigd en deels

genueanceerd. Er zijn ook aanwijzingen dat een deel van de doelgroep 'nauwelijks gezien wordt in de zorg'.

We hebben een steekproef van 1204 zelfstandig en alleenwonende mannen met een bijstandsuitkering benaderd die niet bij DWI in beeld waren als 'bijzondere doelgroep'. Mogelijk hebben we hierdoor de zogenaamde 'zorgmijders' geëxcludeerd. We gaan er dan van uit dat de meeste zorgmijdende alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in beeld zijn bij DWI (als speciale doelgroep of als dakloos geregistreerd)

Het is ook mogelijk dat onze steekproef van 472 geïnterviewden niet representatief is voor de gehele populatie alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering. Hoewel de inzet van peer-interviewers ertoe diende bij te dragen ook zorgmijders over de streep te trekken, is het goed denkbaar dat mannen die formele zorg vermijden, ook niet mee willen doen aan een onderzoek van de GGD. Aan de andere kant is het ook goed denkbaar dat mannen die elke vorm van zorg mijden, ook een bijstandsuitkering mijden en derhalve niet veel voorkomen binnen de doelgroep alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.

Al met al lijkt het vooral moeilijk de 'mythe' van de algemene zorgmijdersproblematiek onder alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering te falsificeren.

Maar voor de duidelijkheid: er zijn ons geen betrouwbare cijfers bekend die aantonen dat er een aanzienlijke groep alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering bestaat die elke vorm van formele zorg vermijden. Mogelijk ontbreken deze cijfers omdat de problematiek 'onzichtbaar' is, mogelijk ook ontbreekt het bewijs voor deze zorgmijdersproblematiek omdat deze nauwelijks als zodanig bestaat onder alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.

GGD Amsterdam en Achmea zijn in gesprek om te komen tot een eenduidig beeld van het zorggebruik van alleenstaande mannen op basis van registratiecijfers. Hiermee hopen we in de toekomst meer duidelijkheid te kunnen verschaffen omtrent zorgmijdersproblematiek onder alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.

Veranderde context

Terwijl we de laatste hand leggen aan dit rapport is het beschrijven van de maatschappelijke context waarbinnen de problematiek van de mannen zich manifesteert geenszins simpel. Het is nog onduidelijk is wat op stapel zijnde veranderingen zoals de wet werken naar vermogen, aanpak kwetsbare huishoudens en sombere prognoses betreft conjuncturele neergang en stijgende werkloosheid precies gaan betekenen voor alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam. Wel kunnen we zeggen dat er een en ander is veranderd voor bijstandsgerechtigden sinds onze basismeting in 2009-2010

Re-integratie van kansrijken (trede 3+)

Tijdens de basismeting in 2009-2010 was het credo van het Amsterdamse Meerjarenbeleidsplan Werk, Participatie en Re-integratie nog "iedereen werkt mee". Iedereen was nodig en ook bijstandsgerechtigden met weinig perspectief op werk werden middels sociale en maatschappelijke activeringsplaatsen in beweging gezet. Voor bijstandsgerechtigden in trede twee of hoger gold een participatieplicht en klantmanagers van DWI speelden een actieve rol bij het toeleiden naar een geschikte manier van 'meedoen'. Zo begon ongeveer de helft van de deelnemers aan project mankracht hieraan omdat het moest. Deze mannen noemden zichzelf

tijdens groepsgesprekken daarom grappend 'verplichte vrijwilligers' wat soms gepaard ging met een negatieve werkhouding. Wanneer deze houding gedurende het project bijtrok, had deze stok achter de deur vanuit DWI er toch voor gezorgd dat de mannen aan het project waren begonnen, dit volhielden en uiteindelijk voltooiden. Deze stok achter de deur is inmiddels grotendeels verdwenen voor bijstandsgerechtigden met een grote afstand tot de arbeidsmarkt. In het Meerjarenbeleidsplan Participatie 2011-2014 heeft de Sociale Alliantie opgetekend dat scherpe keuzes nodig zijn. Zo kijkt DWI als gevolg van de structurele verlaging van rijksbudgetten voor re-integratie scherper naar perspectief op werk: het re-integratiebudget wordt alleen nog ingezet voor Amsterdammers met perspectief op werk (trede 3 en hoger). Klanten in trede 1 en 2 blijven klanten van DWI maar kunnen een minder intensieve dienstverlening verwachten. Tijdens de basismeting bevond 70% van de mannen zich in trede 1 en 2. Deze mannen worden nu geacht zelf, op 'eigen kracht' hun weg te vinden naar vrijwilligerswerk. Klantmanagers hebben nog wel als taak informatie te verstrekken omtrent vrijwilligerswerk en welzijnsaanbod in de stadsdelen. Ook het motiveren van klanten om mee te doen is niet geheel verdwenen uit het takenpakket van klantmanagers. Maar de 'verplichte vrijwilligers' van 2009-2010 worden nu meer met rust gelaten, met alle mogelijk positieve en negatieve effecten van dien.

Zorg voor kansarmen (trede 1 en 2)

Om kwetsbare huishoudens tegemoet te komen die het hardst getroffen worden door bezuinigingen, is in Amsterdam een integrale aanpak voor kwetsbare huishoudens ingezet, uitgevoerd door multidisciplinaire 'operationele teams' in de stadsdelen. DWI speelt in deze aanpak een sleutelrol waar het gaat om signalering en toeleiding van kwetsbare uitkeringsgerechtigden naar passende zorg of ondersteuning. Hierbij wordt de door de GGD ontwikkelde Zelfredzaamheid-Matrix bij uitkeringsgerechtigden in trede 1 en 2 ingezet als tool voor signalering op een breed spectrum aan leefgebieden. Ten tijde van de basismeting vervulden de zogenaamde Maatschappelijke SteunSystemen (MSS) een vergelijkbare rol binnen de stadsdelen voor mensen met meervoudige problematiek en ook DWI leidde hier cliënten naartoe. De aanpak kwetsbare huishoudens is nog in volle ontwikkeling en het is nog onduidelijk wat de gevolgen hiervan zijn voor de mannen.

Groep tussen wal en schip

In de nabije toekomst lijken met name mannen die enerzijds te weinig perspectief op werk hebben om in aanmerking te komen voor re-integratie en anderzijds niet kwetsbaar genoeg zijn om in aanmerking te komen voor de aanpak kwetsbare huishoudens, tussen wal en schip te vallen. DWI zoekt naar alternatieve klantbenaderingen om ook deze groep met de beperkte middelen die hiertoe beschikbaar zijn ondersteuning te bieden bij onder anderen het vinden van een zinvolle dagbesteding. Zo lopen er projecten waar onder anderen wordt geëxperimenteerd met groepsgesprekken en peer motivation. Deze werkwijze met groepsbijeenkomsten is onder andere geïnspireerd op de ervaring met groepsgesprekken binnen project Mankracht. De betreffende "pilot Wmo/WWB: Activering alleenstaande mannen 50+" is onlangs wegens succes uitgebreid. De pilot wordt geëvalueerd door de UvA. en leidt mogelijk tot nieuwe ervaringen, inzichten en innovatieve werkwijzen die de activering van bijstandsgerechtigde mannen ten goede komen, ook met beperkte middelen.

Oorzaak en gevolg?

Op basis van verslaglegging van de eerste meting zijn uitspraken over oorzaak en gevolg relaties tussen de verschillende problemen die we constateren nauwelijks mogelijk. In dit rapport gaan we dan ook niet in op de vraag *waarom* het merendeel van de mannen in een (matig) zorgwekkende situatie lijkt te verkeren. In april 2012 start de vervolgmeting onder het cohort mannen en bij het analyseren van de veranderingen die we gaan meten wordt meer aandacht besteed aan (a) veranderingen in de maatschappelijke context en (b) mechanismen waarlang sommige mannen 'afglijden' en andere 'opklimmen'. Wat betreft mechanismen van afglijden en opklimmen kunnen we voor nu zeggen dat het weinig verbazend is dat we in huidig onderzoek een constellatie aan ernstige problemen aantreffen bij alleenstaande mannen die al gedurende lange tijd in een bijstandssituatie verkeren. Het gemis aan werkgerelateerde tijdsstructurering, status, sociale contacten, ontplooiingskansen en inkomen is namelijk slecht voor de gezondheid en mannen met een slechte gezondheid hebben meer kans zonder werk te (blijven) zitten (zie bijvoorbeeld Jahoda et al., 1933; Social Exclusion Unit, 2004; Blonk, 2006; Van Echtelt, 2010).

4.3. Algemene aangrijpingspunten

De gecombineerde problematiek die we aantreffen bij deze doelgroep lijkt te vragen om een integrale aanpak waarin perspectieven, inspanningen en financiële middelen worden gecombineerd vanuit arbeidsactivering, gezondheidsbevordering, armoedebestrijding, welzijn en maatschappelijke ondersteuning. Op stapel zijnde hervormingen en beperkte middelen bieden extra noodzaak en kans om een dergelijke integrale aanpak structureel in te bedden in gemeentelijk beleid.

Algemene aangrijpingspunten die volgen uit de basismeting van het lopende onderzoek en die kunnen helpen bij het verder richting geven aan een integrale aanpak zijn:

1. Actief bevorderen van draagkracht als speerpunt

Op basis van de informatie die we momenteel hebben over deze doelgroep, lijkt het actief bevorderen van draagkracht (vertrouwen in eigen waarde en kunnen, sociale relaties, participatie en zinvolle dagstructuur) bij deze doelgroep de belangrijkste pijler van een aanpak gericht op bevorderen van herstel en preventie van maatschappelijk uitval.

We benoemen het actief bevorderen van draagkracht als speerpunt omdat:

- naar schatting 72% van de totale groep ondervraagden over een beperkte tot zeer beperkte draagkracht beschikt om (toekomstige) problemen het hoofd te bieden
- minder draagkracht samen gaat met een slechtere met name psychische gezondheid, en een hogere kans op indicaties van zorgwekkend functioneren
- een hogere subjectieve kwaliteit van leven bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering het sterkst samen hangt met een hogere mate van tevredenheid met draagkrachtfactoren
- weinig mannen dit probleem prioriteit geven en nog minder mannen van plan lijken te zijn hier zelf iets aan te gaan veranderen of hier (formele) hulp bij in te roepen.

De reden dat we *actief* versterken van draagkracht in dit rapport aanmerken als speerpunt in preventie van maatschappelijke uitval heeft er vooral mee te maken dat ondervraagden niet

geneigd lijken problemen op dit vlak zelf, of met behulp van formele ondersteuning te verbeteren.

Discrepantie subjectieve en normatieve ondersteuningsbehoefte

Gebrek aan probleembesef of geen hulp kunnen of willen inschakelen om een probleem op te lossen terwijl er wel degelijk een probleem speelt volgens medische of maatschappelijke maatstaven, vormt een belangrijke indicatie voor OGGz. Typerend in deze, is het geval van de 'zorgwekkende zorgmijder' waarbij enerzijds zorgwekkende problematiek wordt geconstateerd maar de persoon in kwestie geen passende zorg zoekt, vindt of aanvaardt om dit probleem te reguleren.

Bij mensen die niet tijdig, wanneer nodig een hulpvraag stellen lijkt de kans groter dat problemen verergeren, opstapelen en uiteindelijk resulteren in de ingewikkelde 'kluwenproblematiek' die we aantreffen bij doelgroepen van de OGGz.

Ook specifieke problemen kunnen relatief vaak gepaard gaan met ontbrekend probleembesef of andere redenen dat hulp naar medische of maatschappelijke maatstaven wel nodig is, maar niet gezocht of verkregen wordt. Juist op het gebied van draagkracht lijken we bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering de grootste discrepantie tussen subjectieve en normatieve zorgbehoeften te vinden.

Specifiek voor de doelgroep alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering lijkt het gebrek aan draagkracht een ernstig probleem te vormen waarbij probleembesef ontbreekt alsmede de intentie hier zelf of met hulp iets aan te doen. En als de mannen wel hulp hierbij willen, waar moeten zij die zoeken? De mannen zelf weten het vaak niet en in vergelijking met zorg bij medische problematiek of ondersteuning bij praktische zaken of hulp bij afkicken is het ook minder duidelijk waar je moet aankloppen voor hulp bij versterken van het gevoel van eigenwaarde, of aangaan van betekenisvolle sociale relaties of het vinden van een zinvolle dagstructuur. Al met al: het gebrek aan draagkracht lijkt de doelgroep te typeren en zal waarschijnlijk niet 'vanzelf' op 'eigen kracht' verdwijnen.

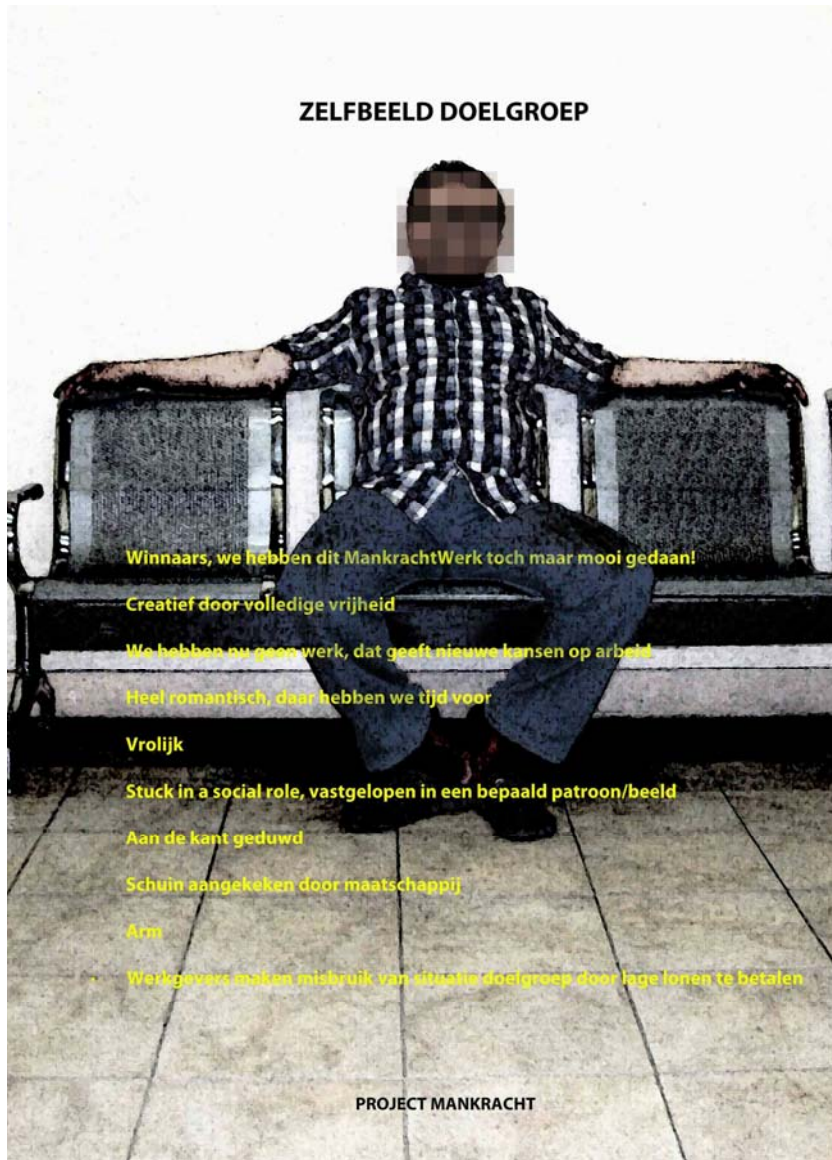
Actieve aanpak

Tegemoet komen aan de normatieve ondersteuningsbehoefte op het gebied van draagkracht, vraagt daarmee om een actieve aanpak gericht op:

- bevorderen van psychologische empowerment (herwinnen van regie over eigen leven, bevorderen van vertrouwen in eigen waarde en kunnen, zien van toekomstperspectief)
- bevorderen van participatie in samenleving en gevoel 'erbij te horen'
- bevorderen van betekenisvolle sociale relaties:
- bevorderen van een regelmatige dagstructuur en gevoelens van zingeving met betrekking tot dagelijkse bezigheden

2. Bevordering van participatie lijkt meest kansrijke insteek

Om draagkracht te bevorderen, lijkt een insteek vanuit participatiebevordering het meest kansrijk mits deze gepaard gaat met begeleidende aandacht voor persoonlijke empowerment, omgaan met chronische gezondheidsklachten en psychische problemen.



Poster gemaakt door deelnemers aan het einde van project mankracht: hoe zien wij onszelf? Foto met dank aan Radar-Advies.

Activering is mogelijk, maar kost 'moeite'

Op basis van onze ervaringen met activeringsproject 'Mankracht!', constateren we dat er een duidelijk potentieel aanwezig is bij de doelgroep mannen. Vanuit de GGD zijn we bezig de succesfactoren van participatieproject Mankracht te beschrijven in een apart rapport. Voor nu kunnen we vooral zeggen dat participatiebevordering zeker mogelijk is bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering maar dat dit wel 'moeite' kost. Participatiebevordering vraagt om inspanning van de mannen maar ook van de gemeente. Kundige en geduldige begeleiding, een 'stok achter de deur' (bijvoorbeeld participatieplicht) of in ieder geval een

'duwtje in de rug' vanuit DWI (motiveren, helpen vinden van passend aanbod) lijken namelijk belangrijke ingrediënten bij het bevorderen van participatie onder de doelgroep mannen die hier het meest bij gebaat zou zijn: mannen die al gedurende lange tijd in geïsoleerde 'vrijheid' doorbrengen en aangaan en nakomen van maatschappelijke en sociale verplichtingen ontwend zijn.

Participatiebevordering bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering vraagt dus om investering. Daarmee lijkt er in deze tijd van economische krapte een dringende behoefte aan creatieve en kosteneffectieve oplossingen die bijdragen aan de activering van deze substantiële groep alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.

Bundeling van kennis

Participatiebevordering om draagkracht te verhogen bij inactieve mensen met gezondheidsklachten is niet 'nieuw'. In Nederland lijkt er voldoende kennis en ervaring aanwezig om te weten 'hoe dit moet'. In het recente rapport '[activeren door participeren](#)' (Bouwman-Van 't Veer et al. 2011), kunt u bijvoorbeeld meer lezen over "werkzame bestandsdelen ter bevordering van maatschappelijke participatie van moeilijk bemiddelbare bijstandsafhankelijken".

Wij zijn op zoek naar Nederlandse organisaties die onderzoek doen naar of ervaring hebben met het activeren van alleenstaande mannen in de bijstand. Bundelen van deze kennis lijkt belangrijk om verder te werken aan een adequaat antwoord op de problematiek die we bij deze groep aantreffen. Wilt u hieraan bijdragen? U kunt mailen naar tkamann@ggd.amsterdam.nl.

3. Toegang tot zorg lijkt niet beperkt

Gezondheidsproblemen vormen een belangrijke component in de totale problematiek die we bij deze doelgroep aantreffen en hier lijken de mannen ook van doordrongen. We vinden hierbij geen aanwijzingen van algehele zorgmijdersproblematiek. Mannen maken juist op alle fronten relatief veel gebruik van verschillende vormen van zorg en dit lijkt in lijn met de hogere ziektelast ten opzichte van mannen in de algemene bevolking van Amsterdam. Op basis van de kennis die we nu hebben, lijkt toeleiden naar zorg niet meer van toepassing op de doelgroep dan bij mannen uit de algemene Amsterdamse bevolking.

4. Zorg en dienstverlening: belang van cliëntperspectief

Of de ontvangen zorg 'passend' is, kunnen we met onderhavig onderzoek niet beoordelen. Wel zien we dat een grote meerderheid van de mannen (72%) geen ondersteuning ondervindt bij het realiseren van gezondheidswensen die zij zelf uiten. De vraag hierbij is in hoeverre dit iets zegt over de doelgroep mannen (inadequate hulpvragen) of over de kwaliteit van de geboden zorg (inadequaat hulpaanbod). Hoe het ook zij, deze discrepantie kan verkleind worden als cliënt en professional meer met elkaar in dialoog gaan over 'passende' ondersteuning. Niet alleen kan dit zorgen dat aanbod beter aansluit op wensen (cliëntgerichtheid), ook kan dit de efficiëntie en doelmatigheid van de zorg/ondersteuning ten goede komen: minder uitval, hogere therapietrouw en minder terugval na beëindiging van een zorgtraject.

Op basis van onze bevindingen en ervaringen met de doelgroep doen we de volgende suggesties:

- geef ruimte aan het cliëntperspectief: welke wensen spelen er bij deze cliënten?

- besteedt aandacht aan afstemmen hulpvraag: welk wensen zijn realistisch en kunnen verwezenlijkt worden met eventuele ondersteuning?
- houdt rekening met beperkte regie over het eigen leven en beperkte perspectief op verbetering die mogelijk therapietrouw en eigen initiatief ondermijnen en mogelijk zelf afstemmen van verschillende soorten zorg bemoeilijken.
- niet af laten schrikken door grote mond of negatieve houding van cliënten; het merendeel van de ondervraagde mannen met meervoudige problematiek heeft een gekrenkt gevoel van eigenwaarde.

Tool – uitvragen cliëntperspectief

Een module om het cliëntperspectief uit te vragen – de WISH - vindt u in bijlage 3.2 en bleek in onderhavig onderzoek een handig instrument om de subjectieve hulpbehoefte te bepalen bij cliënten. Het betreft geen instrument voor registratie maar kan losjes gebruikt worden door professionals (bijvoorbeeld klantmanagers van DWI) om erachter te komen wat de wensen van de individuele cliënt zijn en hierover in dialoog te gaan.

Het instrument bleek tijdens project mankracht ook zeer bruikbaar in *groepsgesprekken* waarin mannen elkaar helpen tot realiseerbare wensen te komen die voor hen belangrijk zijn. Waar mannen vooral begonnen over gebrek aan geld (net als respondenten van dit onderzoek), kwamen de meesten er toch achter dat sociale contacten en iets zinvols te doen hebben (draagkrachtfactoren) toch misschien belangrijker voor hen was.

www.DeSalon.tv.

De dialoog tussen alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering en professionals kan ook online plaatsvinden. De doelgroep heeft hiertoe een forum georganiseerd die u kunt vinden op www.DeSalon.tv. Dit medium kan een brug slaan tussen de doelgroep en professionals ‘aan de andere kant van het loket’. Zowel uitvoerende professionals, beleidsmakers en de doelgroep zelf kunnen elkaar op de site bevragen en zo zorgen dat vraag en aanbod elkaar beter vinden. De site staat nog in zijn kinderschoenen en moet nog groeien. U kunt hieraan bijdragen door de site te bezoeken, een vraag te stellen of een reactie te plaatsen.

5. Zorg en dienstverlening: het gaat om het totaalbeeld

We hebben gezien dat als alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering een ernstig probleem op het ene domein hebben, er zeer waarschijnlijk ook op andere domeinen problemen spelen. Bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering betekent dit onder anderen het volgende:

- Mannen die aankloppen bij schuldhulpverlening, hebben zeer waarschijnlijk ook problemen op andere domeinen. We hebben in dit onderzoek gezien dat problematische schulden vaak gepaard gaan met problematisch middelengebruik (67%) en aandacht hiervoor lijkt gewenst.
- Welzijnswerkers die zich richten op het versterken van het sociale domein, hebben in de meeste gevallen te maken hebben met mannen met psychische klachten (67%).
- Hulpverleners in de GGZ zullen te maken hebben met mannen die zich in de meeste gevallen in een sociaal isolement bevinden (57%).
- Klantmanagers van de Dienst Werk en Inkomen die mannen ‘in beweging’ willen zetten, zullen vaak te maken hebben met mannen met beperkt geloof in eigen kunnen, een beperkt dagritme, relatief veel psychische en lichamelijke klachten en problemen met bestaansvoorwaarden.

Hier komt bij dat juist mannen met relatief veel verschillende problemen en relatief veel verschillende zorgcontacten, relatief vaak ontevreden zijn met zorg en hulpverleners waar zij contact mee hebben.

Aandacht voor de totale problematiek lijkt dus gewenst. Dit vergt nogal wat tijd en de nodige expertise van professionals die met deze doelgroep te maken hebben. Ook vergt dit de nodige afstemming en samenwerking.

Op basis van onze eerste meting kunnen we het volgende benadrukken voor instanties die met alleenstaande mannen in de bijstand te maken hebben:

- brede blik vereist: het gaat om het totaalbeeld;
- expertise nodig betreffende omgaan met psychische klachten en fysieke beperkingen en motiveren van doelgroep;
- bij voorbaat lijntjes uitzetten om mannen met problemen in bestaansvoorwaarden 'warm' over te kunnen dragen.

Tool – totaalbeeld voor mate van zorgwekkendheid

Om professionals te ondersteunen bij het maken van een totaalbeeld en daarmee te bepalen in hoeverre een cliënt tot de doelgroep van de openbare geestelijke gezondheidszorg behoort, heeft de GGD Amsterdam naar Amerikaans voorbeeld de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM) ontwikkeld (Lauriks et al. 2010). De ZRM ondersteunt hulpverleners bij het bepalen van de zorgbehoefte en het formuleren van een zorg- en begeleidingsaanbod.

Met deze Zelfredzaamheid-Matrix kunnen professionals op relatief snelle, eenvoudige en gestandaardiseerde wijze inschatten hoe cliënten functioneren op een breed spectrum aan leefgebieden. Deze tool blijkt zeer bruikbaar en wordt in een groeiend aantal instellingen in Nederland gebruikt om processen van signalering, toeleiding en ook toegang tot vormen van (OGG)zorg te stroomlijnen. Ook Dienst Werk en Inkomen Amsterdam gaat dit instrument gebruiken om de meest kwetsbare cliënten te signaleren en toe te leiden naar passende zorg/ondersteuning. Hoe de Zelfredzaamheid-Matrix werkt en hoe het instrument is ontwikkeld, leest u in Bijlage 3.1 en op www.zelfredzaamheidmatrix.nl.

6. Signalering kwetsbare groepen

Suggesties betreft het signaleren van kwetsbare mannen uit de doelgroep zijn:

- Een vindplaatsen voor deze doelgroep is naast DWI, de huisarts. In de handleiding "[welzijn op recept](#)" beschrijven Sinnema et al. (2012) hoe een veelbelovende aanpak in te voeren waarbij de huisarts psychosociale klachten bij cliënten signaleert en doorverwijst naar 'welzijnsarrangementen' gericht op het verhogen van draagkracht.
- Tredenindeling niet leidend hanteren om inschatting te maken van de mate van kwetsbaarheid van cliënten. In tegenstelling tot gangbare beleidsveronderstellingen lijkt de re-integratieladder van DWI maar zeer beperkt samen te hangen met de mate van kwetsbaarheid. Ook cliënten hoog op de treden (met meer perspectief op werk) zijn soms zeer kwetsbaar. Re-integratie en zorg/ondersteuning kunnen elkaar aanvullen in plaats van uitsluiten.
- Niet oudere, maar jongere mannen uit de doelgroep lijken kwetsbaarder.
- Tool: de zelfredzaamheid-matrix vormt een bruikbaar instrument om zorgwekkende problematiek te signaleren
- Ook een simpele screener op psychische klachten lijkt bruikbaar om meervoudige problematiek te signaleren.

4.4. Aangrijpingspunten per subgroep

We kunnen de gehele doelgroep alleenstaande mannen niet over een kam scheren en voor vier subgroepen worden tot slot specifieke aanvullende aanbevelingen geformuleerd.

Groep 1: 'Groep waarmee het relatief goed lijkt te gaan'

Hoewel de draagkracht in vergelijking met de andere groepen mannen beduidend hoger is bij deze subgroep, ontbreekt het ook een meerderheid (58%) van deze groep mannen 'die het relatief goed lijkt te gaan' aan voldoende draagkracht. Daarmee lijkt de kans aanwezig, dat de situatie van een deel van deze mannen in de toekomst zal verslechteren.

Preventie van afglijden bij deze subgroep zou zich kunnen richten op:

- inbouwen van een methode om achteruitgang tijdig te signaleren en hierop te handelen.

Groep 2: 'De risicogroep die zelf tevreden lijkt'

Preventieve interventies gericht op de 'risicogroep die zelf tevreden lijkt' worden bemoeilijkt doordat we ernstige problemen constateren bij deze subgroep waar de mannen zelf niet zwaar aan lijken te tillen. Het lijkt daarmee met name aan te komen op de competenties, tijd, caseload en handelingsruimte van de hulpverlener om problematiek te signaleren (met name middelenmisbruik, problematische schulden, zelfverwaarlozing en overlast), de cliënt bewust te maken van dit probleem, de cliënt te motiveren problemen aan te pakken en zich te binden aan eventuele behandeling.

- Creatieve oplossingen om professionals in staat te stellen beoogde gedragsverandering te sorteren lijkt specifiek bij deze subgroep nodig om te voorkomen dat problematiek verder uit de hand loopt.

Groep 3: 'Stille multi-problematiek'

Preventie van verdere maatschappelijke uitval bij de subgroep alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering met 'stille multi-problematiek' zou zich kunnen richten op het:

- signaleren van de totale problematiek;
- herwinnen van regie en zelfvertrouwen en toegang tot sociale en maatschappelijke hulpbronnen te bevorderen met veel aandacht voor het omgaan met psychische en fysieke klachten;
- ondersteunen bij eventuele afstemming rondom de zorg van verschillende instanties/zorgverleners.

Gezien de huidige ontwikkelingen lijkt een waarschuwing voor deze groep op zijn plaats.

Bij 76% van de mannen binnen deze subgroep is afstand tot de arbeidsmarkt te groot (trede 1 en 2) om in aanmerking te komen voor re-integratie vanuit participatiebudgetten. Als de problematiek binnen deze subgroep ook niet ernstig genoeg is om in aanmerking te komen voor de aanpak kwetsbare huishoudens (WMO), dan lijkt deze groep tussen wal (re-integratie) en schip (WMO) te belanden.

Bevorderen/ in stand houden van participatie

Juist bij de groep ondervraagden met 'stille multiproblematiek' lijkt het bevorderen of in stand houden van participatie belangrijk, vanwege de gebrekkige draagkracht en de lage eigen regie.

We schrijven 'in stand houden', omdat toen we de vragenlijsten afnamen in 2009-2010, de gemeente Amsterdam nog een zeer actief participatiebeleid uitvoerde voor alle bijstandsccliënten. Ook voor cliënten met een grote afstand tot de arbeidsmarkt. Waarschijnlijk mede dankzij de participatieplicht en de maatschappelijke en sociale activeringsplaatsen (MAP, SAP) waar mannen *destijds* aan geacht werden deel te nemen, constateren we dat deze groep kwetsbare mannen *destijds* niet veel minder participeerde (50% feitelijke participatie) dan de groep waar het relatief goed mee gaat (62% feitelijke participatie).

Nu er minder geld beschikbaar is voor participatiebevordering voor mannen met een grotere afstand tot de arbeidsmarkt (en MAP en SAP plekken niet langer bestaan), en ook de participatieplicht voor mannen in trede 2 is komen te vervallen, bestaat het risico dat de participatiegraad met name onder kwetsbare mannen met een beperkte regie verder zal dalen. Dit kan nadelige gevolgen hebben. We hebben in dit onderzoek namelijk gezien dat maatschappelijke participatie een belangrijke bouwsteen in de totale draagkracht van de mannen vormt. Valt deze bouwsteen weg, dan blijft er weinig over van de al beperkte draagkracht bij deze subgroep mannen. Dit kan op zijn beurt weer leiden tot indicaties van zorgwekkend functioneren.

Rol voor operationele teams kwetsbare huishoudens?

We hebben deze subgroep aangemerkt als matig zorgwekkend. Mannen in deze subgroep kampen met meervoudige problematiek, ervaren een relatief lage kwaliteit van leven, hebben relatief veel verschillende zorgcontacten en beschikken over onvoldoende draagkracht om de situatie op eigen kracht met behulp van het sociale en maatschappelijke steunsysteem te verbeteren. Daarnaast vinden we weinig aanwijzingen dat deze subgroep mannen niet bereid zal zijn hulp te accepteren. Daarmee lijkt er een potentieel belangrijke rol weggelegd voor de zogenaamde operationele teams kwetsbare huishoudens om deze subgroep mannen met meervoudige problematiek bij te staan in het verhogen van hun draagkracht en eventueel te ondersteunen bij de afstemming van zorg geboden door verschillende aanbieders.

Signaleren

Veel van deze mannen zijn al in beeld bij verschillende instellingen: naar schatting 30% bij GGZ, 18% bij maatschappelijk werk en uiteraard 100% bij DWI. Daarnaast bezoekt de groep ook regelmatig de huisarts. Partijen die psychische klachten signaleren bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering, kunnen er bijna zeker van zijn dat er veel tegelijk aan de hand is en dat er sprake is van een ketenoverstijgende zorgbehoefte.

Groep 4: 'Zorgwekkende multi-problematiek?'

Bij de groep ondervraagden met zorgwekkende multi-problematiek lijkt het vooral zaak deze problematiek te signaleren en de personen toe te leiden naar zorg/ondersteuning gericht op het aanpakken van zware multi-problematiek. Na diagnose zal een deel van deze groep wellicht geschikt zijn voor ketenoverstijgende zorg/ondersteuning zoals geboden wordt door de operationele teams / MSS. Ook zal een deel te zwaar zijn voor deze soort ondersteuning en in aanmerking komen voor de zwaardere OGGz – keten.

4.5. Vervolg

Huidig onderzoek zal doorlopen tot maart 2014. Op basis van reeds beschikbare financiën zullen we in 2012 de groep ondervraagden nog eens enquêteren om te zien hoe de situatie tussen 2010 en 2012 is veranderd. Aan de hand van deze vervolgmeting zien we (a) hoeveel mannen werkelijk afglijden naar OGGz doelgroepen en (b) verkrijgen we meer inzicht in oorzaken van afglijden en opklimmen.

Met deze inzichten hopen we meer aangrijpingspunten te kunnen formuleren ten behoeve van een effectieve aanpak ter preventie van OGGz problematiek bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.

Mankracht in de bijstand?

Volledige rapport: de nodige details

Inhoud

[Terug naar leeswijzer](#)

Deel I	
Over het onderzoek	38
1. Achtergrond & probleemstelling.....	39
1.1. Probleemstelling.....	39
1.2. Uitwerking vraagstelling	40
1.3. Stappen om de hoofdvraag te beantwoorden	42
2. Eerste kennismaking met de doelgroep	48
2.1. De belangrijke rol van de doelgroep	48
2.2. Hoe groot is de doelgroep?.....	49
2.3. Inclusiecriteria voor onderzoek	49
2.4. Achtergrondkenmerken van doelgroep en representativiteit van steekproef.	49
Deel 2	
Hoe staat het met de leef- en gezondheidssituatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering op afzonderlijke domeinen?	53
3. Ziektebelasting in beeld	54
3.1. Lichamelijke gezondheid in beeld	54
3.2. Psychische klachten in beeld	55
3.3. Problematisch middelengebruik in beeld	55
3.4. Totale ziektebelasting in beeld.....	56
4. Draagkracht in beeld	58
4.1. Draagkracht?	58
4.2. Sociale hulpbronnen in beeld.....	60
4.3. Maatschappelijke hulpbronnen in beeld	62
4.4. Zinvolle dagstructuur in beeld.....	66
4.5. Persoonlijke hulpbronnen in beeld.....	68
4.6. Totale draagkracht in beeld	70
5. Zorggebruik in beeld.....	72
5.1. Zorgcontacten	72
5.2. Contact met huisarts	73
5.3. Gebruik van GGZ naar psychische ziektebelasting	74
6. Indicaties van zorgwekkend functioneren	75
6.1. Indicaties van zorgwekkend functioneren?	75
6.2. Financiële problemen in beeld.....	76

6.3. Gebrekkige zelfzorg in beeld	76
6.4. Ontoereikende huisvesting in beeld	76
6.5. Recente suïcidepogingen in beeld.....	77
6.6. Burenoverlast in beeld.....	78
6.7. Totaalbeeld indicatie(s) van zorgwekkend functioneren.....	78
7. De situatie vanuit het cliënt perspectief	79
7.1. Hoe waarderen respondenten de kwaliteit van hun leven?	80
7.2. Met welke leefgebieden zijn de mannen het meest (on)tevreden?.....	81
7.3. Welke leefgebieden hangen sterkst samen met de kwaliteit van leven?	82
7.4. Welke leefgebieden wensen respondenten te verbeteren?.....	84
7.5. Geloven de mannen dat de gewenste verbetering mogelijk is?	86
7.6. Krijgen en willen de mannen formele zorg of ondersteuning bij wensen?	87
7.7. Gaan mannen zelf hulp zoeken?.....	89
Deel 3	
Met welke constellatie aan lasten en krachten hebben (subgroepen) alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam tegelijk te maken?	91
8. Naar een totaalbeeld	92
8.1. Relaties tussen ziektelast, draagkracht en zorgwekkend functioneren.....	92
8.2. Onderscheiden van relevante subgroepen	94
9. Exploratie lasten en krachten bij vier subgroepen.....	95
9.1. Groep 1- De groep waar de minste problemen samenkomen.	97
9.2. Groep 4 - De groep waar de meeste problemen samenkomen.	98
9.3. Groep 2- De 'middengroep' met indicaties van zorgwekkend functioneren.	100
9.4. Groep 3- De 'middengroep' met psychische klachten.	102
10. Welke constellaties aan lasten en krachten onderscheiden bij de subgroepen?	104
10.1. Een passende naam voor elk van de subgroepen	104
10.2. Opvallende verschillen in achtergrondkenmerken tussen de risicogroepen:.....	106
10.3. Uitgelicht: risicogroepen en de re-integratieladder.....	107
10.4. Uitgelicht: risicogroepen en stadsdelen.....	112
Deel 4	
Hoe zorgwekkend is de situatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering?	113
11. Conclusie en aanbevelingen	114
11.1. Hoe zorgwekkend is de situatie van de onderzoeksgroep?	114
11.2. Beperkingen van de studie.....	116
11.3. Aangrijpingspunten voor preventie per subgroep.....	120
11.4. Algemene aangrijpingspunten	122
Referenties	128

Deel I

Over het onderzoek

1. Achtergrond & probleemstelling
2. Eerste kennismaking met de doelgroep

1. Achtergrond & probleemstelling

1.1. Probleemstelling

Aanleiding

De risicogroepen binnen het domein van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz), zoals huishoudens die dreigen te worden uitgezet of die gemeld worden bij de meldpunten zorg en overlast, bestaan voor een groot deel uit alleenstaande mannen.

- 60% van de mensen die uit huis worden gezet is alleenstaande man.
- 66% van recent daklozen is alleenstaande man en de helft hiervan ontving een bijstandsuitkering op het moment van huisuitzetting
- Bijna 50% van meldingen bij het meldpunt zorg en overlast betreft alleenstaande mannen.

Doelstelling lopend onderzoek

We hadden aanwijzingen dat maatschappelijke uitval relatief vaak voorkomt bij alleenstaande mannen zonder betaald werk maar hadden nauwelijks een beeld van de leef- en gezondheidssituatie van deze groep. Een eerste stap om te komen tot een effectieve aanpak ter preventie van OGGz-problematiek was dan ook nader onderzoek.

Kader 1. Kadernota volksgezondheidsbeleid Amsterdam 2008 – 2011 over alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering (p. 31):

“De eerste stap is nader onderzoek naar de problematiek onder deze groep, om aanknopingspunten te vinden voor de preventie van OGGz-problematiek. Daarna volgt de ontwikkeling en implementatie van een interventie ter preventie van deze problematiek.

Vraagstelling rapport

Om meer inzicht te krijgen in de leef- en gezondheidssituatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering hebben we in 2009 Project Mankracht opgezet: een vijfjarig onderzoek waarin de mannen zelf een actieve rol spelen. Het betreft een longitudinaal onderzoek waarin een cohort mannen twee maal geënquêteerd wordt. In onderhavig rapport doen we verslag van de basismeting die heeft plaats gevonden in 2009-2010.

De hoofdvraag die we willen beantwoorden is:

- Hoe ‘zorgwekkend’ is de situatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering?

Deze hoofdvraag beantwoorden we aan de hand van de volgende subvragen:

- Hoe staat het met de leef- en gezondheidssituatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering op afzonderlijke domeinen?
- Met welke constellatie aan lasten en krachten hebben (subgroepen) alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam tegelijk te maken?

1.2. Uitwerking vraagstelling

Mate van zorgwekkendheid

In onderhavig rapport proberen we te weten te komen hoe 'zorgwekkend' de situatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering is. Een situatie is hierbij zorgwekkender naarmate (a) de gecombineerde problematiek ernstiger is vanuit het perspectief van het individu en/of de gemeenschap en (b) de kans kleiner is dat het individu problemen op eigen kracht, met behulp van zijn sociale en maatschappelijke hulpbronnen kan of wil aanpakken.

Kort gezegd: hoe zorgwekkender de situatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering, hoe meer reden iets te doen aan de situatie waarin deze doelgroep verkeert.

In welke mate een situatie als onacceptabel wordt beschouwd en interventie derhalve geboden is, kan in ieder geval vanuit twee perspectieven worden gezien (Wolf, 2002) : (a) morele verantwoordelijkheid voor de gezondheid en het welzijn van kwetsbare mensen vanuit een zorgperspectief (b) bescherming tegen schade die kwetsbare mensen de gemeenschap kunnen berokkenen vanuit een openbare ordeperspectief. In het begrip zorgwekkendheid komen beide van de perspectieven tot uiting maar wel in combinatie met elkaar.

Problematiek bij doelgroepen van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

De 'mate van zorgwekkendheid' van de situatie wordt vooral bepaald door de mate waarin een individu of specifieke groep burgers 'buiten de boot valt' en in een voor de gemeenschap onacceptabele positie verkeert. In een verzorgingsstaat als Nederland komt het erop neer dat er ondanks ingebouwde vangnetten, zorgarrangementen en sociale voorzieningen, toch een kleine groep mensen is die buiten de boot valt, niet in eigen bestaansvoorwaarden kan voorzien (bijvoorbeeld daklozen) en ook niet op eigen kracht (informele hulpbronnen), of met reguliere hulp (formele hulpbronnen), het tij kan of wil keren. Dikwijls komen deze mensen in beeld, niet omdat zij zelf om hulp vragen maar omdat anderen zich zorgen maken of last van hen hebben. Op deze ongefortuneerde doelgroep richt zich de individuele Openbare Geestelijk Gezondheidszorg en deze doelgroep bestaat voor een relatief groot deel uit alleenstaande mannen.

Kader 2. Kenmerken van problematiek die speelt bij doelgroepen van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz). bron: Bransen & Wolf, 2001

Problematiek bij de heterogene doelgroep van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz) kan vanuit het perspectief vanuit de professional als volgt worden getypeerd:

- niet of niet voldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien (dak boven het hoofd, voedsel, inkomen, sociale contacten, zelfverzorging);
- meerdere problemen tegelijkertijd hebben, waaronder bijvoorbeeld sociaal isolement, verwaarlozing van eigen lichamelijk functioneren en dat van eventuele kinderen, problemen met (huiselijk) geweld, vervuiling van woonruimte en of van woonomgeving, overlastgevend gedrag, gebrek aan vaste of stabiele woonruimte, schulden, psychische problemen en verslavingsproblemen;
- vanuit het perspectief van professionele hulpverleners niet de zorg krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven, én;
- geen hulpvraag stellen waar de reguliere hulpverlening een antwoord op heeft. Familie, burens en omstanders vragen meestal om hulp, waardoor vaak sprake is van ongevraagde bemoeienis of hulpverlening

De constellatie aan problemen die vaak worden aangetroffen bij doelgroepen van de OGGz, wordt getypeerd in kader 2.

De problematiek die speelt bij (groepen) mensen die 'buiten de boot' vallen, is voor een deel op kenmerken van het individu terug te voeren zoals in kader 2 wordt gedaan, maar ook voor een belangrijk deel terug te voeren op kenmerken van 'de boot' (gemeenschap) waar mensen buiten vallen. Hoe snel vaart de boot bijvoorbeeld? En vaart de boot op ruwe zee? Zijn er relingen om te voorkomen dat er mensen overboord vallen? En staan er wachters aan deze relingen die mensen waarschuwen als zij de rand te dicht naderen?

De aard van de problematiek die speelt bij doelgroepen van de openbare geestelijke gezondheidszorg op een bepaald moment, binnen een bepaalde gemeente, is sterk afhankelijk van bijvoorbeeld de geldende normen (wanneer is een situatie onacceptabel? in hoeverre is de overheid/gemeente/burger verantwoordelijk?), bestaande zorgstructuren (in hoeverre is zorg/ondersteuning voor iedereen toegankelijk? waar houdt reguliere zorg op?), eisen die de samenleving aan individuen stelt om 'normaal' mee te kunnen draaien (complexiteit van samenleving, concepties van ideaal burgerschap) en veranderingen op macro niveau die de kansen buiten de boot te vallen in het algemeen en voor specifieke groepen beïnvloeden (conjunctuur, arbeidsmarkt, woningmarkt, sociaal beleid).

Nadruk op individuele kenmerken

In het lopende onderzoek gaan we op zoek naar individuele kenmerken die in interactie met de sociaal-maatschappelijke omgeving voor- en nadelig blijken te zijn. We willen weten welke (combinatie van) problemen en krachten bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering kunnen verklaren waarom de ene man afglijdt en de ander opklimt, binnen de huidige maatschappelijke context. Hier willen we lering uit trekken om uiteindelijk structurele verbeteringen of interventie programma's te kunnen ontwerpen die ervoor gaan zorgen dat alleenstaande mannen minder dan nu het geval is, deel gaan uitmaken van doelgroepen van de OGGz. De dynamiek van afglijden en opklimmen kunnen we nog niet in dit rapport beschrijven. Op basis van onze eerste meting is ons doel dan ook minder ambitieus.

1.3. Stappen om de hoofdvraag te beantwoorden

Drie stappen

Stap 1. Eerst onderscheiden we een aantal afzonderlijke domeinen en componenten waarmee we de leef- en gezondheidssituatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering beschrijven.

- Hoe staat het met de leef- en gezondheidssituatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering op afzonderlijke domeinen?

Stap 2. Vervolgens combineren we deze losse domeinen en componenten in een totaalbeeld waaruit blijkt met welke constellatie aan lasten en krachten deze doelgroep tegelijk kampt, op dit moment, binnen de huidige sociaal-maatschappelijke context.

- Met welke constellatie aan lasten en krachten hebben (subgroepen) alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam tegelijk te maken?

Stap 3. Tot slot maken we een kwalitatieve inschatting van de mate van zorgwekkendheid van de situatie waarin alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering verkeren en kunnen we bepalen: (a) in hoeverre maatregelen op zijn plaats zijn om verdere maatschappelijke uitval bij alleenstaand mannen met een bijstandsuitkering te voorkomen en (b) welke specifieke constellaties aan problemen er spelen bij deze doelgroep waarop dergelijke maatregelen kunnen aangrijpen.

- Hoe 'zorgwekkend' is de situatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering?
 - In hoeverre vraagt de situatie waarin alleenstaande mannen met een bijstand verkeren om maatregelen ter preventie van verdere maatschappelijke uitval
 - Welke aangrijpingspunten voor preventieve maatregelen kunnen we formuleren?

Stap 1. hoe staat het met de leef- en gezondheidssituatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering op afzonderlijke domeinen?

De domeinen (en componenten) waarmee we het totaalbeeld opbouwen hebben betrekking op een subjectieve en normatieve zorgbehoefte.

Met normatieve zorgbehoeften doelen we op kwetsbaarheden in de leef- en gezondheidssituatie van de doelgroep die we op zo objectief mogelijke wijze proberen vast te stellen: wij bepalen de afkappunten en maken het verschil tussen bijvoorbeeld wel of geen psychische klachten en wel of niet eenzaam.

Met subjectieve zorgbehoefte bedoelen we de zorgbehoefte zoals ondervraagden die zelf formuleren, ervaren en waarderen naar hun eigen subjectieve standaard.

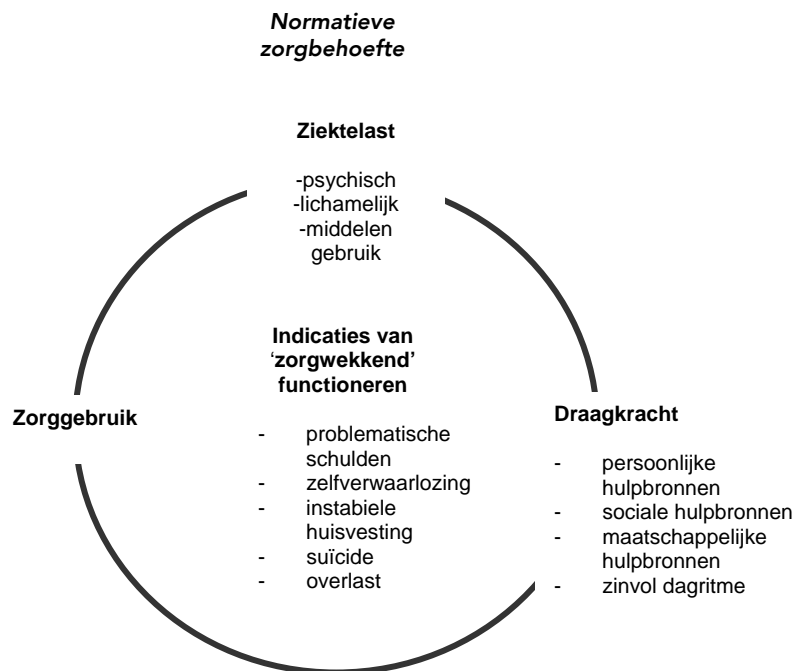
Normatieve zorgbehoefte

We brengen de normatieve zorgbehoefte in beeld aan de hand van de volgende domeinen:

1. *De ziektelast* (psychische klachten, fysieke aandoeningen en beperkingen, problematisch middelengebruik)
2. *De draagkracht* (mate waarin mannen toegang hebben tot persoonlijke, sociale en maatschappelijke hulpbronnen en een zinvol dagritme)
3. *Zorggebruik* (formele zorgcontacten)
4. *Indicaties van zorgwekkend functioneren* (mate waarin mannen in eigen bestaansvoorwaarden worden bedreigd of die van anderen schaden: problematische financiën, zelfverwaarlozing, ontoereikende huisvesting, suïcidepoging, overlast).

De mate van kwetsbaarheid op deze componenten bepalen we door zo mogelijk te vergelijken met de algemene bevolking en waar mogelijk gebruik te maken van normscores bij gehanteerde meetinstrumenten. Waar dergelijke 'normeringen' ontbreken, zullen we zelf op zo transparant mogelijke wijze de gehanteerde norm beschrijven om onderstaande deelvragen te beantwoorden:

- Hoe staat het met de ziektelast van de mannen?
- Hoe staat het met de draagkracht van de mannen?
- Hoe staat het met de zorgcontacten van de mannen?
- In hoeverre vinden we indicaties van 'zorgwekkend' functioneren bij de mannen?



Figuur 1. Conceptueel kader: normatieve zorgbehoefte wordt bepaald door ziektelast, draagkracht, zorggebruik en centraal staan indicaties van zorgwekkend functioneren

Een overzicht van de domeinen (en componenten) waarmee we de normatieve zorgbehoefte opbouwen alsmede de instrumenten waarmee we deze begrippen hebben gemeten ziet u terug in tabel 1. In bijlage 2.2 vindt u een gedetailleerde beschrijving van vermelde meetinstrumenten en gehanteerde afkappunten.

Tabel 1. Domeinen, componenten en meetinstrumenten gebruikt voor normatieve zorgbehoefte

Ziektelast		
Lichamelijke Gezondheid	Chronische somatische aandoeningen	Basis vragenset Chronische aandoeningen (LMNV)
	Fysiek functioneren	'Fysiek functioneren' schaal uit RAND-36
Psychische gezondheid		Kessler Psychological Distress Scale (K10)
		Brief Jail Mental Health Screener (BJMHS)
Problematisch Middelengebruik	Alcoholafhankelijkheid	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)
	Cannabisgebruik	Frequentie cannabisgebruik
	Overige drugs	Frequentie harddrugsgebruik
Draagkracht		
Persoonlijke Hulpbronnen		
Coping skills		Verkorte Utrechtse Coping Lijst (UCL)
Persoonlijke empowerment:	Zelfvertrouwen	Self-Competence/Self-Liking –Revised
	Regie over eigen leven	Pearlin Mastery Scale
Geletterdheid	Beheersing NL taal	Zelf gerapporteerde mate van beheersing schrijven, lezen, spreken, verstaan van NL taal
	Bureaucratische vaardigheden	Zelf gerapporteerde mate van moeite met formulieren invullen
	Computervaardigheden	Frequentie van computergebruik
	Startkwalificatie	Opleidingsniveau tenminste havo/lbo
Sociale Hulpbronnen		
Omvang sociaal netwerk		Grootte persoonlijk sociaal netwerk
Eenzaamheid		Verkorte eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld
Sociale steun		Social Support List – Interactions
Maatschappelijke Hulpbronnen		
Feitelijke participatie		Aangepaste lijst Nivel participatie monitor
Gevoelens van maatschappelijke inclusie		Meetinstrument ontwikkeld: gevoelens van Maatschappelijke Inclusie / Exclusie ($\alpha = .79$)
Zinvol dagritme		
Mate van dagstructuur		Meetinstrument ontwikkeld: Structuur in Dagelijks Leven (SDL-5) ($\alpha = .70$)
Gevoelens van zingeving		Subschaal "meaning" uit verkorte Sense of Coherence Lijst ($\alpha = .62$)
Zorggebruik		
Zorgcontacten		Aangepaste lijst 'zorggebruik'- LNMV
Indicaties van zorgwekkend functioneren		
Stabiele toereikende huisvesting		4 indicatoren
Zelfzorg		3 indicatoren
Financien		5 indicatoren
Suicidepoging in afgelopen 12 maanden		Zelfgerapporteerde zelfmoordpoging in afgelopen jaar
Overlast		Zelfgerapporteerde overlast veroorzaakt bij bureaus

Subjectieve ondersteuningsbehoefte

De subjectieve ondersteuningsbehoefte reflecteert de problemen en wensen zoals de doelgroep deze zelf beleeft en formuleert. Bij de subjectieve ondersteuningsbehoefte staat de subjectieve kwaliteit van leven centraal. Het gaat hierbij om de waardering van de kwaliteit van leven in het algemeen en de waardering van specifieke leefgebieden naar de eigen levensstandaard, wensen en verwachtingen van de betrokkenen. Vragen die we in dit rapport willen beantwoorden zijn:

Kwaliteit van leven

- Hoe waarden mannen de kwaliteit van hun leven in het algemeen?
- Over welke leefgebieden zijn de mannen het meest (on)tevreden?

Wensen

- Welke verbeteringen wensen mannen om een betere kwaliteit van leven te bereiken?
- Geloven de mannen dat beoogde verbetering mogelijk is?

Hulpbehoefte

- In hoeverre krijgen en willen mannen formele ondersteuning bij het realiseren van hun wensen?
- Op welke leefgebieden zijn mannen meer en minder bereid formele ondersteuning te accepteren?
- Zijn de mannen van plan zelf hulp te zoeken?
- Weten mannen waar ze heen moeten voor hulp?

Door tot slot te analyseren welke leefgebieden het sterkst samenhangen met kwaliteit van leven in het algemeen, krijgen we een beeld van succesvolle aanpassingstrategieën: leefgebieden die voor alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering (onbewust) het meeste verschil kunnen uitmaken.

- Welke leefgebieden hangen het sterkst samen met een hogere kwaliteit van leven?

Het is hierbij vooral interessant een vergelijking te maken tussen leefgebieden die de mannen zelf (bewust) noemen als verbeteronderwerpen en leefgebieden die uit analyse (onbewust) het meeste verschil in kwaliteit van leven kunnen verklaren.

Tabel 2. instrumenten om kwaliteit van leven, wensen en hulpbehoefte te meten

Algemene kwaliteit van leven	Rapportcijfer tevredenheid met kwaliteit van leven
Tevredenheid met leefgebieden	Rapportcijfer tevredenheid met 9 verschillende leefgebieden
Wensen	2 onderwerpen die mannen willen verbeteren om KvL met 1 punt te doen stijgen
Intenties & Subjectieve Hulpbehoefte	Mate waarin respondenten: - geloven dat wensen realiseerbaar zijn - hulp accepteren bij wensen - van plan zijn hulp te gaan zoeken bij realiseren van wensen - weten waar zij hulp kunnen vinden

Stap 2. Bouwen van totaalbeeld: welke constellaties van lasten en krachten kunnen we onderscheiden bij relevante subgroepen?

Uiteindelijk willen we een totaalbeeld schetsen van de leef- en gezondheidssituatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering om een idee te krijgen van het soort problemen waar de groep mannen tegelijk mee kampt.

Om tot een totaalbeeld te komen verkennen we relaties tussen de domeinen (en componenten) en kiezen we relevante criteria op basis waarvan we een aantal subgroepen onderscheiden.

Een van de criteria waarlangs we subgroepen onderscheiden zal het al dan niet vertonen van indicaties van zorgwekkend functioneren zijn. Niet kunnen voorzien in eigen bestaansvoorwaarden en/of het schaden van anderen staat immers centraal in het (OGGz) perspectief van waaruit we huidig onderzoek uitvoeren.

Eventuele andere criteria zijn relevanter naarmate deze (a) sterker samenhangen met indicaties van zorgwekkend functioneren en andere domeinen van de totale problematiek ; (b) relatief eenvoudig te screenen zijn en (c) in combinatie met indicaties van zorgwekkend functioneren een indeling genereert die duidelijk verschillende subgroepen oplevert wat betreft overige lasten en krachten en achtergrondkenmerken.

Wanneer subgroepen gekozen zijn, exploreren we per subgroep de constellatie aan lasten, krachten en demografische kenmerken die deze groep typeert ten opzichte van de andere subgroepen en en 'labelen' we elke groep met de meest in het oog springende problematiek..

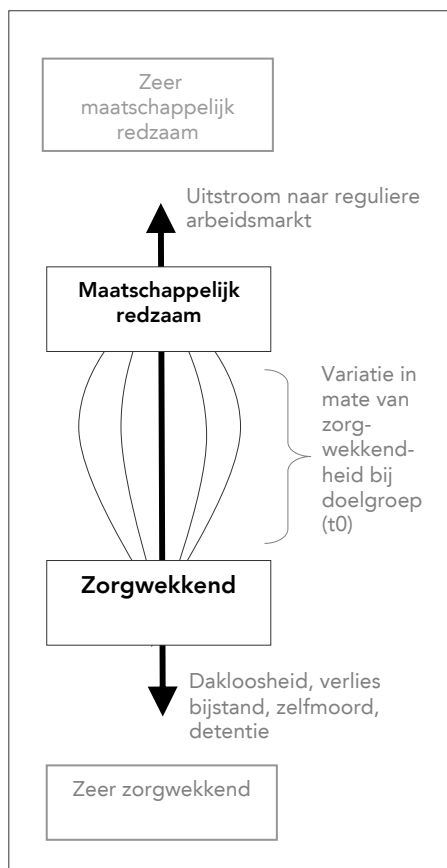
Stap 3. Totaaloordeel: hoe zorgwekkend is de situatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering?

Op basis van de constellatie aan lasten en kracht die we aantreffen bij elk van de subgroepen maken we tot slot een kwalitatieve inschatting van de mate van 'zorgwekkendheid' van elk van deze subgroepen. Vooraf stellen we op basis van de inclusiecriteria van onze steekproef vast dat de situatie van de onderzochte groep zelfstandig wonende mannen met een bijstandsuitkering tijdens de basismeting in 2009-2010 kan variëren tussen 'zorgwekkend' en 'maatschappelijk redzaam' (als positieve formulering van nauwelijks zorgwekkend).

De 'mate van zorgwekkendheid' van de situatie waarin alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering zich bevinden, is voor te stellen als een complex en multidimensionaal continuüm waarbij de mate van zorgwekkendheid toeneemt naarmate het samenspel van *lasten* (ziektelast, indicaties van zorgwekkend functioneren) en *krachten* (draagkracht, subjectieve waardering van de kwaliteit van leven) negatiever uitpakt voor individu en gemeenschap.

Aan de bovenkant van het denkbeeldige spectrum staan 'maatschappelijk redzame' bijstandsgerechtigden. Ondanks het feit dat deze mannen geen betaald werk verrichten, zijn deze mannen, binnen de context van de gemeenschap (gemeente) waar zij deel van uitmaken, en de ziektelast waar zij mee kampen, in staat om persoonlijke, sociale en maatschappelijke hulpbronnen te mobiliseren, daarmee in eigen bestaansvoorwaarden te voorzien (overleven) en een acceptabele kwaliteit van leven te realiseren zonder inbreuk te doen op bestaansvoorwaarden van anderen (samenleven).

De situatie van deze groep mannen kan per definitie nog verbeteren vanuit het perspectief van individu en gemeenschap wanneer zij (zonder verslechtering op andere domeinen) een inkomen, mogelijke status, dagstructuur en zingeving verwerven op de reguliere arbeidsmarkt of op andere wijze 'beter' kunnen voldoen aan heersende concepties van ideaal (actief) burgerschap.



Figuur 2. Conceptuele weergave van normatief en multidimensionaal continuüm waarop de situatie van bijstandsgerechtigde alleenstaande mannen tijdens de basismeting kan variëren tussen nauwelijks zorgwekkend en zorgwekkend.

Aan de bodem van het denkbeeldige spectrum geven we een situatie het krachtige predicaat 'zorgwekkend' als de gecombineerde problematiek van ondervraagden zich uitspreid over meerdere leefgebieden, gepaard gaat met indicaties van zorgwekkend functioneren en een beperkte draagkracht om het tij 'op eigen kracht' met behulp van informele en formele hulpbronnen te keren. Per definitie kan ook de situatie van deze groep *zelfstandig wonende mannen met een bijstandsuitkering* nog verslechteren wanneer zij (onder overigens gelijkblijvende omstandigheden) verder door de bodem zakken en hun huis of bijstand zouden verliezen.

Tussen deze twee beschreven uitersten kunnen mannen uit de doelgroep middenposities innemen en hoe we deze zullen benoemen hangt af van de aard en ernst van de gecombineerde problematiek die we bij betreffende subgroepen aantreffen.

Door (subgroepen van) ondervraagden te positioneren op het denkbeeldige spectrum in figuur 2 proberen we een beeld te schetsen van de mate van zorgwekkendheid waarin deze doelgroep zich bevindt. Het moge duidelijk zijn dat het resultaat van deze exploratie uiteindelijk een grove schatting oplevert en dat het kader van waaruit we uiteindelijk een totaaloordeel vellen verdere uitwerking behoeft.

Toch menen we met de gekozen benadering een voorlopig antwoord te kunnen geven op de vraag of maatregelen ter preventie van verdere maatschappelijke uival nodig lijken voor de doelgroep alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.

Tevens lijkt de gekozen benadering geschikt om op basis van de constellatie aan lasten en krachten die spelen bij ondervraagden aangrijpingspunten te kunnen formuleren die richting kunnen geven aan een preventieve aanpak voor deze doelgroep.

2. Eerste kennismaking met de doelgroep

2.1. De belangrijke rol van de doelgroep

De doelgroep zelf speelt een cruciale rol in de uitvoering van dit onderzoek.

Ongeveer vijftig alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam hebben meegewerkt aan Project Mankracht: een maatschappelijke activeringsplaats waarbinnen de mannen eerst dertien dagdelen getraind werden om interviews af te nemen en hier vervolgens mee aan de slag gingen. Project Mankracht omvatte meer dan alleen interviews afnemen en we zijn bezig dit activeringsproject te beschrijven en evalueren. Voor dit rapport is het vooral belangrijk te benadrukken dat deze vijftig mannen ervoor hebben gezorgd dat we nu voor het eerst voldoende data hebben om een betrouwbaar beeld van de leef- en gezondheidssituatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering te kunnen schetsen.

De mannen van Mankracht hebben hiervoor gezorgd door:

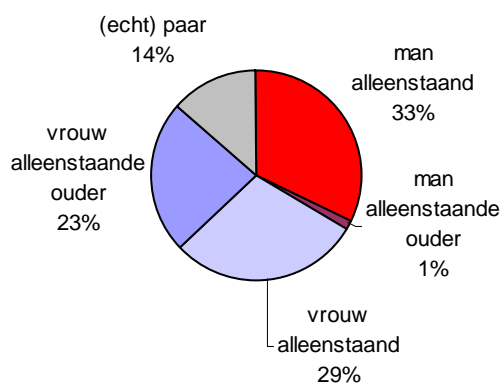
- Mee te denken in het samenstellen van de vragenlijst;
- Mee te denken in hoe de doelgroep te benaderen (aanpassen van materialen; inrichting veldwerk);
- De benadering van respondenten uit te voeren (elke respondent tien keer telefonisch benaderen en drie keer op huisbezoek);
- Persoonlijk vragenlijsten af te nemen (bij respondent thuis of op andere locatie);
- Mee te denken bij interpretatie van onderzoeksresultaten;
- Als 'doelgroepexperts' mee te werken aan het presenteren van onderzoeksresultaten aan het beleid en het werkveld.



2.2. Hoe groot is de doelgroep?

Ongeveer een derde van alle mensen met een Nederlandse bijstandsuitkering (WWB) is alleenstaande man. Dit zijn in totaal ongeveer 93.000 alleenstaande mannen tussen de 25-65 jaar oud in Nederland.

Samenstelling van 290.580 bijstandsgerechtigden tussen 25-65 jaar in Nederland



Figuur 3. Verdeling van 290.580 bijstandsgerechtigden van 25-65 jaar in Nederland (WWB/WIJ uitkering) naar levenssituatie en geslacht. Bron: CBS, maart 2011.

2.3. Inclusiecriteria voor onderzoek

In december 2008 voldeden 9200 cliënten van Dienst Werk en Inkomen (DWI) in de gemeente Amsterdam aan de volgende inclusiecriteria van dit onderzoek:

- o Man;
- o Ontvangt WWB uitkering in Amsterdam;
- o Trede 1 t/m 4;
- o Leeftijd: 23-65 jaar;
- o Woonsituatie: zelfstandig, alleenwonend;
- o Niet – als speciale doelgroep geregistreerd.

Uit dit steekproefkader van 9200 cliënten hebben we een willekeurige steekproef van 1800 cliënten geselecteerd. In bijlage 2.2. leest u meer details over de benadering en non-respons van deze 1800 cliënten.

2.4. Achtergrondkenmerken van doelgroep en representativiteit van steekproef.

Van onze aselecte steekproef (n=1800) hebben we uiteindelijk 26% geïnterviewd (n=472). De vraag is nu of de resultaten uit deze 472 interviews een representatief beeld geven van de gehele populatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam (n=9200). Misschien hebben bepaalde groepen mannen (bijvoorbeeld ouderen of juist jongeren, zieke mensen of juist gezonde mensen, hoger opgeleiden of juist lager opgeleiden) minder vaak meegedaan aan het onderzoek en geven de resultaten een vertekend beeld van de totale groep. Dit gaan we na door een aantal achtergrondkenmerken van de groep respondenten (n=472) te vergelijken met de totale populatie groep (n=9200).

Tabel 3. Demografische kenmerken van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering (AMBU's) in Amsterdam vergeleken tussen responsgroep (n=472) en gehele populatie uit steekproefkader (n=9200) .*

	Populatie AMBU's Amsterdam (n=9200)		Responsgroep AMBU's (n=472)		Verskil responsgroep t.o.v. populatie
	n	%	n	%	%
<i>Leeftijd in categorieën</i>					
23 - 29 jaar	426	4,6	17	3,6	-1
30 - 39 jaar	1619	17,6	71	15,0	-2,6
40 - 49 jaar	2888	31,4	133	28,2	-3,2
50 - 59 jaar	3022	32,8	190	40,3	+7,5
60 - 64 jaar	1245	13,5	61	12,9	+0,6
<i>Totaal</i>	9200	100	472	100	
<i>Opleidingsniveau²</i>					
basisonderwijs	1200	17,5	61	16,4	-1,1
mavo/lbo	2471	36,1	133	35,8	-0,3
havo/vwo/mbo	2180	31,8	119	32,0	+0,2
hbo/wo	999	14,6	59	15,9	+1,3
<i>Totaal</i>	6850	100	372	100	
<i>Trede op re-integratieladder</i>					
1	3601	39,1	174	36,9	-2,2
2	2642	28,7	150	31,8	+3,1
3	2545	27,7	133	28,2	+0,5
4	412	4,5	15	3,2	+1,3
<i>Total</i>	9200	100	472	100	

*Bron: registratie Dienst Werk en Inkomen, Amsterdam 2008

Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de populatie zelfstandig wonende mannen met een bijstandsuitkering tussen de 23-65 jaar in Amsterdam is 48,7 jaar. Slechts 22% van de mannen is jonger dan veertig en 46% van de totale groep is vijftig jaar of ouder.

De gemiddelde leeftijd van de mannen in de steekproef is ruim een jaar hoger (49,8 jaar; SD 9,6) dan in de totale groep (48,7 jaar; SD 10,0). We hebben iets (7,5%) teveel oudere mannen uit de leeftijdscategorie 50-59 geïnterviewd.

² Cijfers wat betreft opleidingsniveau in tabel 1 zijn gebaseerd op de registratie van de dienst werk en inkomen (DWI). Niet voor alle cliënten zijn deze gegevens beschikbaar. Op basis van gegevens uit de vragenlijst vinden we andere cijfers wat betreft opleidingsniveau. Op basis van de zelf gerapporteerde gegevens vinden we vier bijna gelijk verdeelde groepen: 26% laagst; 27% lager; 23% middelaar en 25% hoog opgeleiden. In de rest van dit rapport hanteren we dit zelf gerapporteerde onderwijsniveau. Om representativiteit te toetsen zijn de registratie cijfers gebruikt omdat deze voor beide groepen op vergelijkbare wijze beschikbaar zijn.

Opleiding

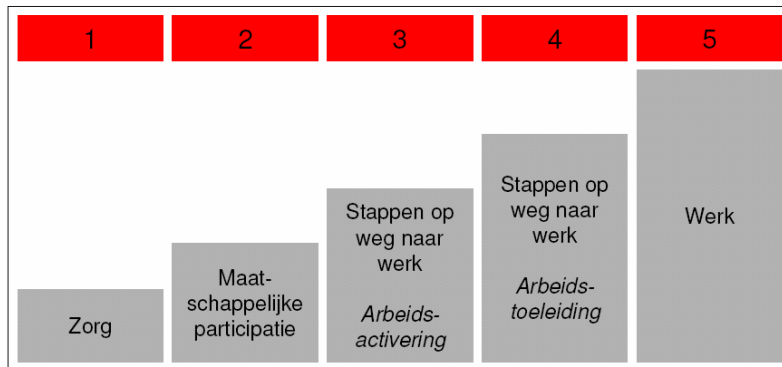
Volgens de registratie van DWI beschikken de meeste mannen over een lager opleidingsniveau (36% LBO, MAVO) of middelbaar opleidingsniveau (32% HAVO/VWO/MBO). De groep hoog opgeleiden (HBO/WO) is met 15% iets kleiner dan de groep laagst opgeleiden (18% elementair onderwijs of minder). In de steekproef vinden we dezelfde verdeling terug.

Wat betreft opleidingsniveau lijkt de groep geïnterviewden representatief voor de totale groep.

Trede: afstand tot de reguliere arbeidsmarkt

De tredenindeling van de Dienst Werk en Inkomen geeft aan hoever mannen verwijderd zijn van de reguliere arbeidsmarkt. Hoe hoger de trede, hoe dichterbij betaald werk. Hoe lager de trede, hoe meer arbeidsbelemmeringen er spelen en hoe slechter (naar verwachting) de gezondheidstoestand is van de mannen.

Kader 3. Treden op re-integratieladder van Dienst Werk en Inkomen Amsterdam zoals deze werden beschreven en tijde van het onderzoek .



Bron: Meerjarenbeleidsplan Werk, Participatie en Re-integratie 2009-2011)

In 2008 bevond de grootste groep alleenstaande mannen zich helemaal onderaan de trap naar regulier werk: 39% van de mannen stond op trede 1. De rest van de mannen was ongeveer gelijk verdeeld over trede 2 (29%) en trede 3 (28%). In trede 4 vonden we maar een laag percentage van de mannen (5%).

De groep geïnterviewden (n=472) is ongeveer gelijk verdeeld over de treden als de totale populatie alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering. De verschillen die we vinden zijn zeer klein: we hebben in verhouding 3% teveel mannen uit trede 2 geïnterviewd en 2% te weinig mannen uit trede 1 geïnterviewd. Wat betreft afstand tot de arbeidsmarkt lijken we een representatieve dwarsdoorsnede van de populatie te hebben bereikt met onze enquête.

Representatieve dwarsdoorsnede van populatie AMBU's in Amsterdam?

Het lijkt erop dat we er grotendeels in geslaagd zijn een representatieve dwarsdoorsnede van de populatie alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in de leeftijdscategorie 23-65 jaar te interviewen. Alleen wat betreft leeftijdsopbouw vinden we een kleine afwijking. De jongere groep mannen bleek moeilijker te bereiken en stroomde vaker door uit de bijstand.

Om ook deze jongere groep mannen te bereiken, heeft de Dienst Onderzoek en Statistiek (O+S) in opdracht van de GGD een herbenadering uitgevoerd. Nadat de peer-interviewers klaar waren, hebben interviewers van O+S de niet bereikte mannen nog eens benaderd. Door deze herbenadering die vooral buiten kantooruren en in de weekenden plaats vond, hebben we meer

Tabel 4. Achtergrondkenmerken ondervraagde alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam (n=472).

	n	%
Vaste relatie		
Nu geen relatie	367	84%
Nu wel relatie	71	16%
Burgerlijke staat		
Ongehuwd, nooit gehuwd geweest	296	67%
Gescheiden	116	26%
Anders (weduwenaar, getrouwd, samenwonend)	26	6%
Kinderen		
Heeft kinderen	194	44%
Heeft geen kinderen	252	57%
Duur werkloosheid		
t/m 3 jaar	104	24%
4 - 10 jaar	164	37%
11 - 15 jaar	48	11%
16+ jaar	124	28%
Duur arbeidsverleden		
Nooit betaald werk	41	10%
t/m 5 jaar werkervaring	92	21%
6 - 15 jaar werkervaring	156	36%
Meer dan 15 jaar werkervaring	144	33%
Land van afkomst		
Nederland	203	45%
Suriname	58	13%
Antillen + Aruba	16	4%
Turkije	10	2%
Marokko	22	5%
Overige, Westerse allochtonen	42	9%
Overige, niet Westerse allochtonen	103	23%

jongere mannen kunnen interviewen en is het verschil kleiner geworden. Toch hebben we het verschil niet geheel kunnen inlopen en blijft het zo dat we in verhouding iets (7,5%) teveel ouderen hebben geïnterviewd. Dit kan prevalentiecijfers bij deze doelgroep vertekenen en hier dienen we rekening mee te houden.

Overige achtergrondkenmerken van responsgroep

Relatie en gezin

16% van de respondenten heeft momenteel een vaste relatie. Een kwart van de ondervraagde mannen (26%) is gescheiden en 44% van de mannen heeft kinderen. Van ondervraagden die kinderen hebben, heeft ongeveer 14% nooit contact met zijn kinderen en 58% wekelijks of vaker contact met zijn nageslacht.

Duur werkloosheid

Ongeveer een kwart (24%) van de respondenten is korter dan 3 jaar werkloos. De rest van de ondervraagden is al langere tijd werkloos waarbij 28% van de respondenten al langer dan 15 jaar werkloos is.

Arbeidsverleden

Een op de tien respondenten heeft nooit in zijn leven regulier (betaald) werk verricht. De meerderheid van de respondenten heeft meer dan 6 jaar regulier werk verricht en een op de drie respondenten heeft gedurende meer dan 15 jaar zijn steentje bijgedragen op de reguliere arbeidsmarkt.

Land van afkomst

Ongeveer 45% van de respondenten is geboren in Nederland en heeft ook ouders die in Nederland zijn geboren. De rest van de respondenten bestaat vooral uit mannen die niet in Nederland zijn geboren (1^o generatie migranten).

We hebben mannen van uiteenlopende culturele afkomst zoveel mogelijk in hun eigen taal geïnterviewd. In dit rapport zullen we verder geen onderscheid maken naar culturele afkomst. Hiervoor zijn de responsgroepen te klein en te divers. We zullen wel kijken in hoeverre taalproblemen samenhangen met problematiek.

Deel 2

Hoe staat het met de leef- en gezondheidssituatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering op afzonderlijke domeinen?

3. Hoe staat het met de ziektelast van de mannen?
4. Hoe staat het met de draagkracht van de mannen?
5. Hoe staat het met de zorgcontacten van de mannen?
6. In hoeverre vinden we indicaties van 'zorgwekkend' functioneren bij de mannen?
7. Hoe ervaren en waarderen ondervraagden zelf hun situatie?

3. Ziekte last in beeld

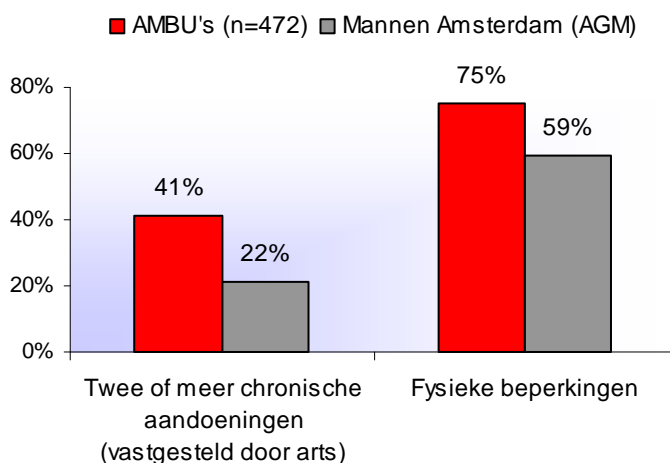
Hoe staat het met de ziekte last van de mannen?

We constateren een zware ziekte last bij de 472 geïnterviewden. Driekwart van de ondervraagden is fysiek beperkt. De helft van de respondenten kampt met psychische klachten en bij 47% van de mannen constateren we problematisch middelengebruik. Bij een meerderheid van de ondervraagden constateren we een combinatie van gezondheidsproblemen.

In deze sectie leest u details over de gezondheidssituatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering. Waar mogelijk vergelijken we deze met mannen uit de algemene bevolking van Amsterdam.

3.1. Lichamelijke gezondheid in beeld

Alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam kampen vaker met meerdere chronische aandoeningen en zijn vaker beperkt in het fysiek functioneren dan mannen met een zelfde leeftijdsopbouw uit de algemene bevolking van onze hoofdstad.



Figuur 4. Percentage alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam die rapporteren aan twee of meer chronische aandoeningen te leiden (vastgesteld door arts) en een fysieke beperking rapporteren afgezet tegen mannen met een zelfde leeftijdsopbouw uit de algemene bevolking van Amsterdam.

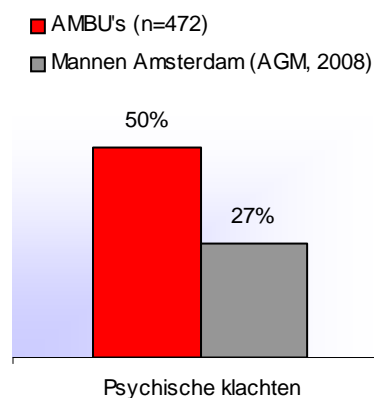
In figuur 4 ziet u dat alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering (AMBU's) bijna twee keer vaker aan meerdere chronische lichamelijke aandoeningen lijden (41%) dan mannen met een zelfde leeftijdsopbouw uit de algemene bevolking van Amsterdam (22%).

Ook het percentage mannen met fysieke beperkingen zoals bijvoorbeeld niet ver kunnen lopen, of problemen hebben met traplopen is hoger onder AMBU's (75%) dan onder mannen uit de

algemene bevolking (59%). Vooral respondenten jonger dan vijftig jaar ervaren meer fysieke klachten dan jongere mannen uit de algemene bevolking.

3.2. Psychische klachten in beeld

De helft van de alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering ervaart psychische klachten. Daarmee ervaart deze doelgroep bijna twee keer vaker psychische klachten dan mannen met een zelfde leeftijdsopbouw uit de algemene bevolking van Amsterdam.



Figuur 5. Percentage respondenten met psychische klachten (K10>19) uitgezet tegen mannen uit de algemene bevolking van Amsterdam met een zelfde leeftijdsopbouw.

3.3. Problematisch middelengebruik in beeld

Bij naar schatting 47% van de ondervraagden is sprake van problematisch middelengebruik. Een vergelijking met mannen uit de algemene bevolking van Amsterdam is slechts beperkt mogelijk. Uit deze beperkte vergelijking maken we op dat middelengebruik relatief hoog lijkt onder alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.

Welke middelen gebruiken alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering?

- 11% van respondenten heeft de afgelopen maand methadon, cocaïne of heroïne gebruikt
- 17% gebruikt dagelijks cannabis
- 32% heeft problematisch alcoholgebruik volgens Alcohol Use Disorder Identification Test³
- 21% rapporteert zelf verslaafd te zijn aan cannabis, alcohol, of overige drugs

In totaal scoort 47% van de mannen op tenminste één van de bovengenoemde criteria en spreken we van problematisch middelengebruik. Vergelijking met de algemene bevolking van Amsterdam is slechts beperkt mogelijk..

Drinken AMBU's meer?

Wat betreft de hoeveelheid alcoholgebruik vinden we dat binnen de groep alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering het percentage zware of overmatige drinkers⁴ (27%) niet veel hoger is dan het percentage zware of overmatige drinkers onder Amsterdamse mannen met een zelfde leeftijdsopbouw (22%). Wel zien we dat als de AMBU's drinken, zij vaker te veel drinken dan Amsterdamse mannen in het algemeen. Binnen de groep drinkers is het percentage zware of overmatige drinkers bij AMBU's 37% en bij Amsterdamse mannen is dit percentage 28% (Bron AGM, 2004).

³ Het percentage van 32% problematische alcoholgebruikers heeft betrekking op het percentage mannen met scores van 8 of hoger op de Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) van de World Health Organization (zie bijlage 2.2 voor uitleg meetinstrument)

⁴ Een zware drinker gebruikt tenminste een keer per week zes of meer standaardglazen alcohol. Een overmatige drinker gebruikt wekelijks meer dan 21 standaardglazen alcohol.

Gebruiken AMBU's meer cannabis of harddrugs?

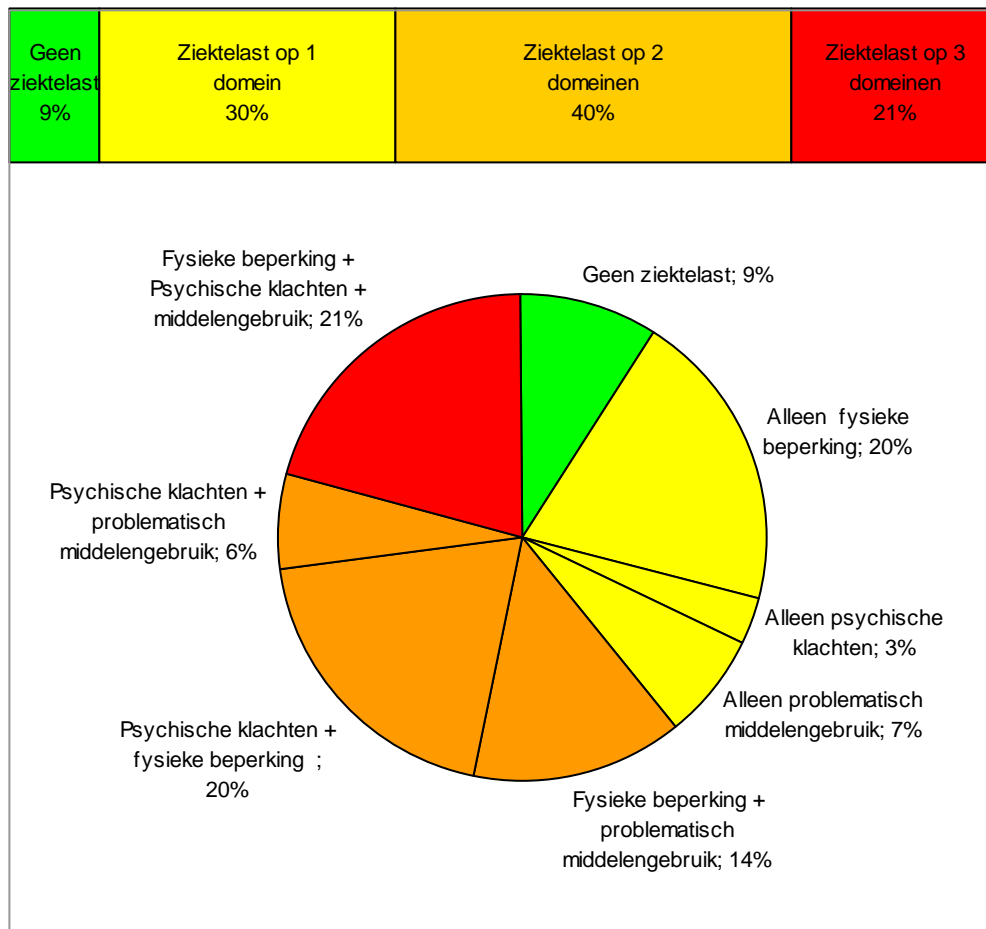
Wat betreft het gebruik van cannabis en harddrugs lijken de gevonden cijfers relatief hoog. Ter vergelijking: in zeer sterk verstedelijkte gebieden heeft 7,5% van de algemene bevolking de afgelopen maand cannabis gebruikt (IVO, 2005); 17% van de mannen uit onze studiegroep gebruiken dagelijks cannabis.

Recent harddrugs gebruik ligt bij de algemene Nederlandse bevolking tussen de 15-64 jaar op 0,7% (IVO, 2005) en bij de Amsterdamse bevolking ouder dan twaalf rond de 2,3% (CEDRO, 2001). In vergelijking met deze cijfers is het percentage van 11% recente harddrugsgebruikers onder alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering zeer hoog te noemen.

3.4. Totale ziektelast in beeld.

Alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering lijken met een 'zware' totale ziektelast te kampen. Bij het merendeel van de alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering constateren we combinaties van gezondheidsproblemen. Met name psychische klachten en problematisch middelengebruik komen bij deze groep zelden voor als enkelvoudige ziektelast.

Gecombineerde ziektelast van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam (n=472)



Figuur 6. Percentages alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam (n=472) die kampen met combinaties van een fysieke beperking, psychische klachten en problematisch middelengebruik.

Het gaat om het totaalplaatje

We hebben in vorige secties drie verschillende soorten ziektelast apart beschreven: fysieke beperkingen, psychische klachten en problematisch middelengebruik. In figuur 6 geven we u een beeld van de totale (gecombineerde) ziektelast waar de mannen mee kampen.

Hoeveel mannen hebben combinaties van gezondheidsproblemen?

De balk bovenin figuur 6 geeft een grof beeld van de totale ziektelast. Bij 9% van de respondenten constateren we geen ziektelast. Bij 30% van de ondervraagden is sprake van een enkelvoudige ziektelast. Bij 40% van de respondenten constateren we een ziektelast op twee verschillende domeinen. Bij 21% van de ondervraagden is sprake van een ziektelast op alle drie de domeinen: een fysieke beperking, psychische klachten en problematisch middelengebruik.

Welke combinaties van gezondheidsproblemen?

De taartdiagram in figuur 6 geeft een gedetailleerd beeld van de totale ziektelast. Wat vooral opvalt is dat de groep mannen met een enkelvoudige ziektelast voornamelijk bestaat uit mannen met een fysieke beperking. Slechts 3% van de mannen heeft als enige ziektelast psychische klachten en bij slechts 7% van de respondenten constateren we problematisch middelengebruik als enige ziektelast.

4. Draagkracht in beeld

Hoe staat het met de draagkracht van alleenstaande mannen met een bijstanduitkering?

Het ontbreekt driekwart van de ondervraagden aan voldoende persoonlijke, sociale en maatschappelijke hulpbronnen. De helft van de mannen participeert niet, 40% van de ondervraagden is sociaal geïsoleerd en ongeveer een derde van de mannen ontbeert een zinvolle dagstructuur. Ook ervaren de bijstandsgerechtigde mannen minder regie over het eigen leven dan mannen uit de algemene bevolking van Amsterdam.

In deze sectie schetsen we een beeld van de draagkracht van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.

4.1. Draagkracht? Toegang tot vier soorten hulpbronnen

Draagkracht?

Naarmate mannen over meer draagkracht beschikken, is het vermogen om de ziektelast en andere uitdagingen van een leven als alleenstaande man in de bijstand te dragen hoger.

Meer draagkracht wijst in dit rapport op de combinatie van:

- o Meer binding met en steun uit sociale en maatschappelijke omgeving;
- o Meer structuur en zingeving in het dagelijks leven;
- o Meer geloof in eigen kunnen en eigen waarde.

Respondenten met meer draagkracht zijn daarmee:

- o Minder sociaal en maatschappelijk uitgesloten;
- o Meer in staat (toekomstige) problemen het hoofd te bieden om daarmee de situatie te handhaven of verbeteren.

Toegang tot vier soorten hulpbronnen

We beschrijven in dit rapport vier soorten hulpbronnen die samen bepalen over hoeveel draagkracht de mannen beschikken. Het gaat hierbij om kwaliteiten en vaardigheden van het individu, zijn relatie tot de sociale en maatschappelijke omgeving en tot slot de mate waarin de persoon erin slaagt een dagstructuur op te bouwen waaruit hij positieve gevoelens van zingeving kan ontleen.

Formele ondersteuning of zorg is een belangrijke (maatschappelijke) hulpbron die we niet als 'draagkracht' factor beschrijven in dit hoofdstuk. Vanwege het formele karakter beschrijven we het zorggebruik in het volgende hoofdstuk. De vaardigheden die nodig zijn om wegwijs te raken in het systeem van loketten, instanties en regelgeving, vormen een belangrijke (persoonlijke) hulpbron die we wel in dit hoofdstuk beschrijven.

De vier onderscheiden hulpbronnen zijn:

- sociale hulpbronnen: de mate waarin mannen beschikken over een betekenisvol sociaal netwerk waar zij (informele) sociale steun uit kunnen putten
- maatschappelijke hulpbronnen: mate waarin mannen participeren in de samenleving en positieve gevoelens van maatschappelijke inclusie ('er bij horen') ervaren.
- zinvol dagritme: mate van regelmaat/structuur in het dagelijkse leven en positieve gevoelens van betekenis die mannen hieraan ontleen.
- persoonlijke hulpbronnen:
 - geletterdheid (taalvaardigheden, formulieren kunnen invullen, computervaardigheden, opleidingsniveau)
 - mate van persoonlijke empowerment (regie over eigen leven en zelfvertrouwen)
 - manier van probleemhantering (copingstijl)

Combinaties tussen objectieve en subjectieve kenmerken

De mate waarin mannen toegang vinden tot een hulpbron wordt telkens bepaald door een objectieve component (bijvoorbeeld het aantal sociale contacten, of feitelijke participatie) en een subjectieve component (bijvoorbeeld eenzaamheid, of gevoelens van maatschappelijk 'erbij horen').

Hoe staat het met de draagkracht van AMBU's?

Om ons een beeld te vormen van de totale draagkracht van ondervraagden schetsen we in de volgende secties eerst een beeld van elk van de vier hulpbronnen. Vervolgens bekijken we hoe hulpbronnen met elkaar samenhangen en sluiten we af met een beeld van de totale draagkracht. We beginnen met sociale hulpbronnen.

4.2. Sociale hulpbronnen in beeld

Hulp en steun van familie, vrienden en kennissen kan voorkómen dat een man (verder) afglijdt wanneer er problemen ontstaan. Wanneer deze 'buffer' ontbreekt, wanneer mannen een beperkte toegang hebben tot sociale hulpbronnen, vatten wij dit op als risicofactor om (verder) af te glijden.

Objectief: relatief klein sociaal netwerk

In totaal heeft de helft van de mannen (50,5%) een relatief klein persoonlijk netwerk dat bestaat uit nul t/m vijf personen. De andere helft van de mannen (49,5%) heeft een relatief groot persoonlijk netwerk dat bestaat uit meer dan 5 personen waar de respondent regelmatig contact mee heeft. Een groep van 10% heeft een zeer beperkt netwerk bestaande uit één persoon of minder.

Subjectief: eenzaamheid

Twee van de drie alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering voelt zich eenzaam (68%). Onder mannen van vergelijkbare leeftijd uit de algemene bevolking van Amsterdam is dit percentage 42% en daarmee beduidend lager.

Combinaties: sociaal isolement

Sociaal isolement vatten we in deze studie in navolging van onder anderen Hortelanus et al. (2003) op als beschikking hebben over een klein sociaal netwerk (kwantiteit sociale relaties) en gevoelens van eenzaamheid ervaren (kwaliteit sociale relaties).

Deze combinatie tussen eenzaamheid en een beperkt sociaal netwerk komt bij 42% van de mannen voor.

Tabel 5. Combinaties tussen gevoelens van eenzaamheid en omvang van het sociale netwerk bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam (n=472) 5.

		Omvang sociale netwerk	
		Groot (meer dan 5 mensen)	Klein/matig (0-5 mensen)
Eenzaamheid	nee	<i>"sociaal weerbaren"</i> Groot netwerk en niet eenzaam 24%	<i>"contactarmen"</i> Klein/matig netwerk en niet eenzaam 10%
	Ja	<i>"eenzamen"</i> Groot netwerk en eenzaam 24%	<i>"sociaal geïsoleerden"</i> Klein/matig netwerk en eenzaam 42%

⁵ Typologie sociale weerbaarheid ontleend aan Hortelanus et al, 2003.

Een kleine kwart (24%) van de mannen wordt beschermd door een groter sociaal netwerk en ervaart geen eenzaamheid. Mannen in deze laatste groep noemen we in navolging van Hortelanus et al. "sociaal weerbaar".

De twee resterende combinaties in tabel 5 vormen een middenrisicogroep. De groep mannen "eenzamen" die zich wel eenzaam voelt maar een groot netwerk heeft, verschilt wel degelijk van de groep "contactarmen" met een klein sociaal netwerk maar ontbrekende gevoelens van eenzaamheid. Uit analyses blijken deze twee groepen evenveel sociale steun te krijgen.

Drie groepen

In onderstaande tabel laten we zien dat geïsoleerde mannen zoals verwacht significant minder sociale steun ontvangen dan sociaal weerbare mannen.

Dit geldt zowel voor alledaagse steun, steun bij problemen en waarderingsteun. De groep 'contactarmen' en 'eenzamen' verschillen niet significant in de mate waarin zij sociale steun ontvangen (T-toets; $p > 0,05$). Dit rechtvaardigt dat we deze twee groepen samen nemen in een middengroep. Deze middengroep neemt zoals de naam al suggereert telkens een middenpositie in wat betreft de mate waarin mannen in deze groep sociale steun ontvangen.

Tabel 6: Drie soorten sociale steun uitgezet per combinatie tussen gevoelens van eenzaamheid en omvang van sociale netwerk: drie groepen verschillen significant ($p < 0,05$)*.

Toegang tot sociale hulpbronnen	Combinaties tussen gevoelens van eenzaamheid en omvang van sociale netwerk	Alledaagse steun		Steun bij problemen		Waarderingssteun		Totaal ontvangen sociale steun	
		gem.	sd	gem.	sd	gem.	sd	gem.	sd
Voldoende draagkracht	Niet eenzaam + groot netwerk	.64	(.18)	.54	(.25)	.66	(.21)	.62	(.18)
Beperkte draagkracht	Niet eenzaam + klein/matig netwerk	.50	(.21)	.43	(.22)	.50	(.20)	.48	(.17)
	Eenzaam + groot netwerk	.47	(.17)	.43	(.23)	.52	(.20)	.47	(.17)
Zeer beperkte draagkracht	Eenzaam + klein/matig netwerk	.34	(.19)	.35	(.23)	.42	(.23)	.37	(.19)

*Gemiddelde scores geven percentage van maximum haalbare score op schalen van Sociale Steun Lijst Interacties aan: een hogere score betekent een hogere frequentie van sociale steun interacties

** Alle verschillen tussen laag-, midden- en hoogerisicogroepen zijn significant (T-toets; $P < 0,05$)

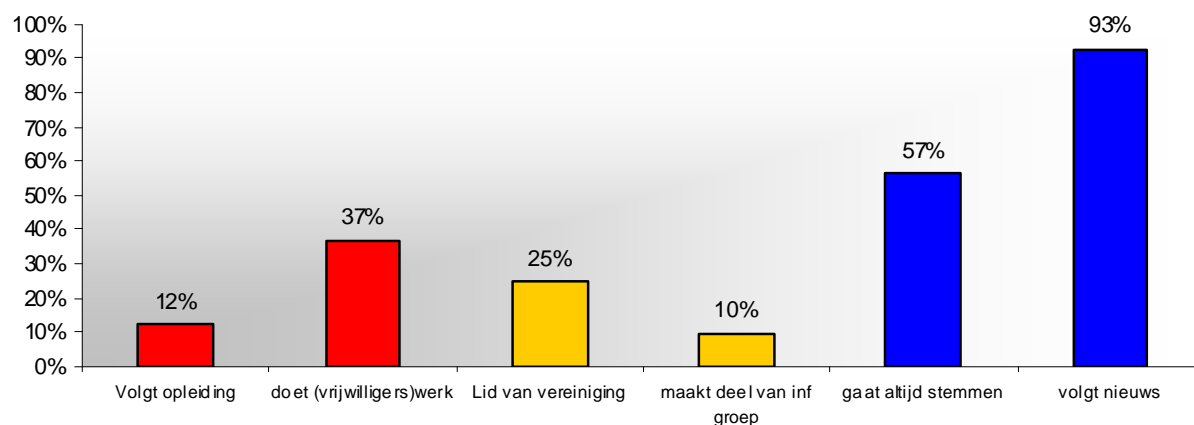
4.3. Maatschappelijke hulpbronnen in beeld

Omdat de mate waarin de bijstandsgerechtigde mannen 'meedoen' in de samenleving voor onder andere de dienst werk en inkomen een belangrijk onderwerp vormt, beschrijven we dit onderwerp in iets meer details in dit rapport.

Feitelijke participatie

Het ontbreekt alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering aan regulier (betaald) werk. Daarmee loopt de gehele groep een verhoogd risico op maatschappelijk isolement. Door het verrichten van werk (vrijwilligerswerk, betaald werk, een sociale of maatschappelijk activeringsplaats) of door het volgen van een opleiding, door lid te zijn van een vereniging, door deel uit te maken van een informele groep (zoals een orkest of een band), en door op de hoogte blijven van het nieuws en mee te doen aan verkiezingen (stemmen), kunnen de mannen zonder betaald werk nog wel 'meedoen' en het gevoel behouden dat zij 'erbij horen'.

Feitelijke participatie alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam (n=472)



Figuur 7. Vormen waarin alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam (n=472) participeren in samenleving.

In figuur 7 ziet u dat een meerderheid van de mannen zich bezighoudt met het volgen van nieuws en altijd gaat stemmen bij verkiezingen.

Ruim een derde deel van de mannen (37%) verricht vrijwilligerswerk, betaald werk of participeert in een sociale of maatschappelijke activeringsplaats en 12% volgt een officiële opleiding.

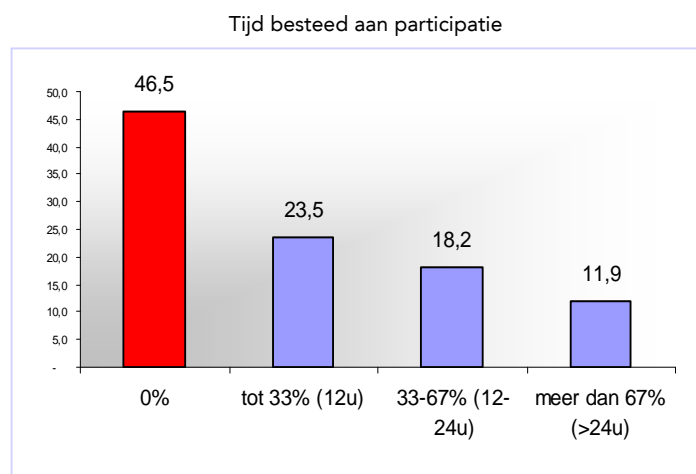
Een kwart van de mannen participeert in het verenigingsleven en 10% maakt deel uit van een informele groep buiten het persoonlijke netwerk.

Objectief: tijd besteed aan participatie

Figuur 8 geeft een beeld van de hoeveelheid tijd die mannen per week besteden aan maatschappelijke participatie (werk, opleiding, verenigingen of aan een informele club)⁷.

⁷ Aan respondenten is gevraagd of zij werk verrichten. Om betrouwbare antwoorden te krijgen is het soort werk niet verder uitgevraagd. Zo konden mannen die zwart betaald krijgen voor hun werk aangeven dat zij werk verrichten en op die manier participeren.

Bijna de helft van de mannen (47%) besteedt geen tijd aan maatschappelijke participatie. Een kleine kwart (24%) participeert tot twaalf uur per week, 18% participeert tussen de 12 en 24 uur per week en 12% participeert 24 uur of meer per week.



Figuur 8. Tijd die alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam besteden aan werk, een opleiding, een verenigingen of aan een informele club

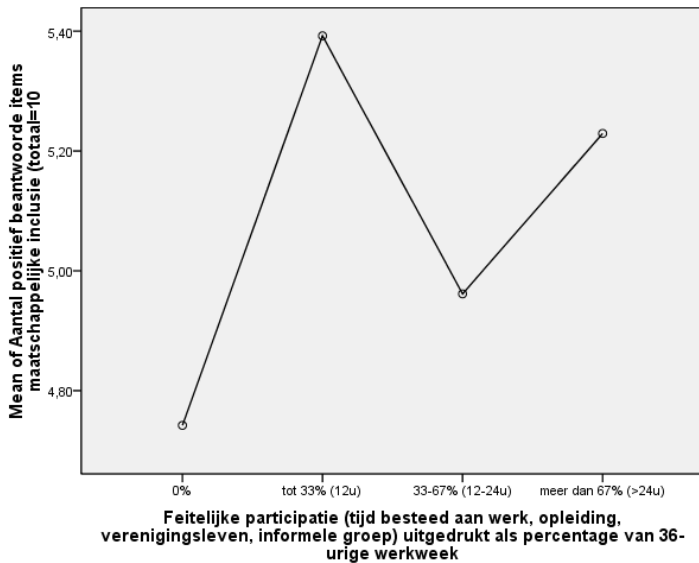
Subjectief: gevoelens van maatschappelijke inclusie

Net zoals bij sociaal isolement, omvat een situatie van maatschappelijk isolement een objectieve en subjectieve component. Ongeveer de helft van de mannen participeert *niet* volgens onze objectieve indicatoren van feitelijk maatschappelijke participatie. De subjectieve component omvat gevoelens van maatschappelijke inclusie: de mate waarin de mannen het gevoel hebben dat zij bij de samenleving horen (zie bijlage 2.2. voor nadere uitleg meetinstrument).

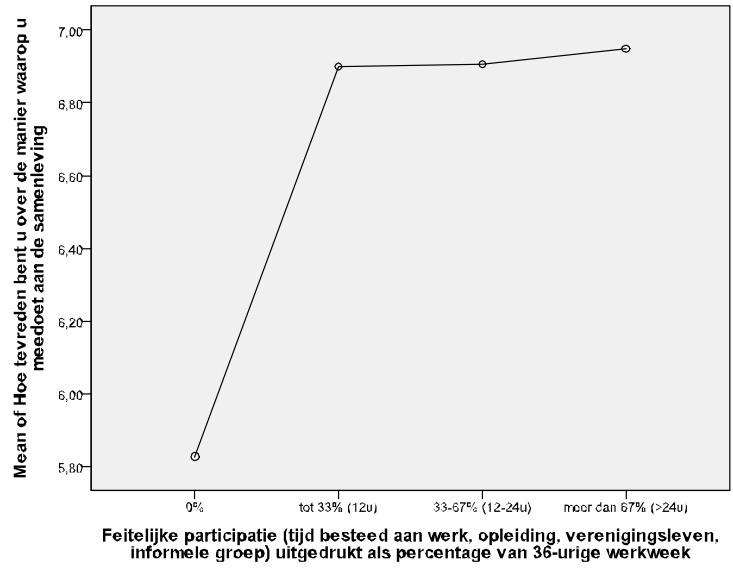
Hoe hangen deze subjectieve en objectieve componenten samen? Voelt de groep mannen die niet participeert zich ook meer buitengesloten dan mannen die wel participeren?

In de figuren 9 en 10 kunt u de antwoorden op deze vragen aflezen.

⁷ Het al dan niet op de hoogte blijven van maatschappelijke ontwikkelingen beschouwen we als belangrijke component van 'meedoen' aan het maatschappelijke verkeer. De hoeveelheid tijd die hier aan besteed wordt lijkt minder belangrijk. Een man die bijvoorbeeld de hele dag nieuws kijkt participeert niet meer dan een man die elke dag een uur besteed aan het volgen van nieuws.



Figuur 9. Samenhang tussen (x) tijd besteed aan participatie en (y) gevoelens van maatschappelijke inclusie



Figuur 10. Samenhang tussen (x) tijd besteed aan participatie en (y) rapportcijfer tevredenheid met maatschappelijke participatie

Uit de figuren 9 en 10 blijkt dat wel participeren gepaard gaat met meer gevoelens van maatschappelijke inclusie dan niet participeren. Ook blijkt uit figuur 10 dat mannen die wel participeren meer tevreden te zijn met de manier waarop zij 'meedoen' dan mannen die niet participeren.

Mannen die relatief veel tijd besteden aan participeren, voelen zich echter niet meer verbonden met de samenleving dan groepen die minder tijd besteden aan participeren. We zien zelfs dat de groep mannen die tussen de drie en zes dagdelen participeert, zich minder betrokken voelt bij de samenleving dan de groep die minder dan drie dagdelen per week participeert. Wat betreft gevoelens van inclusie lijkt de groep mannen die 'een beetje' participeert (tot drie dagdelen per week) het beste af te zijn. Wat betreft de tevredenheid met participatie in de samenleving zien we geen verschil tussen de groepen die weinig of veel tijd besteden aan participatie. We kunnen concluderen dat de groep mannen die niet participeert (47%) zich duidelijk minder betrokken voelt bij de samenleving en zich minder tevreden uit over de manier waarop zij 'meedoen' dan de andere helft van de groep die wel op enige wijze participeert.

Combinaties: maatschappelijk isolement

In tabel 7 onderscheiden we vier groepen. De groep 'maatschappelijk geïsoleerden' (29%) besteedt geen tijd aan maatschappelijke participatie en beantwoordt de helft of meer van de vragen over gevoelens van maatschappelijke inclusie negatief of neutraal. Een kwart van de mannen (25%) is "maatschappelijk verbonden". Deze mannen doen mee aan het maatschappelijke verkeer en beantwoorden meer dan de helft van de vragen over gevoelens van maatschappelijke inclusie positief.

De overige twee groepen nemen een middenpositie in. De groep "passieven" is het kleinst (17%) en bestaat uit mannen die niet participeren maar onze vragenlijst over gevoelens van maatschappelijke inclusie overwegend positief beantwoorden. De groep "vervreemden" is groter (29%) en bestaat uit mannen die wel participeren maar nauwelijks positieve gevoelens van maatschappelijke verbondenheid uiten.

Tabel 7. Combinaties tussen gevoelens van maatschappelijke inclusie en tijd besteden aan feitelijke participatie bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam (n=472).

		<i>Feitelijke participatie</i>	
		<i>Wel</i>	<i>Niet</i>
Gevoelens van maatschappelijke inclusie	<i>Overwegend gevoelens van maatschappelijke inclusie</i>	"maatschappelijk verbonden" 25%	<i>"passieven" 17%</i>
	<i>Nauwelijks gevoelens van maatschappelijke inclusie</i>	<i>"vervreemden" 29%</i>	"maatschappelijk geïsoleerden" 29%

Drie groepen

Bij sociale hulpbronnen zagen we dat de "contactarmen" en "eenzamen" ongeveer evenveel sociale steun ontvangen en daarom met recht als midden-risicogroep kunnen worden aangemerkt op het sociale domein. De vraag is nu of hetzelfde geldt voor de "passieven" en "vervreemden" op het maatschappelijke domein.

Respondenten hebben met een rapportcijfer aangegeven hoe tevreden zij zijn met de manier waarop zij meedoen en bijdragen aan de samenleving. Zoals in tabel 8 te zien is, verschilt de mate van tevredenheid niet significant tussen de groep mannen die wel participeert maar zich niet verbonden voelt (vervreemden) en de groep mannen die niet participeert en zich wel verbonden voelt (passieven). Beide groepen nemen samen een middenpositie in tussen enerzijds de groep "maatschappelijk verbonden" die gemiddeld het hoogste rapportcijfer toekennen aan de manier waarop zij meedoen aan de samenleving (7,5) en anderzijds de groep "maatschappelijk geïsoleerden" die gemiddeld het laagste rapportcijfer geven voor de manier waarop zij participeren in de samenleving (5,5).

Tabel 8. Het gemiddelde rapportcijfer waarmee respondenten hun maatschappelijke participatie waarden uitgezet per combinatie tussen gevoelens van maatschappelijke inclusie en tijd besteden aan feitelijke participatie: drie groepen verschillen significant (p<0,05)

<i>Toegang tot maatschappelijke hulpbronnen</i>	<i>Combinaties tussen gevoelens van maatschappelijke inclusie ('erbij horen') en tijd besteed aan participatie</i>	<i>n</i>	<i>gem</i>	<i>sd</i>
Voldoende draagkracht	hoort erbij + participeert	105	7,5	1,55
Beperkte draagkracht	hoort erbij + participeert niet	71	6,5	2,27
	hoort er niet bij + participeert	123	6,4	1,97
Zeer beperkte draagkracht	hoort er niet bij + participeert niet	119	5,5	1,98
	<i>Totaal</i>	<i>418</i>	<i>6,4</i>	<i>2,07</i>

4.4. Zinvolle dagstructuur in beeld

We hebben geschreven over sociaal isolement en maatschappelijk isolement. Bij een aanzienlijke groep mannen is daarnaast sprake van een meer existentiële vorm van isolement: naar schatting 34% van de mannen ontbeert een zinvolle dagstructuur.

Net als bij de andere vormen van isolement betreft het hier een combinatie van objectieve en subjectieve kenmerken. We hebben een meetinstrument voor dagritme ontwikkeld en dit gekoppeld aan de mate van zingeving die mannen ervaren in hun dagelijks leven.

Objectief: bij helft gebrek aan dagritme

Een duidelijke dagstructuur ontbreekt bij *naar schatting* de helft (48%) van de mannen. Deze mannen lijken vooral bij de dag te leven. Zij wisselen het dag en nachtritme vaak om, staan op wisselende tijden op, weten niet wat ze morgen gaan doen of hebben geen plannen iets af te maken of te doen de aankomende week. Het ontbreken van dit dagritme wordt niet als problematisch beschouwd zolang de mannen hun dagen vullen met activiteiten of non-activiteiten die zij zelf zinnig vinden.

Subjectief: bij meerderheid gebrek aan zingeving

Bij *naar schatting* een meerderheid van de ondervraagde mannen (60%) ontbreken overwegend positieve gevoelens van zingeving. De meerderheid van de mannen ziet daarmee relatief weinig betekenis in de dingen die zij dagelijks doen, zien minder duidelijk voor ogen wat het doel van hun leven zou moeten zijn, zijn vaker onverschillig voor wat er om hen heen gebeurt en zien hun dagelijkse bezigheden tot slot vaker meer als een bron van pijn en verveling dan als een bron van plezier en voldoening.

Combinaties: zinvolle dagstructuur?

Ongeveer een kwart van de mannen lijkt erin geslaagd een zinvolle dagstructuur te vinden vanuit een bijstandssituatie. Deze mannen hebben een dagritme en ontlenen betekenis, voldoening of plezier aan hun dagelijks leven.

Bij *naar schatting* een derde van de mannen ontbreekt zowel dagritme als zingeving. Deze mannen leven bij de dag en zien weinig betekenis in de bezigheden in hun leven. Dagelijkse bezigheden zijn bij deze groep eerder een last dan een kracht.

Tabel 9. Combinaties tussen gevoelens van zingeving en aanwezigheid van een dagstructuur bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam (n=472).

		Dagstructuur	
		Voldoende dagritme	Onvoldoende dagritme
Zingeving	Overwegend positieve gevoelens van zingeving	"zinvol bestaan en gestructureerd dagritme" 25 %	"zinvol bestaan en ongestructureerd dagritme" 26 %
	Nauwelijks positieve gevoelens van zingeving	"zinloos en gestructureerd dagritme" 15 %	"zinloos bestaan en ongestructureerd dagritme " 34%

Bij de overige twee groepen in de kruistabel 9 is bij *naar schatting* 15% wel sprake van een duidelijk dagritme, maar worden dagen gevuld met bezigheden die de persoon niet als 'zinnig' ervaart. Dit zijn mogelijk mannen die wel dagelijkse verplichtingen hebben (bijvoorbeeld een dagbestedingsproject), maar hier zelf de zin niet van inzien. Ook kunnen het mannen zijn die weliswaar routines in hun dagen hebben gebouwd (bijvoorbeeld elke dag zelfde tijd opstaan, wandelingetje maken door het park, krantje halen bij de metro, sigaretje roken aan het plein, etc.) maar hier geen zingeving aan ontleen.

Drie groepen

Bij naar schatting 26% van de ondervraagden ontbreekt een duidelijk dagstructuur maar ontleen de mannen wel betekenis en plezier aan de dingen waar zij hun dag mee vullen. Deze ondervraagden lijken van dag tot dag te leven en slagen er op deze manier wel in hun zingeving te putten uit 'wat er die dag aan komt waaien'. De bron van zingeving kan een vorm van participatie zijn, het kunnen sociale contacten zijn, het kan een vorm van 'zelfontplooiing' zijn en het kan ook een solistische hobby of 'passie' zijn waar verder niemand anders mee gemoeid is. Ook religie kan kleur geven aan het dagelijks leven van de mannen al vinden we in deze studie geen empirische ondersteuning voor deze hypothetische relatie tussen geloof en zingeving. We kunnen met deze studie wel duidelijk aantonen dat zingeving positief gerelateerd is aan sociale contacten en feitelijke participatie.

Tabel 10. Het gemiddelde rapportcijfer waarmee respondenten hun dagritme waarden uitgezet per combinatie tussen gevoelens van zingeving en aanwezigheid van een dagstructuur : drie groepen verschillen significant ($p < 0,05$)

<i>Toegang tot zinnvolle dagstructuur</i>	<i>Combinatie tussen gevoelens van zingeving en aanwezigheid van een dagstructuur</i>	<i>n</i>	<i>Gemiddeld rapportcijfer tevredenheid met dagritme</i>	<i>sd</i>
voldoende draagkracht	zinvol + gestructureerd	110	7,5	(1,6)
bepaalde draagkracht	zinvol + ongestructureerd	64	6,8	(2,2)
	Zinloos + gestructureerd	113	6,6	(2,0)
zeer beperkte draagkracht	zinloos + ongestructureerd	145	5,6	(2,1)
	<i>Totaal</i>	432	6,5	(2,1)

Hoewel de twee middengroepen wezenlijk van aard verschillen nemen we ze in deze rapportage wederom samen in één midden-risico groep: de groep met een beperkte draagkracht. Het gemiddelde rapportcijfer dat mannen in beide groepen toekennen aan hun dagritme verschilt namelijk niet significant (T-toets; $p > 0,05$). De twee groepen nemen samen een middenpositie in tussen de groep mannen met een zinvol dagelijks bestaan en een gestructureerd dagritme (gemiddeld rapportcijfer op dagritme van 7,5) en mannen in een situatie waarin het in het dagelijks leven lijkt te ontbreken aan zowel zingeving als een gestructureerd dagritme (gemiddeld rapportcijfer op dagritme van 5,6).

4.5. Persoonlijke hulpbronnen in beeld

Persoonlijke hulpbronnen hebben betrekking op de volgende persoonsgebonden kwaliteiten:

- geletterdheid (taalvaardigheden, formulieren kunnen invullen, computervaardigheden, startkwalificatie)
- mate van persoonlijke empowerment (regie over eigen leven en zelfvertrouwen)
- manier van probleemhantering (copingstijl).

We beschrijven persoonlijke hulpbronnen als laatste draagkrachtfactor omdat we deze op een andere manier hebben gemeten. Ditmaal beschrijven we de losse componenten apart zonder een subjectieve en objectieve component te combineren. We gebruiken de mate van persoonlijke empowerment als belangrijkste indicator van persoonlijke hulpbronnen. De overige indicatoren zullen we in hoofdstuk 9 vergelijken tussen risicogroepen.

Beperkt geletterd

- 47% - beschikt over startkwalificatie (opleidingsniveau tenminste havo/lbo)
- 68% - beoordeelt lezen, schrijven, spreken en verstaan NL als goed/perfect
- 57% - kan meestal/altijd zelf formulieren invullen
- 64% - Maakt wekelijks of vaker gebruik van computer

Minder persoonlijke empowerment

Minder regie over eigen leven

In vergelijking met mannen uit de algemene bevolking van Amsterdam ervaren de AMBU's minder regie over het eigen leven (mastery). Daarmee voelen ondervraagde mannen zich meer 'een speelbal van het leven' en hebben zij minder het gevoel controle te kunnen uitoefenen op hun eigen toekomst.

Minder zelfvertrouwen

Ook zien we bij ondervraagden dat zelfvertrouwen afneemt naarmate de regie over het eigen leven afneemt. Zelfvertrouwen heeft in deze studie betrekking op geloof in eigen kunnen (self-competence) en geloof in eigen waarde (self-liking).

Minder actieve probleemgeoriënteerde coping

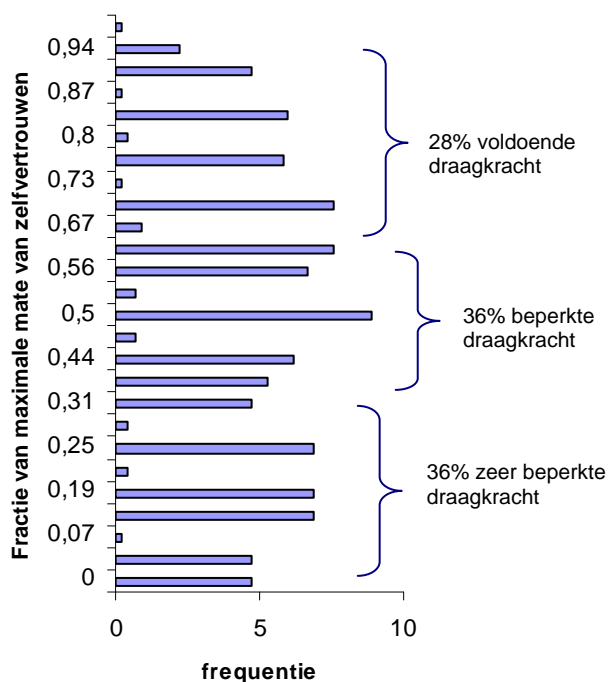
Uit analyse blijkt dat naarmate AMBU's minder het gevoel hebben de regie in eigen handen te hebben, zij ook minder vaak actieve probleemgerichte strategieën hanteren om met problemen om te gaan. Mannen met minder regie hanteren vaker meer palliatieve strategieën zoals "spanningen proberen te verminderen door bijvoorbeeld meer te roken, drinken, blowen of door andere drugs te gebruiken".

Drie groepen

Op basis van de mate van zelfvertrouwen hebben we een *schatting* gemaakt van de persoonlijke draagkracht van de mannen. Deze mate van geloof in eigen kunnen en eigen waarde leek ons de meest veelzeggende indicator voor persoonlijke empowerment. Anders dan bij de overige

hulpbronnen hebben we hier een zuiver subjectieve maat gekozen. In de toekomst willen we deze maat verder verfijnen.

In totaal beschikt 28% van de mannen over relatief veel zelfvertrouwen, 36% over relatief weinig zelfvertrouwen en 36% neemt een middenpositie in wat betreft hun geloof in eigen kunnen en eigen waarde. Naarmate de mannen over minder persoonlijke hulpbronnen beschikken lijkt de kans kleiner dat zij op eigen initiatief verbetering zullen aanbrengen in de situatie. Dit lijkt zowel voor de gezondheidssituatie te gelden als voor de arbeidssituatie.



Figuur 11 Draagkracht uit "persoonlijke hulpbronnen": drie groepen op basis van de mate van vertrouwen in eigen kunnen en eigen waarde .¹

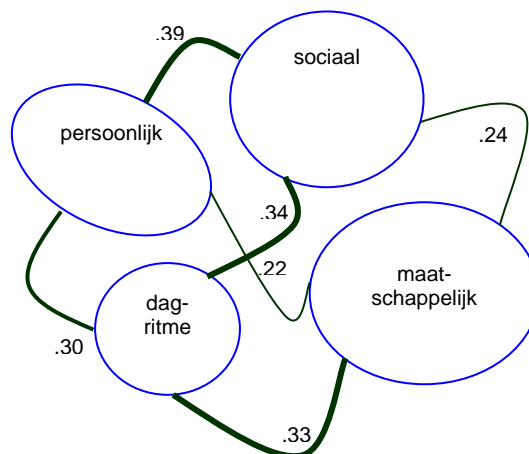
⁹ Bij gebrek aan normscores bij het gehanteerde meetinstrument hebben we afkappunten voor de mate van zelfvertrouwen gekozen op basis van schaalcores onder 33% van het schaalmaximum; boven 67% van het schaalmaximum en hier tussenin (tertielen).

4.6. Totale draagkracht in beeld

Problemen zijn met elkaar verweven

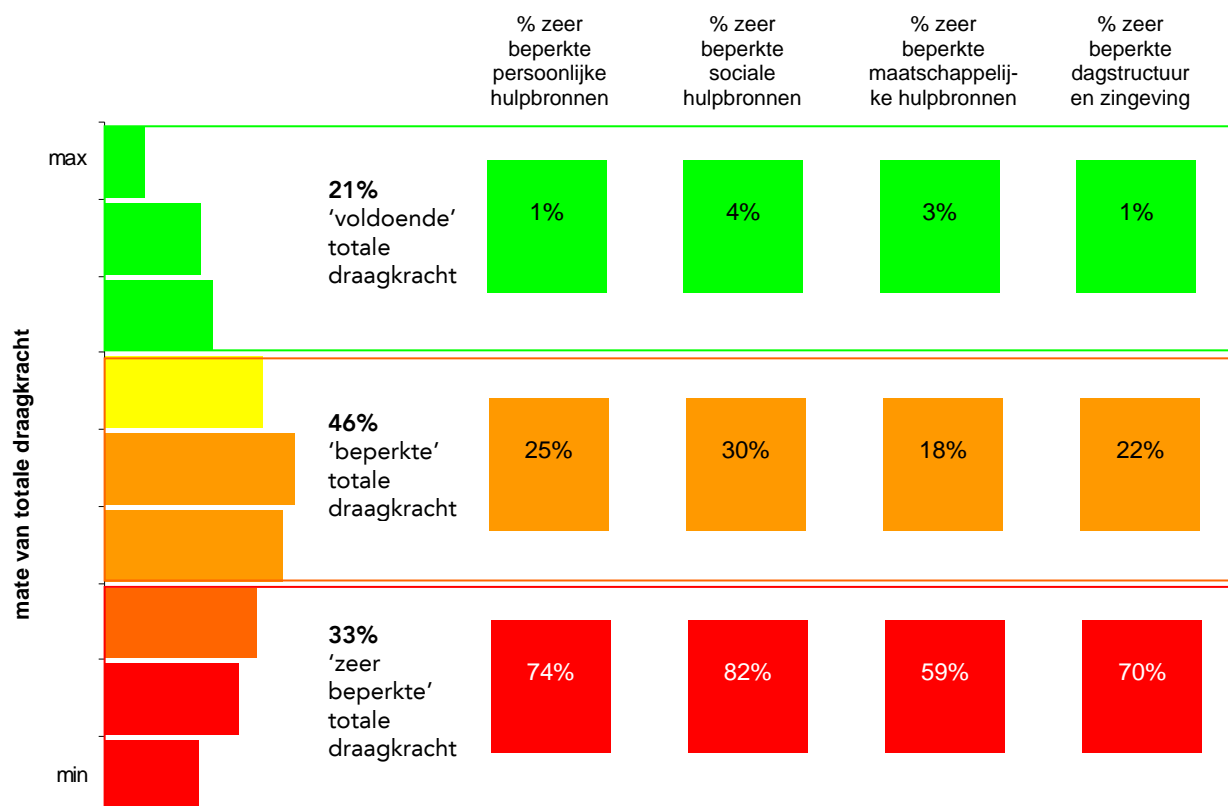
Problemen op het gebied van sociaal isolement, maatschappelijk isolement, zinloos en gebrekkig dagritme en persoonlijke competenties hangen samen.

Mannen die minder toegang vinden tot betekenisvolle sociale relaties, geloven ook minder in zichzelf, hebben minder het gevoel de regie in eigen handen te hebben, hanteren minder frequent een actieve manier van problemen aanpakken, zijn ook minder geletterd, participeren minder vaak in een verenigingen of in (vrijwilligers)werk en ontbreekt het tot slot ook vaker aan een zinvolle dagstructuur.



Figuur 12. Correlatiecoëfficiënten tussen vier soorten hulpbronnen: persoonlijke hulpbronnen, sociale hulpbronnen, maatschappelijke hulpbronnen en een zinvol dagritme (een hogere correlatiecoëfficiënt betekent een sterkere relatie tussen de hulpbronnen).

Naar een totaalplaatje



Figuur 13. De totale mate van draagkracht onder alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam (n=472) in drie groepen. Per groep het percentage respondenten met een zeer beperkte draagkracht op elk van de vier afzonderlijke hulpbronnen (persoonlijk, sociaal, maatschappelijk, dagritme).

Om een totaalbeeld te krijgen van de draagkracht hebben we de risicoscores op de vier verschillende hulpbronnen bij elkaar opgeteld¹⁰ in een totaalscore op 'draagkracht' die kan variëren tussen 0 en 100%.

De staafdiagram links in figuur 13 toont de totale draagkracht van de respondenten in 9 staven:

- bovenste staaf 100% draagkracht: voldoende draagkracht op alle 4 de hulpbronnen (3%);
- middelste staaf 50% draagkracht: komt overeen met beperkte draagkracht op alle vier de hulpbronnen (17%)
- onderste staaf 0% draagkracht: zeer beperkte draagkracht op alle 4 de hulpbronnen (8%);

Drie groepen

Op basis van de scores op totale draagkracht krijgen we een beter beeld van de mate waarin mannen toegang vinden tot belangrijke hulpbronnen. We onderscheiden drie groepen.

21% "voldoende" draagkracht

We zien dat naar schatting 21% van de ondervraagden over een relatief hoge mate van draagkracht beschikt. Deze groep ondervraagden heeft in de meeste gevallen een zinvol dagritme weten op te bouwen en voldoende toegang weten te vinden tot zowel persoonlijke, sociale als maatschappelijke hulpbronnen. Deze groep ondervraagden lijkt daarmee over voldoende hulpbronnen te beschikken om (toekomstige) problemen het hoofd te bieden.

46% "beperkte" draagkracht

Bij naar schatting 46% van de mannen spreken we van een 'beperkte' draagkracht. Bij deze middengroep ontbreken componenten in de draagkracht maar hebben problemen met hulpbronnen zich niet opgestapeld in een situatie van gecombineerd isolement. Binding met en steun van de sociale omgeving lijkt hiermee op dit moment beperkt maar niet geheel afwezig. Herstel van draagkracht lijkt daarmee minder ver weg dan bij de groep ondervraagden met zeer beperkte draagkracht. Aan de andere kant leunt deze groep ondervraagden op een beperkt aantal hulpbronnen. Wanneer hier componenten in wegvallen (bijvoorbeeld door conflict met een naaste of door wegvallen van een participatieplaats), dan resteren er weinig hulpbronnen waaruit mannen kunnen putten om deze verandering te kunnen opvangen.

33% "zeer beperkte" draagkracht

Bij naar schatting 33% van de ondervraagden lijkt draagkracht grotendeels te ontbreken. Bij deze groep stapelen problemen met hulpbronnen op in een situatie van gecombineerd sociaal en maatschappelijk isolement, weinig persoonlijke hulpbronnen en het ontbreken van een zinvolle dagstructuur. Binding met en steun van de sociale en maatschappelijke omgeving lijkt bij deze substantiële groep ondervraagden grotendeels te ontbreken. Gebrek aan o.a. persoonlijke hulpbronnen lijkt de kans te verkleinen dat deze groep ondervraagden in staat zal zijn deze situatie te verbeteren.

¹⁰ Statistisch bleek het optellen van scores op de vier hulpbronnen tot één totaalscore 'verantwoord': scores op de vier hulpbronnen laadden op een enkele factor in een factoranalyse en vormen samen een schaal van acceptabele consistentie ($\alpha=0,69$)

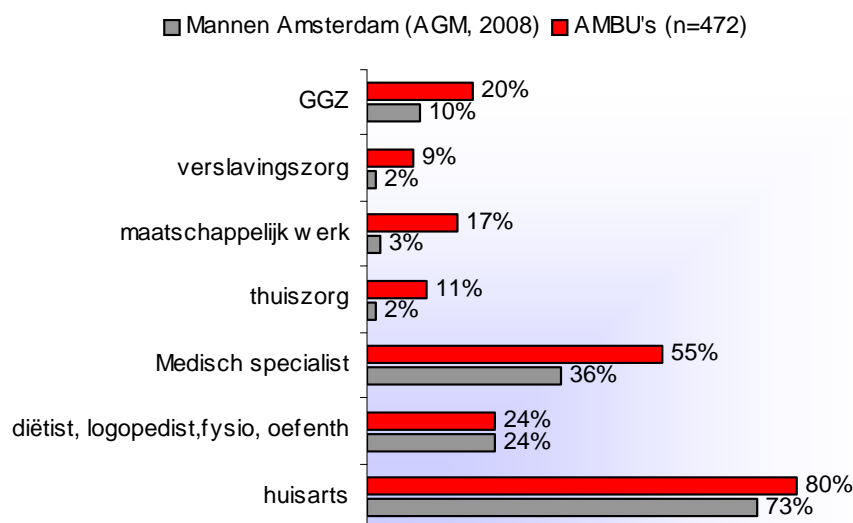
5. Zorggebruik in beeld

In hoeverre maken de mannen gebruik van formele zorg en ondersteuning?

De enige hulpbron waar mannen juist relatief veel toegang tot lijken te vinden is formele zorg. 93% van de ondervraagden is in contact geweest met een formele hulp/zorgverlener de afgelopen 12 maanden. In vergelijking met mannen uit de algemene bevolking van Amsterdam constateren we meer zorgcontacten op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, algemene maatschappelijke dienstverlening, medische specialisten en ook de huisarts. Dit relatief hoge zorggebruik is weinig verbazend gezien de relatief hoge ziektelast.

5.1. Zorgcontacten

Naast participatie in de samenleving, vormt het gebruik van formele ondersteuning en zorg een belangrijke maatschappelijke hulpbron die mannen kan beschermen tegen uitval. We zagen eerder dat 40% van de mannen zich in een sociaal isolement bevindt. Vanwege deze beperkte toegang tot informele steun zullen zij meer aangewezen zijn op formele zorg en ondersteuning. Ook constateerden we dat de ziektelast relatief hoog is bij de alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering en zouden daarom verwachten dat ook het zorggebruik relatief hoog is bij ondervraagden. In onderstaand figuur zien we deze verwachting waargemaakt.

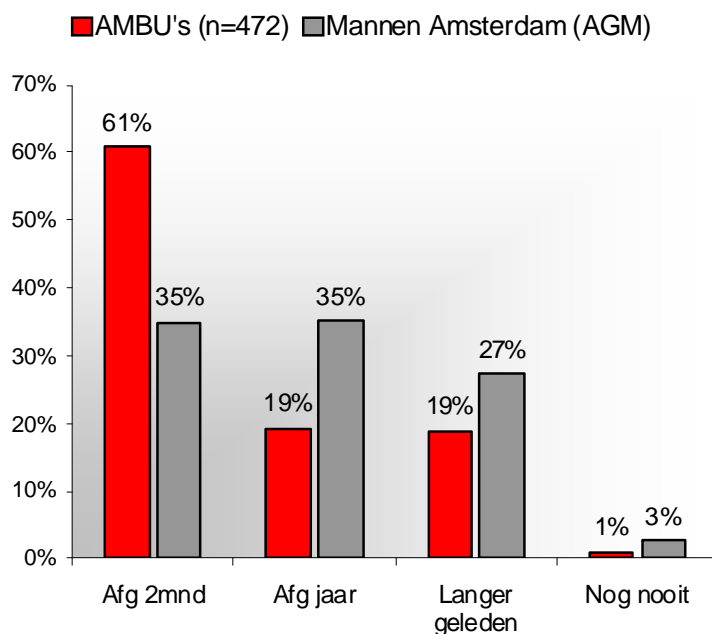


Figuur 14. Percentage mannen dat in de afgelopen 12 maanden contact met verschillende zorgaanbieders rapporteert. Percentages worden vergeleken tussen 472 Alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering (AMBU's) en mannen uit de Amsterdamse bevolking met een vergelijkbare leeftijdsverdeling (AGM 2008)

Figuur 14 geeft weer hoeveel procent van de mannen in de afgelopen twaalf maanden contact heeft gehad met verschillende soorten zorg. Op bijna alle fronten zien we dat het percentage AMBU's dat het afgelopen jaar gebruik heeft gemaakt van zorg hoger is dan bij Amsterdamse mannen uit de algemene bevolking (gecontroleerd voor leeftijd). We zien dat AMBU's in vergelijking met Amsterdamse mannen in de afgelopen twaalf maanden 2x vaker contact hebben gehad met GGZ, 4,5x vaker contact hebben gehad met verslavingszorg, 5,7x vaker contact hebben gehad met maatschappelijk werk, 4,5x vaker contact hebben gehad met thuiszorg, 1,5x vaker contact hebben gehad met een medisch specialist, en 1,1x vaker contact hebben gehad met de huisarts. Alleen het percentage mannen dat gebruik heeft gemaakt van een diëtist, ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist of oefentherapeut verschilt niet tussen AMBU's en mannen uit de algemene bevolking van Amsterdam.

Het relatief hoge zorggebruik onder de doelgroep lijkt te impliceren dat de mannen weinig beperkt zijn in de toegang tot formele hulpbronnen. In totaal is 93% van de alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering het afgelopen jaar in contact geweest met een vorm van formele zorg/ondersteuning. Een grote meerderheid van deze mannen (71%) heeft daarbij de afgelopen twaalf maanden contact gehad met drie of meer verschillende soorten zorg/hulpverlening (huisarts, GGZ, verslavingszorg, specialist, maatschappelijke dienstverlening, GGD, tandarts, keuringsarts, diëtist/fysiotherapeut/logopedist/ergotherapeut). Daarmee krijgen we het beeld van een doelgroep die in vergelijking met de algemene bevolking veelvuldig gebruik maakt van formele zorg/ondersteuning. Ook de frequentie van het huisartsbezoek bevestigt dit beeld.

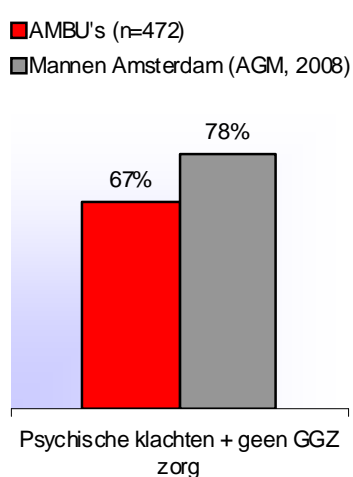
5.2. Contact met huisarts



Figuur 15 Frequentie van huisartsbezoek vergeleken tussen ondervraagde alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering (n=472) en mannen uit de algemene bevolking van Amsterdam met van dezelfde leeftijd.

In figuur 15 vergelijken we de frequentie van het huisartsbezoek van AMBU's met het huisartsbezoek van mannen uit de algemene bevolking van Amsterdam. Hieruit blijkt dat 61% van de AMBU's de afgelopen twee maanden contact heeft gehad met de huisarts terwijl dit bij 35% van de Amsterdamse mannen uit de algemene bevolking het geval is (gecontroleerd voor leeftijdsverschillen). Binnen de groep mannen die de afgelopen twee maanden contact heeft gehad met de huisarts, heeft 14% van de AMBU's vijf maal of vaker contact gehad met zijn huisarts terwijl dit percentage bij Amsterdamse mannen 4% is. Dit betekent dat 9% van de totale groep AMBU's de afgelopen twee maanden vijf maal of vaker de huisarts heeft bezocht terwijl dit percentage 'veelgebruikers' bij Amsterdamse mannen van vergelijkbare leeftijd een factor 9 kleiner is (1%).

5.3. Gebruik van GGZ naar psychische ziektelast



Figuur 16. Percentage mannen dat wel psychische klachten rapporteert maar geen contact heeft gehad met een psycholoog of psychiater de afgelopen 12 maanden vergeleken tussen ondervraagde alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering (n=472) en mannen uit de algemene bevolking van Amsterdam (gecontroleerd voor leeftijd).

Het relatief hoge zorggebruik van de mannen is weinig verrassend gezien de hogere ziektelast die we hebben geconstateerd bij deze doelgroep. Eerder constateerden we met name een relatief hoge psychische ziektelast bij de alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering: AMBU's kampen bijna 2x vaker met psychische klachten dan Amsterdams mannen uit de algemene bevolking. Hier staat tegenover dat de AMBU's ook ongeveer 2x vaker contact hebben gehad met GGZ de afgelopen twaalf maanden. In figuur 16 gaan we na of het percentage mannen met psychische klachten dat geen contact heeft gehad met GGZ hoger is onder AMBU's dan onder Amsterdamse mannen.

Twee van de drie ondervraagde AMBU's met psychische klachten heeft *geen* contact met GGZ gehad de afgelopen 12 maanden. Onder Amsterdamse mannen uit de algemene bevolking heeft 78% van de mannen met psychische klachten het afgelopen jaar geen contact gehad met een psycholoog of psychiater (gecontroleerd voor leeftijd).

Hieruit kunnen we voorzichtig opmaken dat de ondervraagde AMBU's in vergelijking met mannen uit de algemene bevolking van Amsterdam niet beperkter zijn in hun toegang tot GGZ zorg. Er zijn in verhouding meer mannen uit de algemene bevolking van Amsterdam met psychische klachten die geen gebruik maken van GGZ dan dat er AMBU's in Amsterdam wonen die kampen met psychische klachten zonder dat zij gebruik maken van GGZ zorg. Toe leiden naar GGZ zorg (verslavingszorg niet meegerekend) lijkt daarmee niet urgenter bij AMBU's dan bij mannen uit de algemene bevolking. Wel blijkt DWI een uitstekende vindplaats voor mannen met een mogelijk onvervulde zorgbehoefte op het terrein van de GGZ: ongeveer een op de drie alleenstaande mannen bij DWI heeft psychische klachten maar geen GGZ zorg.

6. Indicaties van zorgwekkend functioneren

In hoeverre constateren we indicaties van zorgwekkend functioneren bij ondervraagden?

Ongeveer een op de drie mannen lijkt in zijn bestaansvoorwaarden bedreigd te worden. Vooral problematische schulden lijken daarbij een zorgwekkend probleem te vormen. Verder vinden we een relatief hoog percentage suïcidepogingen bij de mannen en blijkt 14% van de mannen een periode van dakloosheid gekend te hebben in zijn leven.

In deze sectie beschrijven we vijf indicaties van zorgwekkend functioneren met betrekking tot:

1. een problematische financiële situatie
2. gebrekkige zelfzorg
3. ontoereikende huisvesting
4. een recente suïcidepoging
5. veroorzaken van burenoverlast

6.1. Indicaties van zorgwekkend functioneren?

De alleenstaande mannen die wij hebben ondervraagd zijn allen opgevangen in het vangnet van de bijstandsuitkering. De bedoeling van dit vangnet is in ieder geval dat mannen (de financiële middelen hebben om te) overleven. Als de mannen niet in eigen bestaansvoorwaarden weten te voorzien, dan spreken we in dit rapport van "indicaties van zorgwekkend functioneren".

Het gaat er bij dit *sterk normatieve oordeel* niet alleen om of de mannen in eigen bestaansvoorwaarden kunnen voorzien. Ook de mate waarin mannen bestaansvoorwaarden van andere burgers bedreigen is van belang. Het perspectief van waaruit het oordeel geveld wordt ligt namelijk bij de samenleving. Het gaat hier dus om meer dan basale dingen als eten, drinken, een dak boven het hoofd hebben en geld hebben (overleven). Het gaat ook om delinquent gedrag en veroorzaken van overlast (samenleven).

Of we in dit hoofdstuk 'indicaties' van zorgwekkend functioneren constateren bij ondervraagden geeft een 'indicatie' van de mate van zorgwekkendheid waarin alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering verkeren. Hoe zorgwekkend de situatie van de doelgroep is hangt af van de totale constellatie aan lasten en krachten waarmee mannen tegelijk te maken hebben.

Enige bescheidenheid

Op basis van vijf indicatorgroepen proberen we inzicht te krijgen in de vraag of mannen het weten te redden zonderen anderen daarbij tot last te zijn. Daarbij trekken we telkens een grens tussen wel en niet zorgwekkend op een bepaald domein. Percentages die we rapporteren zijn

daarmee grotendeels afhankelijk van waar we deze grens telkens leggen. Omdat deze grens arbitrair is dienen percentages die we in deze sectie vermelden opgevat te worden als schattingen. We laten eerst voor indicatorensets zien waar we de grens telkens hebben gelegd en eindigen in een totaalschatting van percentage ondervraagden met indicatie(s) van zorgwekkend functioneren.

6.2. Financiële problemen in beeld

Bij naar schatting 21% van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering constateren we indicaties van een zorgwekkende financiële situatie.

- 44% van de mannen heeft een schuld. De gemiddelde hoogte van deze schuld bedraagt ongeveer 11.000 euro.
- 27% van de mannen heeft een schuld die groter wordt of gelijk blijft. Bij deze groep verbetert de situatie dus niet
- 17% heeft conflicten met schuldeisers. Bij de groep is er dus geen sprake van een stabiele situatie.
- 27% zit minstens een week per maand zonder geld. Door schulden of andere problemen lukt het deze mannen niet rond te komen.

We beoordelen de financiële situatie als 'zorgwekkend' als ondervraagden op meer dan de helft (dus 3 of meer) van boven genoemde indicatoren een probleem constateren. Bij 21% van de ondervraagden is dit het geval.

6.3. Gebrekkige zelfzorg in beeld

Bij naar schatting 11% van de ondervraagden constateren we indicaties van zorgwekkende zelfzorg.

- Bij 23% beoordeelde de peer-interviewer het voorkomen van de respondent als onverzorgd.
- 27% van de mannen zegt op minder dan de helft van de dagen te douchen.
- 12% van de mannen eet op minder dan de helft van de dagen een warme maaltijd.

We beoordelen de zelfzorg als 'zorgwekkend' als we bij ondervraagden op meer dan de helft (dus 2 of meer) van boven genoemde indicatoren een probleem constateren. Bij 11% van de ondervraagden is dit het geval.

6.4. Ontoereikende huisvesting in beeld

Bij naar schatting 0,6% van de ondervraagden constateren we indicaties van een zorgwekkende situatie op het gebied van huisvesting.

- 11% heeft een huurschuld

- 3% heeft in afgelopen 6 maanden in de open lucht/nachtopvang voor daklozen geslapen
- 4% kan de woning onvoldoende verwarmen
- 10% woont op een tijdelijk huisadres
- 6% heeft onvolledige huisraad (ontbreekt matras, fornuis, tafel, stoelen)

We beoordelen de huisvesting als 'zorgwekkend' als we bij ondervraagden op meer dan de helft (dus 3 of meer) van boven genoemde indicatoren een probleem constateren. Bij 0,6% van de ondervraagden is dit het geval.

14 % ooit langer dan een maand dakloos geweest

Hoewel het dus goed lijkt te gaan met deze groep op het gebied van huisvesting is dit voor een substantiële groep wel eens anders geweest. In totaal is 14% van de mannen ooit in hun leven langer dan 30 dagen dakloos geweest. Van deze groep ex – daklozen heeft 10% het afgelopen half jaar op straat geslapen. De huisvesting van deze groep is dus wezenlijk verbeterd met de jaren.

6.5. Recente suïcidepogingen in beeld

Van de mannen rapporteert 2,5% een zelfmoordpoging in de afgelopen 12 maanden. In vergelijking met mannen uit de algemene bevolking is dit percentage hoog.

Ongeveer 14 % van de respondenten rapporteert ooit een zelfmoordpoging gedaan te hebben. Elf respondenten (2,5%) rapporteren een suïcide poging in de afgelopen twaalf maanden, 2,5% van de respondenten heeft zelfmoord proberen te plegen tijdens zijn jeugd en 9,6% van de respondenten rapporteert een zelfmoordpoging in de periode hiertussen (langer dan een jaar geleden, ouder dan 18).

Tabel 11. Zelf gerapporteerde suïcidepogingen van ondervraagde alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam (n=472) en van mannen uit de algemene bevolking van Nederland

	AMBU's Amsterdam (n=446)	Mannen algemene bevolking Nederland (Trimbos, 2006*)
Ooit suïcidepoging	14,3%	2,0%
Afgelopen 12 maanden suïcidepoging	2,5%	0,8%

*Bron: Ten Have et al, 2006: "Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen", Trimbos, p. 28

Op basis van de NEMESIS studie van het Trimbos instituut, rapporteren Ten Have et al. voor mannen uit de Nederlandse bevolking een percentage van 2,0% die ooit een zelfmoordpoging hebben gedaan en 0,8% die in de afgelopen 12 maanden een zelfmoordpoging hebben gedaan (2006). Deze referentiecijfers zijn niet gecorrigeerd voor de verschillen in leeftijdsopbouw en representeren dus een iets jongere groep mannen.

Alleenstaande mannen met een bijstanduitkering rapporteren dus beduidend vaker ooit een suïcidepoging en beduidend vaker recent een suïcidepoging dan mannen uit de algemene Nederlandse bevolking.

6.6. Burenoverlast in beeld

Van de totale groep ondervraagde alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering geeft 5% zelf aan overlast veroorzaakt te hebben het afgelopen jaar.

Tabel 12. Zelf gerapporteerde burenoverlast ervaren en veroorzaakt door ondervraagde alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam (n=467)

	n	%
Geen last van burens en geen overlast veroorzaakt	399	85%
Wel last van burens maar geen overlast veroorzaakt	44	9%
Geen last van burens maar wel overlast veroorzaakt	9	2%
Zowel last van burens als overlast veroorzaakt	15	3%
<i>Totaal</i>	<i>467</i>	<i>100%</i>

6.7. Totaalbeeld indicatie(s) van zorgwekkend functioneren

In hoeverre constateren we indicaties van zorgwekkend functioneren bij ondervraagden?

Bij naar schatting een op de drie ondervraagden constateren we een indicatie van zorgwekkend functioneren

Wat betreft problemen in eigen bestaansvoorwaarden vinden we dus naar schatting:

- 21% problematische schulden
- 11% gebrekkige zelfzorg
- 3% recente suïcidepogingen
- 1% ontoereikende/onstabiele huisvesting.

Wat betreft problemen die andere schaden vinden we:

- 5% veroorzaakt burenoverlast

Bij naar schatting 34% van de ondervraagden constateren we indicaties van 'zorgwekkend maatschappelijk functioneren' op tenminste één van de vijf beschreven indicatorensets.

Bij 4% van de ondervraagden constateren we zorgwekkend functioneren op meerdere van de vijf boven genoemde indicatoren.

7. De situatie vanuit het cliënt perspectief

In dit hoofdstuk beschrijven we problemen, wensen en de hulpbehoefte zoals de doelgroep deze zelf ervaart.

Eerst beschrijven we in welke mate ondervraagden de kwaliteit van hun leven in het algemeen waarderen en over welke leefgebieden zij meer en minder tevreden zijn. We sluiten de eerste sectie af met een analyse van hoe de tevredenheid met afzonderlijke leefgebieden samenhangt met de algemene kwaliteit van leven.

1. Hoe waarderen respondenten de kwaliteit van hun leven?
2. Over welke leefgebieden zijn de mannen het meest (on)tevreden?
3. Welke leefgebieden zijn geassocieerd met een hogere subjectieve kwaliteit van leven?

Vervolgens beschrijven we de wensen die ondervraagden hebben geuit en de mate waarin mannen perspectief op verbetering zien.

4. Welke leefgebieden wensen mannen te verbeteren?
5. Geloven de mannen dat beoogde verbetering mogelijk is?

Tot slot bekijken we voor de meest gewenste verbeteringen in hoeverre de mannen hier formele ondersteuning bij krijgen en zouden willen.

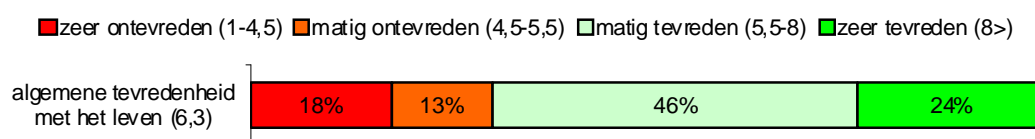
6. In hoeverre krijgen en willen mannen formele ondersteuning bij het realiseren van hun wensen?
7. Zijn mannen van plan zelf hulp te zoeken?
8. Weten mannen waar ze heen moeten voor ondersteuning?

7.1. Hoe waarden respondenten de kwaliteit van hun leven?

Ruim 2/3 van de mannen is matig tot zeer tevreden met zijn kwaliteit van leven. In vergelijking met ander onderzoek is de gemiddelde waardering van het leven in het algemeen relatief laag. Het lukt een substantieel deel van de mannen niet om zich succesvol aan te passen aan de omstandigheden van hun leefsituatie.

Ruime meerderheid tevreden met de kwaliteit van zijn leven

Respondenten hebben met een rapportcijfer beoordeeld hoe tevreden zij zijn met de kwaliteit van hun leven in het algemeen.



Figuur 17. Mate waarin alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering tevreden zijn met de algemene kwaliteit van leven (rapportcijfer)

Een ruime meerderheid van de respondenten beoordeelt zijn kwaliteit van leven met een voldoende waarbij 46% matig tevreden is met zijn leven (een rapportcijfer tussen de 5,5 en een 8) en 24% van de totale groep respondenten zich zeer tevreden uit over zijn kwaliteit van leven (een rapportcijfer van 8 of hoger).

Een minderheid (31%) van de respondent uit zich ontevreden over zijn kwaliteit van leven waarbij 14% zich matig ontevreden uit (een rapportcijfer tussen de 4,5 en een 5,5) en 18% zeer ontevreden is met zijn kwaliteit van leven (een rapportcijfer tussen de 1 en een 4,5)

Voor substantiële groep mannen lijkt uitdaging te groot

Het gemiddelde rapportcijfer voor deze groep mannen is een 6,3 en in vergelijking met ander onderzoek is dit relatief laag te noemen. Robert A. Cummins (1997) vergeleek scores op tevredenheid met het leven tussen 16 studies en constateerde relatief stabiele populatie scores: gemiddelde scores lagen steeds zo rond de 75% ($\pm 2,5\%$ van schaalmaximum). Dit zou neerkomen op een gemiddeld rapportcijfers tussen de 7,5 en een 8. In dit licht is de gemiddelde populatiescore van 6,3 laag te noemen.

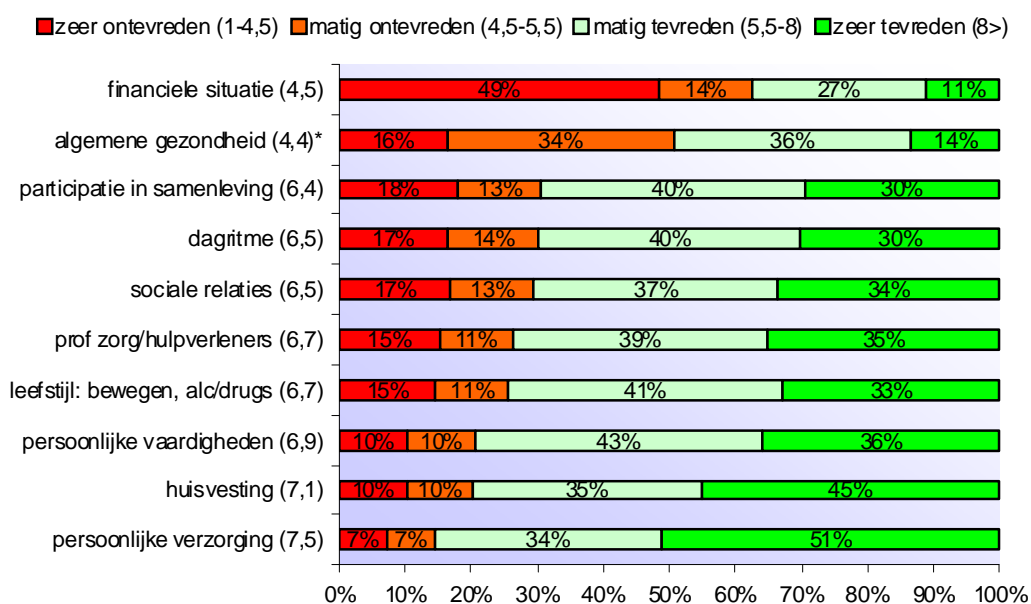
Over het algemeen gebeurt het niet vaak dat mensen zich ontevreden uit over de kwaliteit van hun leven. Uit onderzoek blijkt dat mensen in staat zijn hun subjectieve kwaliteit van leven te handhaven onder stressvolle omstandigheden (Cummins & Nistico, 2000; Mellon, 2005). In de populatie AMBU's blijkt de uitdaging voor 31% van de mannen te groot. Deze substantiële groep mannen is ontevreden over de kwaliteit van zijn leven.

7.2. Met welke leefgebieden zijn de mannen het meest (on)tevreden?

Mannen zijn vooral ontevreden met hun financiële situatie en hun algemene gezondheid. Tevreden zijn mannen vooral met hun huisvesting en persoonlijke verzorging.

Meest ontevreden met financiële situatie en gezondheid

In figuur 18 ziet u hoe tevreden de mannen zijn over een tiental leefgebieden. Over twee leefgebieden zijn de mannen opvallend ontevreden: de financiële situatie (gemiddeld rapportcijfer van 4,5) en de algemene gezondheid (gemiddeld rapportcijfer van 4,4¹¹).



Figuur 18. Mate waarin ondervraagde alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam (n=472) tevreden zijn met tien verschillende leefgebieden (gemiddeld rapportcijfer op leefgebied wordt tussen haakjes weergegeven achter betreffende leefgebied).

Over de financiële situatie is de helft van de mannen (49%) zeer ontevreden en slechts 37% matig of zeer tevreden. Over de algemene gezondheid is de helft van de respondenten ontevreden, maar is het percentage mannen dat zeer ontevreden is (18%) beduidend lager dan het percentage mannen dat zeer ontevreden is met zijn financiële situatie (49%).

Over de andere leefgebieden uiten respondenten zich meer tevreden en liggen scores dichter bij elkaar

Meest tevreden met persoonlijke verzorging en huisvesting

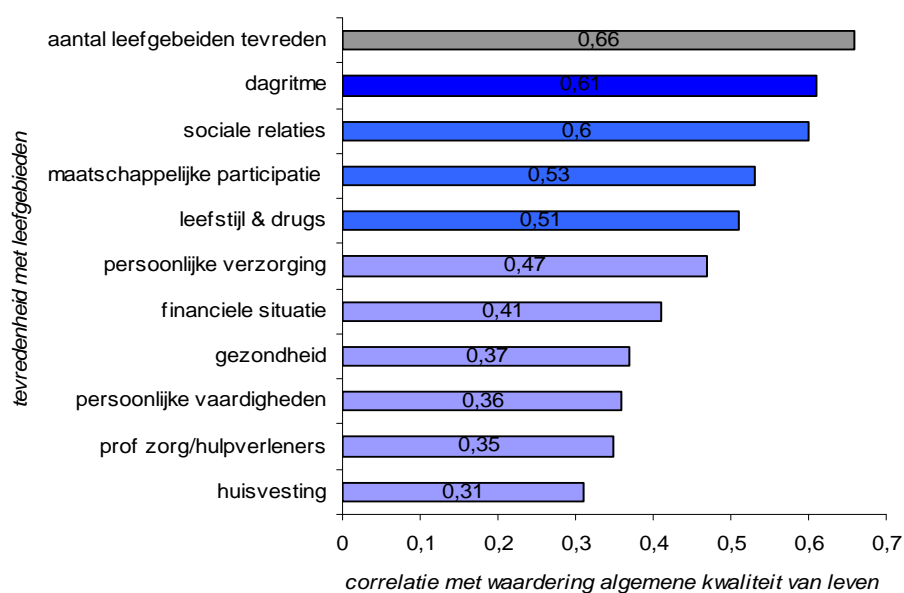
Over huisvesting (7,1) en persoonlijke verzorging (7,5) uiten de mannen zich gemiddeld het meest tevreden. Voor elk van deze leefgebieden spreekt ongeveer de helft van de mannen zich zeer tevreden uit.

¹¹ De subjectieve gezondheidsbeleving is niet met een rapportcijfer gemeten. Respondenten waardeerden hun gezondheid op een 5-punts schaal (1=uitstekend; 5=slecht). Om de gemiddelde subjectieve gezondheidsbeleving te kunnen vergelijken met tevredenheid op andere levensdomeinen is de schaal getransformeerd naar een rapportcijfer tussen 1 (slechte gezondheid) en 10 (uistekende gezondheid).

De overige leefgebieden waarderen mannen gemiddeld met een rapportcijfer tussen de 6,9 en 6,4. Op volgorde van oplopende gemiddelde tevredenheid betreft dit de leefgebieden participatie in de samenleving (gemiddeld rapportcijfer van 6,4), het dagritme (6,5), sociale relaties (6,5), professionele hulp/zorgverleners (6,7), leefstijl (6,7) en persoonlijke vaardigheden (6,9).

7.3. Welke leefgebieden zijn het sterkst geassocieerd met een hogere subjectieve kwaliteit van leven?

Uit een eenvoudige analyse blijkt vooral het totaal aantal leefgebieden waar mannen tevreden over zijn bepalend voor de algemene kwaliteit van leven. Afzonderlijke leefgebieden die sterk samenhangen met de algemene kwaliteit van leven zijn dagritme, participatie, sociale relaties en leefstijl (roken, bewegen en drugsgebruik). Tevredenheid met de gezondheid en de financiële situatie behoren tot de leefgebieden die matig sterk samenhangen met een betere kwaliteit van leven in het algemeen.



Figuur 19. Correlaties (Pearson) tussen rapportcijfers tevredenheid met verschillende leefgebieden enerzijds en rapportcijfer voor de algemene kwaliteit van leven anderzijds.

In figuur 19 ziet u de correlaties¹² tussen elk van de leefgebieden enerzijds en de kwaliteit van leven in het algemeen anderzijds. In figuur 19 staan de leefgebieden die het sterkst samenhangen met de algemene kwaliteit van leven bovenaan.

¹² Een correlatie varieert tussen 0 en 1 en is hoger naarmate de samenhang groter is (indeling: sterke samenhangen $r=0,5 - 0,75$, matig sterke samenhangen $r=0,3 - 0,5$).

Vooral van belang: aantal leefgebieden waar mannen tevreden over zijn

Naarmate mannen meer tevreden zijn op het ene domein zijn zij ook meer tevreden op het andere domein en zijn zij uiteindelijk ook meer tevreden met de algemene kwaliteit van leven. Alle leefgebieden hangen namelijk matig tot sterk samen met elkaar en met de algemene tevredenheid met het leven.

Het aantal leefgebieden waarop respondenten (on)tevreden zijn hangt het sterkst samen met de ervaren kwaliteit van leven ($r = 0,66$). Gemiddeld zijn mannen over 3 verschillende leefgebieden ontevreden. Gemiddeld waarderen de mannen hun kwaliteit van leven met een 6,3. Mannen die over meer dan 3 leefgebieden ontevreden zijn zullen over het algemeen dus ook de kwaliteit van leven met een cijfer lager dan een 6,3 beoordelen.

Dit lijkt te betekenen dat mannen ontevredenheid op het ene domein kunnen compenseren met tevredenheid op een ander domein. Hierbij lijken sommige leefdomeinen meer verschil te maken dan andere domeinen.

Sterke samenhangen: dagritme, participatie, sociale relaties en leefstijl

Van de afzonderlijke leefgebieden zien we dat de mate van tevredenheid over het dagritme ($r = 0,61$) en sociale relaties ($r = 0,60$) het sterkst samenhangen met de mate waarin respondenten tevreden zijn over de kwaliteit van leven. Ook de mate waarin respondenten tevreden zijn over de manier waarop zij meedoen en bijdragen aan de samenleving ($r = 0,53$) en de mate van tevredenheid over de eigen leefstijl en drugsgebruik ($r = 0,51$) relateren sterk aan de algemene tevredenheid over het leven.

Matig sterke samenhangen: o.a. financiën en gezondheid

Verschillen in tevredenheid op de leefgebieden financiën, persoonlijke vaardigheden, gezondheid en huisvesting hangen minder sterk samen met verschillen in de algemene waardering van het leven.

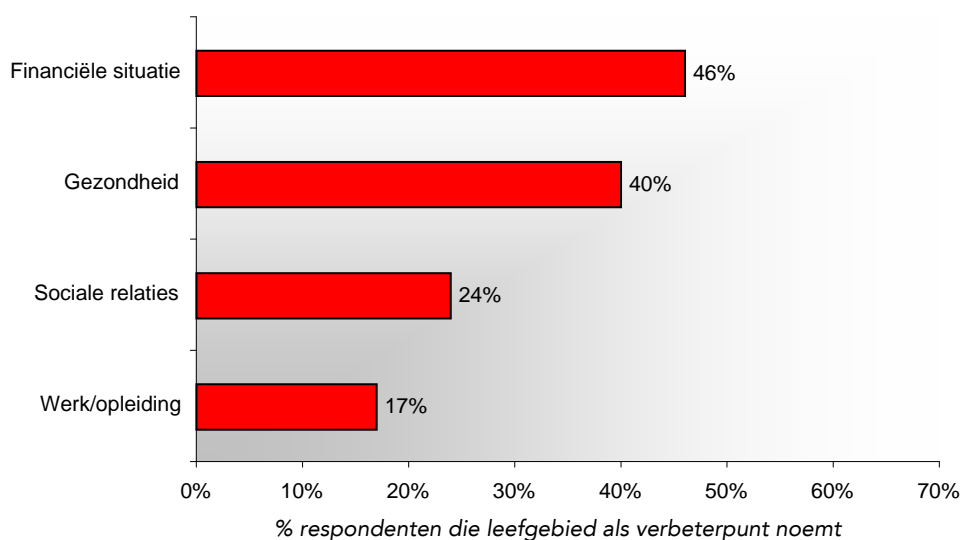
7.4. Welke leefgebieden wensen respondenten te verbeteren?

Mannen wensen vooral een betere financiële situatie en een betere gezondheid. Ook sociale relaties en werk/opleiding zijn verbetergebieden die respondenten met enige regelmaat noemen. Persoonlijke vaardigheden, participatie in de samenleving en een zinnige dagbesteding worden maar door weinigen benoemd als belangrijk verbeterpunt.

Aan respondenten vroegen wij twee onderwerpen te noemen die hun kwaliteit van leven 'met een punt' zou verbeteren. Als een respondent zijn algemene kwaliteit van leven bijvoorbeeld met een 5 beoordeelde, dan vroegen we hem welke leefgebieden zouden moeten verbeteren om zijn algemene kwaliteit van leven met een zes te beoordelen.

Meest genoemde wensen

De meest voorkomende antwoorden (>10 keer benoemd) zijn gerubriceerd en figuur 20 geeft een beeld van de vier meest genoemde verbetergebieden. Een hoger percentage geeft aan dat meer mannen het leefgebied zien als belangrijk verbeterpunt voor de eigen kwaliteit van leven.



Figuur 20. Leefgebieden waarop alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering het vaakst verbetering wensen om een hogere kwaliteit van leven te bereiken.

Verbetering van de financiële situatie en verbetering van de gezondheid zijn veruit de meest genoemde verbeterpunten. Daarna volgt verbetering van sociale relaties en verbetering op het domein van werk/opleiding¹³.

¹³ De categorie 'werk/opleiding' hebben we niet 'participatie' genoemd omdat mannen uitsluitend 'werk' en 'opleiding' noemen als verbeteronderwerpen en niet 'vrijwilligerswerk', 'lid worden van een vereniging' of andere onderwerpen die verwijzen naar 'meedoen in de samenleving'. Om zo dicht mogelijk bij de formulering van de doelgroep te blijven, hebben we deze categorie daarom werk/opleiding genoemd.

Andere wensen

Andere onderwerpen die de mannen noemden hebben betrekking op verbetering van persoonlijke vaardigheden (10%), verbetering van huisvesting (8%), verbetering op het gebied van politiek/maatschappij (5%) en verbetering van leefstijl (4%). Een kwart van de respondenten noemt andere onderwerpen die we niet hebben gecategoriseerd.

Tabel 13. Wensen: leefgebieden die in ogen van respondenten verbeterd moeten worden om een hogere kwaliteit van leven te bereiken.

Verbetering van:	% onderwerp genoemd
Financiële situatie	46%
schulden	6%
algemene financiële situatie	40%
Gezondheid	40%
verslaving	3%
psychisch	5%
lichamelijk	10%
algemene gezondheid	24%
Sociale relaties	24 %
partner	8,8%
familie	6,4%
sociale contacten	9,8%
Werk / Opleiding	17%
werk	15%
opleiding	3%
Persoonlijke vaardigheden	10%
Huisvesting	8%
Politiek & Maatschappij	5%
Leefstijl	4%
Andere onderwerpen	25%

Respondenten hebben de verbetergebieden meestal in algemene termen benoemd. Wanneer respondenten de financiële situatie nader specificeren, noemen zij schulden (6%).

Wanneer respondenten de gezondheidssituatie nader specificeren noemen zij twee maal vaker lichamelijke dan psychische gezondheid.

Ongeveer 3% van de mannen noemt het afkomen van een drugs of alcohol verslaving (stoppen met roken valt hier niet onder) als een belangrijk verbeterpunt.

Verbetergebieden die mannen noemen op het gebied van sociale relaties zijn verbeterde familierelaties (ook met hun kinderen), het vinden van een partner en meer sociale contacten in het algemeen.

Wat betreft het domein van participatie noemen de mannen 'werk' en 'opleiding'. Onderwerpen als vrijwilligerswerk, een zinnige dagbesteding of lid worden van een vereniging worden slechts door een enkeling genoemd.

Onder de categorie persoonlijke vaardigheden hebben we alle formuleringen opgenomen die expliciet betrekking hadden op eigen vaardigheden (ook bijvoorbeeld sociale vaardigheden of beter met geld omgaan of coping skills). Slechts 10% van de respondenten geeft expliciet aan dat een verbeterde kwaliteit van leven bereikt kan worden door aan eigen vaardigheden te werken. Voorbeelden van onderwerpen die genoemd worden zijn

verbeteren van Nederlandse taalvaardigheden, betere communicatieve vaardigheden, meer discipline en meer zelfbeheersing.

Onderwerpen onder de rubriek 'politiek & maatschappij' zijn bijvoorbeeld wereldvrede, maatschappelijke positie, een veilig Afghanistan voor iedereen, de politieke situatie in Iran.

Leefstijl betref vooral stoppen met roken en meer bewegen. Andere onderwerpen die maar enkele respondenten noemden, waren bijvoorbeeld dagbesteding, huishouden beter op orde, contact met instanties, het weer, het klimaat, geloof, en zingeving.

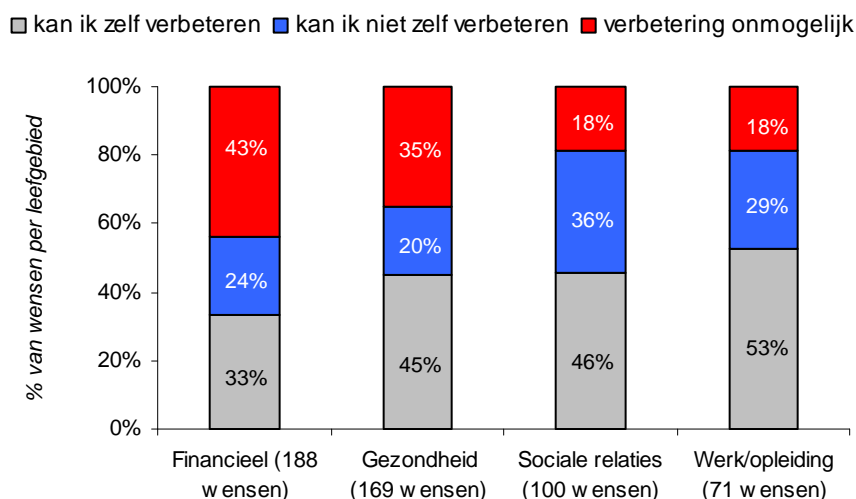
7.5. Geloven de mannen dat de gewenste verbetering mogelijk is?

Een minderheid van de mannen denkt zelf de gewenste verbetering in gang te kunnen zetten. Op het gebied van gezondheid en vooral op het gebied van financiën lijkt het relatief veel mannen aan toekomstperspectief te ontbreken. Vooral over de veel geuite wens op een betere financiële situatie, denkt een substantieel deel van de mannen dat deze verbetering niet mogelijk is.

We hebben respondenten gevraagd of zij denken dat het mogelijk is door hen zelf genoemde onderwerpen te verbeteren. Vervolgens hebben we gevraagd of zij denken de gewenste verandering zelf in gang te kunnen zetten binnen zes maanden.

Minderheid kan zelf verbeteren

Voor een minderheid van de wensen geldt dat respondenten denken de gewenste verbetering zelf in gang te kunnen zetten binnen zes maanden. Bij wensen betreft een betere financiële situatie geloven mannen in verhouding het minst vaak deze verandering zelf teweeg te kunnen brengen. Bij slechts een derde deel van de wensen op het gebied van financiën denken mannen zelf binnen zes maanden verandering te kunnen realiseren. Bij wensen over verbetering van gezondheid, sociale relaties en werk/opleiding ligt dit percentage rond de 50%.



Figuur 21. Voor de vier meest genoemde wensen: mate waarin alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering die wens op betreffend leefgebied geuit hebben (a) denken dat deze verbetering mogelijk is (b) denken de beoogde verbetering zelf te kunnen realiseren binnen 6 maanden.

Weinig toekomstperspectief financiën en gezondheid

Bij gewenste verbetering op het gebied van gezondheid en vooral financiën, denken ondervraagden in verhouding vaker dat verbetering onmogelijk is. Op deze leefgebieden ziet een substantieel deel van de ondervraagden relatief weinig toekomstperspectief.

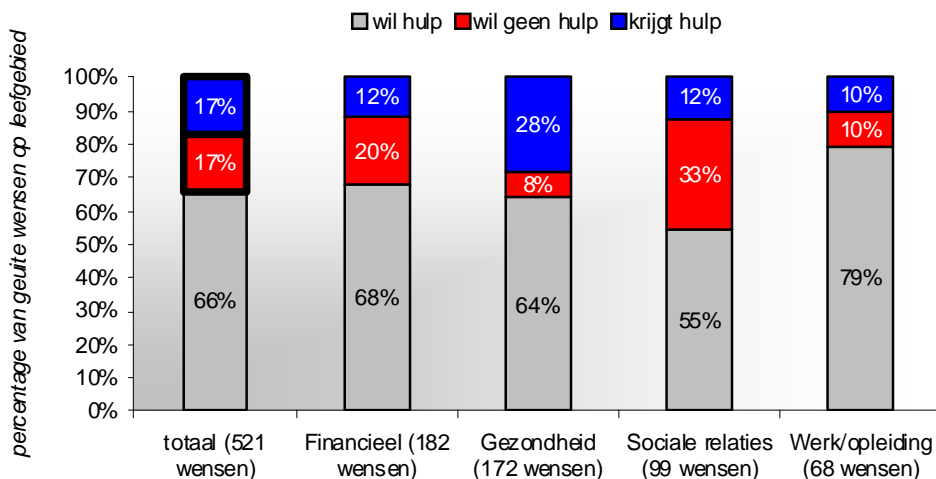
Bij met name sociale relaties maar ook op het gebied van werk/opleiding, geloven de mannen in verhouding wel vaker dat verbetering mogelijk is maar niet dat zij zelf de gewenste verbetering in gang kunnen zetten.

7.6. In hoeverre krijgen en willen de mannen formele zorg of ondersteuning bij de wensen die zij zelf noemen?

Bij 17% van de wensen rapporteren mannen formele ondersteuning te krijgen bij het realiseren van de wens. Bij wensen op het gebied van gezondheid zeggen mannen in verhouding het vaakst ondersteuning te krijgen.

Mannen lijken in de meeste gevallen formele ondersteuning te accepteren bij zelf geuite wensen. Bij 66% van de geuite wensen rapporteren mannen geen formele ondersteuning te krijgen en deze ondersteuning wel te accepteren als het hen aangeboden werd. De bereidheid hulp te accepteren is het laagst op het gebied van sociale relaties.

Elke respondent heeft een of twee wensen geformuleerd. In totaal hadden 521 van deze wensen betrekking op de financiële situatie, gezondheid, sociale relaties en werk/opleiding. In figuur 22 kunt u zien bij hoeveel van deze wensen respondenten formele ondersteuning krijgen en willen. Deze percentages ziet u voor het totale aantal wensen en per afzonderlijk leefgebied.



Figuur 22. Voor de vier meest genoemde wensen: mate waarin alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering die een wens op betreffend leefgebied geuit hebben hulp krijgen en hulp zouden accepteren bij het realiseren van de gewenste verbetering.

17% Krijgt formele hulp

Bij 17% van de gewenste verbeteringen rapporteren mannen formele ondersteuning te krijgen.

Wat niet direct in bovenstaand figuur is af te lezen, is dat veruit de meeste wensen waar

respondenten ondersteuning bij krijgen liggen op het gebied van gezondheid (28% van 172 wensen = 48 van de in totaal 521 wensen = 9% van totale wensenpakket) gevolgd door financiën (4% van totale wensenpakket), sociale relaties (2% van totale wensenpakket) en werk/opleiding (1% van totale wensenpakket).

Ervaren ondersteuning per leefgebied

Eerder constateerden we relatief veel zorgcontacten bij de mannen. Bij 'slechts' 28% van de wensen met betrekking tot gezondheid zeggen mannen echter formeel ondersteund te worden. Kennelijk ervaart een grote meerderheid van de mannen geen formele ondersteuning bij de gezondheidswensen die zij uiten. Op de andere drie leefgebieden is het percentage wensen waarvoor mannen ondersteuning krijgen in verhouding lager en onderling ongeveer gelijk (tussen de 10-12%).

65% Zou ondersteuning accepteren

Bij 65% van de gewenste verbeteringen krijgen mannen geen formele ondersteuning maar zouden zij deze ondersteuning *wel accepteren*. Het gaat hier om verbeteringen die de mannen *zelf wensen* en waarvoor zij *bereid zijn formele hulp te accepteren* die zij nog niet ontvangen. Wensen waar de mannen ondersteuning bij zouden accepteren, liggen vooral op het gebied van financiën (123/521) en gezondheid (110/521).

Op het gebied van sociale relaties en werk/opleiding staat een 'outreachinge hulpverlener' voor een grotere uitdaging. Er worden op deze terreinen namelijk ongeveer twee keer zo weinig wensen geuit waar mannen hulp bij zouden accepteren (voor beide domeinen 54/521).

Bereidheid hulp te accepteren per leefgebied

De bereidheid formele hulp te accepteren, is het laagst op het sociale domein. Zelfs onder mannen die zelf sociale relaties wensen te verbeteren, wil een op de drie mannen geen formele ondersteuning bij deze wens. Voor het realiseren van financiële wensen wil 20% geen hulp. Voor wensen betreft verbetering van werk/inkomen en voor gezondheid is de bereidheid hulp te accepteren in verhouding het hoogst. Op deze leefgebieden is slechts 10% - 8% niet bereid hulp te accepteren.

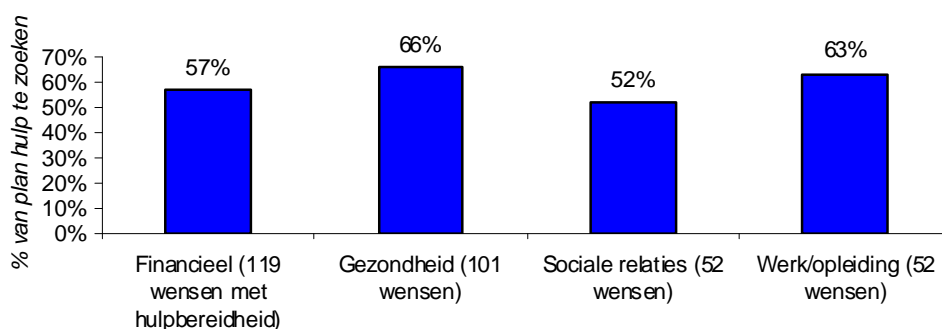
7.7. Gaan mannen zelf hulp zoeken?

Bij 60% van de wensen waarbij mannen bereid zijn hulp te accepteren, zeggen respondenten van plan te zijn zelf hulp te gaan zoeken. Op het gebied van informatie verstrekking lijkt er nog winst te behalen. Bij 46% van wensen waar mannen zeggen bereid zijn hulp te accepteren zeggen mannen niet te weten waar zij heen moeten om deze hulp te krijgen. Op het gebied van sociale relaties zijn mannen in verhouding het minst vaak van plan hulp te zoeken en weten zij het ook het minst vaak waar ze voor deze hulp kunnen aankloppen.

Tot nu hebben we geschreven over “bereidheid formele ondersteuning te accepteren”. Dit rapport is geschreven vanuit een preventief OGGz perspectief. Bij preventie van OGGz vindt vaak ‘outreachinge’ hulpverlening plaats. De reden hiervoor is de verwachting dat cliënten om uiteenlopende redenen niet zelf zullen aankloppen voor hulp die uitval kan voorkomen. In deze laatste sectie bekijken we in hoeverre respondenten van plan zijn zelf hulp te zoeken om de eigen wensen te realiseren. Zijn de mannen van plan zelf hulp te gaan zoeken? En op welke leefgebieden? En weten ze waar ze heen moeten?

Zijn mannen die hulp zouden accepteren van plan zelf hulp te zoeken?

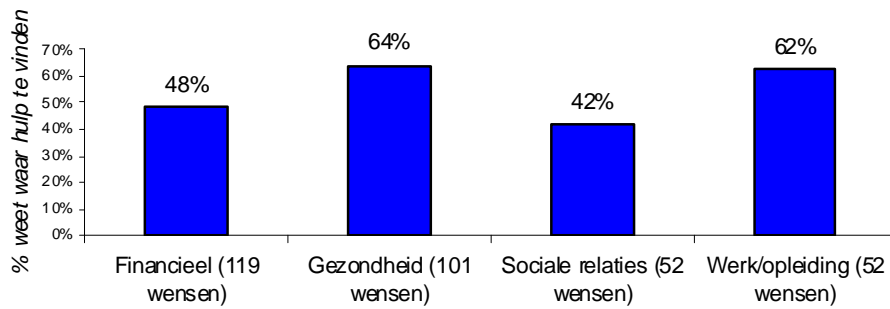
Bij een meerderheid (60%) van wensen waarbij mannen hulp zouden accepteren zeggen mannen de intentie te hebben zelf hulp te gaan zoeken. Respondenten zijn het minst vaak van plan hulp te zoeken bij wensen op het gebied van sociale relaties (52% intentie hulp te zoeken) en de financiële situatie (57% intentie hulp te zoeken). Bij wensen op het gebied van gezondheid (63%) en werk (66%) zijn mannen vaker van plan hulp te zoeken.



Figuur 23. Van geuite wensen waarbij mannen hulp accepteren: per leefgebied percentage mannen die van plan zijn zelf hulp te zoeken binnen 6 maanden

Weten mannen waar zij hulp kunnen vinden?

Mannen weten het minst goed waar ze terecht kunnen voor formele ondersteuning bij wensen op het gebied van sociale relaties (42% weet waar hij heen moet) en financiën (48% weet waar hij heen moet). Beter weten mannen waar ze heen moeten voor formele ondersteuning op het gebied van werk/opleiding (62% weet waar hij heen moet) en gezondheid (64% weet waar hij heen moet)



Figuur 24. Van geuite wensen waarbij mannen hulp accepteren: per leefgebied percentage mannen die weten waar zij gewenste ondersteuning kunnen vinden

Deel 3

Met welke constellatie aan lasten en krachten hebben (subgroepen) alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam tegelijk te maken?

8. Naar een totaalbeeld
9. Exploratie lasten en kracht bij vier subgroepen
10. Welke constellaties aan lasten en krachten kunnen we onderscheiden bij de subgroepen?

8. Naar een totaalbeeld

In het voorgaande hebben we *apart* een beeld geschetst van de ziektelast, de draagkracht, indicaties van zorgwekkend functioneren en de subjectieve kwaliteit van leven. We krijgen pas een adequaat beeld van hoe het staat met de leef- en gezondheidssituatie van de doelgroep als we proberen deze aspecten in samenhang te beschrijven. We schetsen een totaalbeeld door te bepalen met welke problemen ondervraagden *tegelijk* te maken hebben.

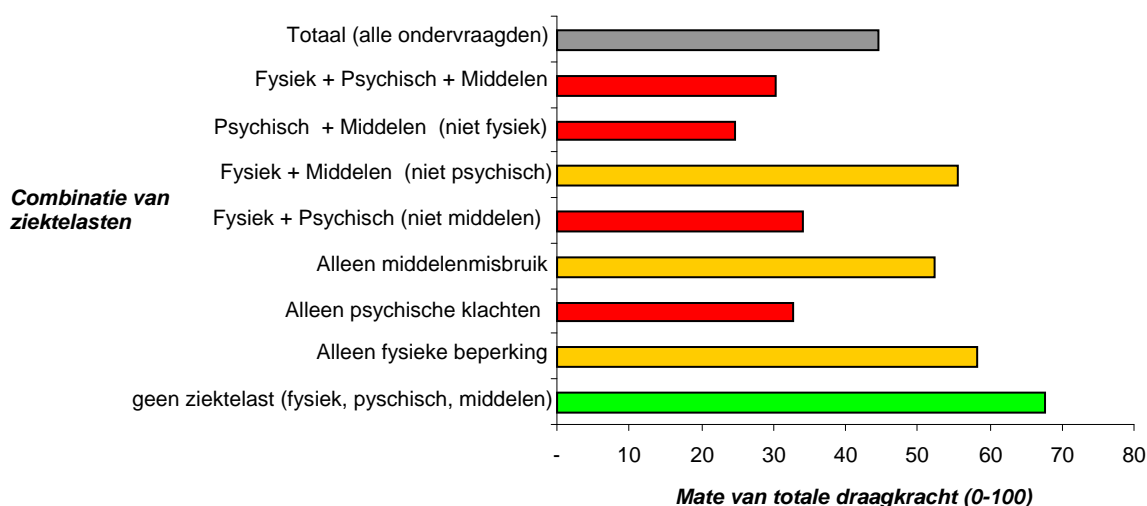
Eerst verkennen we hoe ziektelast, draagkracht en indicaties van zorgwekkend functioneren met elkaar samenhangen. Vervolgens onderscheiden we in dit hoofdstuk vier subgroepen.

8.1. Relaties tussen ziektelast, draagkracht en zorgwekkend functioneren

Naarmate respondenten kampen met een zwaardere ziektelast, beschikken zij over minder draagkracht en constateren we vaker indicaties van zorgwekkend functioneren.

Vooraf psychische ziektelast gaat samen met beperkte draagkracht

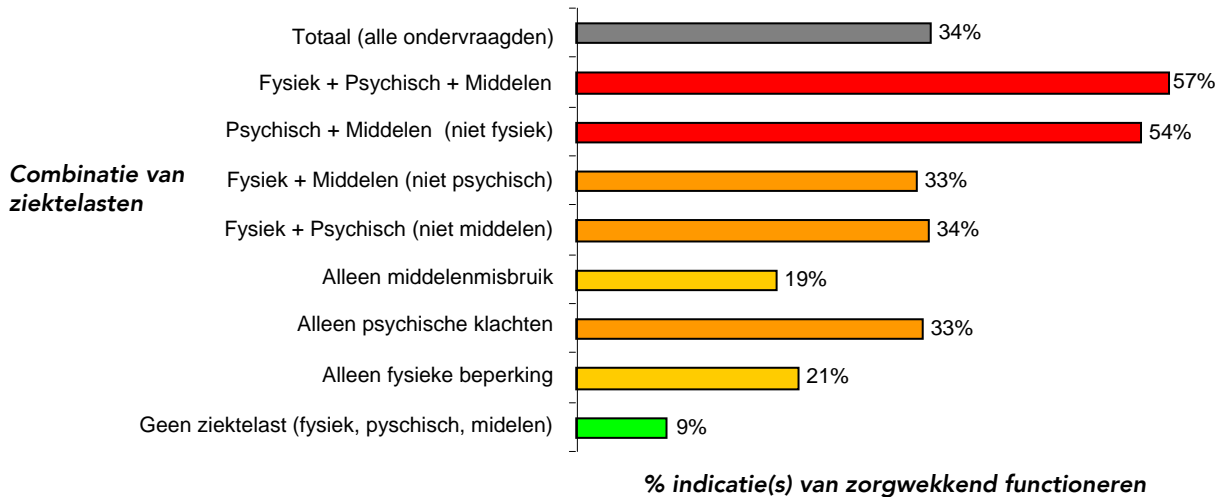
Psychische klachten lijken de meest cruciale component in de gecombineerde ziektelast van respondenten. Mannen met (ook) een psychische ziektelast hebben de minste draagkracht. Fysieke beperkingen en middelengebruik lijken in mindere mate samen te hangen met een beperkte draagkracht. Dit ziet u terug in figuur 25. In het volgende hoofdstuk zult u zien dat fysieke klachten er wel degelijk 'toe doen'. Respondenten met psychische klachten lijken namelijk ook te kampen met de zwaarste fysieke ziektelast.



Figuur 25. Mate van totale draagkracht per specifieke combinatie van ziektelasten (fysieke beperking, psychische klachten, middelenmisbruik).

Vooral psychische ziektelast gaat samen met indicaties van zorgwekkend functioneren

Een psychische ziektelast gaat ook relatief vaak samen met indicaties van zorgwekkend functioneren. De combinatie van psychische klachten en middelengebruik gaat samen met het hoogste aantal mannen dat zorgwekkend functioneert. Dit ziet u terug in figuur 26.



Figuur 26. Percentage met indicaties(s) van zorgwekkend functioneren per specifieke combinatie van ziektelasten

Een indicatie van zorgwekkend functioneren gaat samen met een beperkte draagkracht

Naarmate respondenten over minder draagkracht beschikken, constateren we significant vaker een indicatie van zorgwekkend functioneren. Tabel 13 toont dat we bij 50% van respondenten met een zeer beperkte draagkracht indicaties van zorgwekkend functioneren constateren. Bij respondenten met voldoende draagkracht constateren we bij slechts 18% indicaties van zorgwekkend functioneren.

Tabel 14. Indicaties van zorgwekkend functioneren naar mate van draagkracht

	% met indicaties van zorgwekkend functioneren
'voldoende' draagkracht	18%
'beperkte' draagkracht	31%
'zeer beperkte' draagkracht	50%

8.2. Onderscheiden van relevante subgroepen

Geen homogene groep

Niet alle alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering verkeren in een problematische situatie. **Problemen zijn verweven. Dit lijkt te betekenen dat een deel van de respondenten kampt met zowel een hoge (met name psychische) ziektelast, een beperkte draagkracht en indicaties van zorgwekkend functioneren. Ook zal een deel van de groep het juist relatief goed doen op alle domeinen.** Om recht te doen aan deze diversiteit, onderscheiden we binnen de totale doelgroep een viertal subgroepen.

Criteria voor onderscheid tussen vier subgroepen

Omdat we dit rapport schrijven vanuit een preventief Openbaar Geestelijk Gezondheidszorg perspectief, waarin het ontbreken van basisvoorwaarden een cruciaal element is en omdat psychische klachten een centrale rol lijken te spelen in de 'kluwenproblematiek' van de mannen, lag het voor de hand ons bij deze indeling van risicogroepen te concentreren op combinaties tussen (a) indicaties van zorgwekkend functioneren en (b) de psychische ziektelast.

Niet alleen leek dit de meest heldere indeling van risicogroepen op te leveren, ook bleken deze groepen zich duidelijk van elkaar te onderscheiden in termen van draagkracht, andere kenmerken van de ziektelast en demografische kenmerken.

De ene helft van de mannen ervaart momenteel psychische klachten, de andere helft niet. Deze twee groepen splitsen we elk op in mannen die zorgwekkend functioneren en mannen die niet zorgwekkend functioneren. Zo ontstaan vier groepen waarbij de ernst en aard van de problematiek duidelijk verschilt. Door deze vier groepen te beschrijven in termen van draagkracht, zorggebruik, demografische kenmerken en subjectieve kwaliteit van leven hopen we u (a) een totaalbeeld te geven van de leef- en gezondheidssituatie van elk van deze subgroepen en (b) aangrijpingspunten voor preventie te kunnen formuleren die aansluiten bij de verschillende problematieken die bij deze groep spelen.

We onderscheiden vier groepen:

Groep 1	39% mannen zonder psychische klachten en zonder 'indicaties van zorgwekkend functioneren'
Groep 2	11% mannen zonder psychische klachten maar met 'indicaties van zorgwekkend functioneren'
Groep 3	28% mannen met psychische klachten maar zonder 'indicaties van zorgwekkend functioneren'
Groep 4	22% mannen met psychische klachten en met 'indicaties van zorgwekkend functioneren'

9. Exploratie lasten en krachten bij vier subgroepen

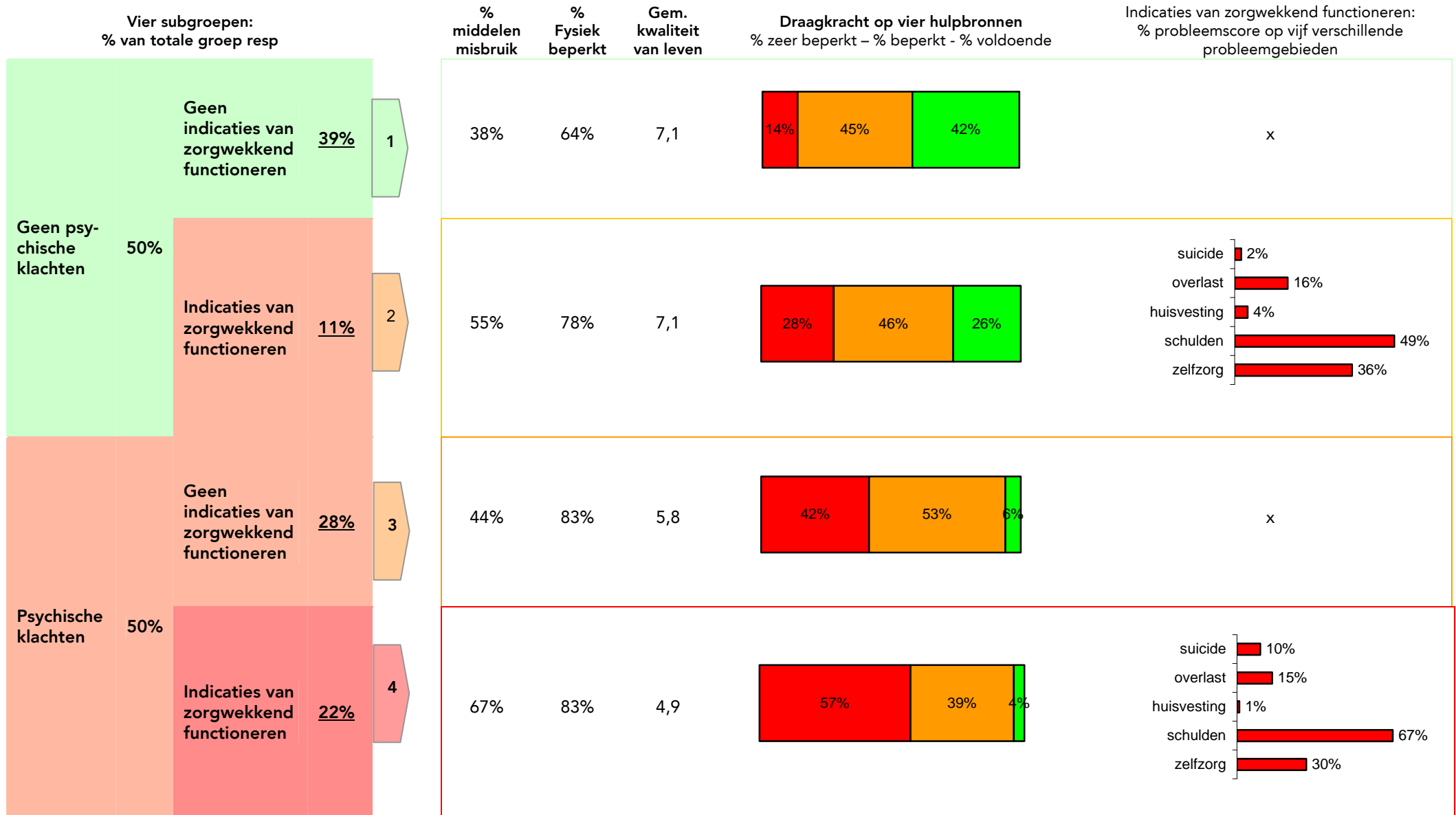
In dit hoofdstuk beschrijven we de vier subgroepen door deze onderling te vergelijken in termen van draagkracht, ziektelast, zorggebruik, kwaliteit van leven en achtergrondkenmerken.

We geven in figuur 27 op de volgende pagina eerst een totaalbeeld van de verschillende groepen en zullen vervolgens de vier groepen verder verkennen in de volgende volgorde:

1. Eerst beschrijven we groep 1 'waar het relatief goed mee gaat': de groep zonder psychische klachten waarbij we geen indicaties van zorgwekkend functioneren hebben vastgesteld.
2. Vervolgens beschrijven we groep 4 die lijkt te kampen met de zwaarste draaglast: mannen met psychische klachten en indicaties van 'zorgwekkend' functioneren.

Tot slot beschrijven we de twee middengroepen:

3. Eerst de relatief kleine groep 2 met mannen zonder psychische klachten maar met indicaties van zorgwekkend functioneren
4. Dan de grotere groep 4 bestaande uit mannen met psychische klachten maar geen indicaties van zorgwekkend functioneren.



Figuur 27. Totaalbeeld van de ziektelast, subjectieve kwaliteit van leven (rapportcijfer), totale draagkracht en indicaties van zorgwekkend functioneren bij vier subgroepen alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam (n=472).

9.1. Groep 1- De groep waar de minste problemen samenkomen.

Met ongeveer 39% van de totale responsgroep gaat het relatief goed. Deze mannen ervaren geen psychische klachten, hebben geen problematische schulden, verwaarlozen zichzelf niet en beschikken over stabiele en toereikende huisvesting. De situatie van deze groep ziet er niet bepaald rooskleurig uit, maar in vergelijking met de andere groepen gaat het op alle vlakken 'beter' met deze groep. Wat kenmerkt deze groep?

Minst zware ziektelast: ook minder fysieke beperkingen en middelengebruik

Binnen deze groep is 64% van de mannen fysiek beperkt. Bij ongeveer 17% van deze mannen gaat het hier om ernstige fysieke beperkingen. Daarmee is dit de groep met de minste fysieke beperkingen.

Bij 38% hebben we problematisch middelengebruik geconstateerd. Bij 28% betreft dit problematisch alcohol gebruik, bij 15% dagelijks cannabisgebruik en bij 7% recent gebruik van methadon, cocaïne of heroïne. Vooral binnen 'de zorgwekkende groepen' ligt het percentage mannen met problematisch middelengebruik hoger.

Meer 'beschermd' door hulpbronnen, minder 'geweld' door ontbreken ervan.

Deze mannen slagen er relatief goed in om persoonlijke, sociale en maatschappelijke hulpbronnen aan te boren. Vooral de groep mannen die werkelijk "beschermd" wordt door hulpbronnen is relatief groot binnen deze groep. 49% heeft vertrouwen in eigen waarde en kunnen. 41% heeft toegang tot een voldoende groot en betekenisvol sociaal netwerk, 36% participeert in de samenleving en heeft het gevoel 'erbij te horen', 42% heeft een zinvol dagritme weten op te bouwen. Dus zelfs binnen deze groep ontbreekt het een meerderheid van de mannen aan positieve draagkracht. Een draagkracht die zo laag is dat het in feite een last wordt (bij isolement bijvoorbeeld) komt met 14% verreweg het minst voor bij deze groep.

Meer gevoel van regie en actievere manier van omgaan met problemen

Verder hebben mannen binnen deze groep gemiddeld het meest het gevoel de regie over het leven in eigen handen te hebben. Wat betreft strategieën om met problemen om te gaan zien we bij deze groep gemiddeld het meest frequente gebruik van actieve coping en gemiddeld het minst frequente gebruik van vermijdende en palliatieve copingstijlen. Sociale steun zoeken om problemen het hoofd te bieden wordt door alle groepen even vaak gehanteerd.

Groep blinkt niet uit in geletterdheid

Wat betreft geletterdheid (taalvaardigheden, computergebruik, formulieren kunnen invullen) is deze groep niet speciaal beter dan andere groepen. Binnen deze subgroep beschikt 44% van de mannen over een startkwalificatie voor de arbeidsmarkt (opleidingsniveau vanaf mbo/havo/vwo) en dit percentage verschilt niet significant van andere subgroepen.

Minste zorggebruik

Ook lijkt het zorggebruik onder deze groep mannen het laagst. Een op de tien mannen van deze groep heeft helemaal geen contact met formele zorg gehad de afgelopen twaalf maanden. Deze groep heeft het minst contact gehad met maatschappelijke dienstverlening (14%), verslavingszorg (5%) en geestelijke gezondheidszorg (6%).

Ook ex – daklozen in deze groep!

Tot slot is het interessant te constateren dat 13% van deze relatief 'goede groep' bestaat uit mannen die ooit langer dan 30 dagen op straat hebben doorgebracht. Behalve dat deze mannen nog geen economische zelfstandigheid hebben weten te bereiken, zijn zij erin geslaagd hun leven weer op de rails te krijgen.

Kwaliteit van leven

Mannen in deze groep ervaren de kwaliteit van leven gemiddeld met een 7,1 (rapportcijfer) en zijn gemiddeld ontevreden met 1,8 verschillende leefgebieden. Daarmee zien we duidelijk dat de subjectieve beleving van de situatie in pas loopt met de normatieve beoordeling van de situatie. Deze mannen die het normatief relatief goed doen, doen het ook relatief goed in termen van de ervaren kwaliteit van leven.

Achtergrondkenmerken

In vergelijking met de andere groepen wordt deze groep gekenmerkt door een relatief hoog percentage:

- oudere mannen 55+ (51% van groep)
- mannen met een hbo/wo opleiding (31% van groep)
- mannen met meer dan 15 jaar arbeidsverleden (46% van groep)

9.2. Groep 4 - De groep waar de meeste problemen samenkomen.

Met 22% van de ondervraagden gaat het op alle vlakken zeer slecht. Bij deze groep constateren we de combinatie van psychische klachten en zorgwekkende functioneren. Binnen deze groep heeft twee op de drie mannen problematische schulden. Bij 30% constateren wij indicaties van gebrekkige zelfzorg. Een op de 10 mannen in deze groep rapporteert een recente zelfmoordpoging en 15% rapporteert overlast te veroorzaken bij burens. Hoe ziet de leefsituatie van deze groep er verder uit?

Zwaarste gecombineerde ziektelast

De combinatie psychische klachten en problematisch middelengebruik komt bij twee op de drie mannen voor binnen deze groep. Bij 45% betreft dit problematisch alcoholgebruik, bij 26% dagelijks cannabisgebruik en bij 18% recent harddrugsgebruik.

Ook de fysieke ziektelast lijkt het zwaarst binnen deze groep. Mannen in deze groep rapporteren gemiddeld 2,3 verschillende door een arts vastgestelde somatische aandoeningen. Bij deze groep hebben de mannen gemiddeld het meeste last van pijn en 83% van deze groep mannen kampt met een fysieke beperking.

Mannen in deze groep rapporteren tot slot gemiddeld de meeste rolbeperkingen ('normale' dingen niet kunnen doen) als gevolg van emotionele en ook als gevolg van fysieke problemen.

Isolement als deel van de totale problematiek:

Slechts 4% van deze groep mannen weet zich beschermd door hulpbronnen. Alle drie de soorten van isolement die we in dit onderzoek onderscheiden komen relatief veel voor bij deze groep. Bij naar schatting 60% constateren we een situatie van sociaal isolement waarin gevoelens van eenzaamheid gepaard gaan met een klein sociaal netwerk. Naar schatting 40% van deze mannen

verkeert in een maatschappelijk isolement. Deze mannen participeren niet in de samenleving en hebben ook nauwelijks het gevoel 'hierbij te horen'. Bij naar schatting 46% van de mannen vinden we een meer existentiële vorm van isolement: een situatie waarin een dagstructuur en zingeving beiden ontbreken.

Minste regie en andere persoonlijke hulpbronnen

Toegang tot persoonlijke hulpbronnen lijkt het meest beperkt bij deze groep. Naar schatting 61% van deze mannen heeft weinig vertrouwen in eigen kunnen en eigen waarde. Deze groep heeft gemiddeld het minst het gevoel de regie in eigen handen te hebben (mastery). Hiermee gepaard constateren we een relatief vermijdende en palliatieve manier van omgaan met problemen (*coping*). Een actieve strategie om met problemen om te gaan wordt het minst gehanteerd door deze groep.

Tot slot lijkt deze groep ook het minst overweg te kunnen met een computer en het minst goed formulieren in te kunnen vullen. 48% gebruikt minder vaak dan wekelijks een computer; 60% kan een formulier niet meestal/altijd zelf invullen.

Hoogste zorggebruik: ook meest ontevreden met zorggebruik

Bijna alle mannen (96%) van deze groep hebben het afgelopen jaar contact gehad met een formele zorgverlener. Daarbij heeft 52% contact gehad met meer dan vier verschillende soorten formele zorg/ondersteuning. We lijken hier niet speciaal te maken te hebben met mannen die formele zorg in zijn geheel 'mijden'. Deze groep maakt juist het meest gebruik van formele zorg/ondersteuning. Tegelijk is deze groep het meest ontevreden met de ontvangen zorg. Kijken we naar de aard van de zorgcontacten dan zien we dat 'slechts' 36% van de deze mannen contact heeft gehad met GGZ het afgelopen jaar, 24% met MAD1 en 14% met verslavingszorg. Gezien de problematiek van deze groep lijken deze percentages eerder aan de lage dan aan de hoge kant.

Huisvesting lijkt toereikend

Op het gebied van huisvesting lijkt er nauwelijks een probleem bij deze groep. Ook in deze groep vinden we bij slechts 1% ontoereikende of instabiele huisvesting.

Bij 37% van de mannen in deze groep worden financiën mede beheerd door anderen. In de meeste van deze gevallen wordt o.a. de huur direct van de bijstandsuitkering afgetrokken. Wellicht dat dit ertoe heeft bijgedragen dat we een stabiele situatie op het gebied van huisvesting aantreffen.

19% ex- daklozen

19% van de mannen in deze groep heeft ooit langer dan 30 dagen op straat geslapen. Met deze mannen gaat het dus op het gebied van huisvesting beter dan voorheen. Toch lijken deze mannen nog een marginaal bestaan te leiden.

Laagste kwaliteit van leven

Ook de subjectieve kwaliteit van leven is het laagst bij deze groep mannen. Gemiddeld beoordelen de mannen hun kwaliteit van leven met een 4,9. Een meerderheid bestaande uit 60% van de mannen beoordeelt zijn kwaliteit van leven als onvoldoende. Gemiddeld zijn de mannen ontevreden over 4,9 van de 8 verschillende leefgebieden. Hierbij zijn op alle gebieden meer mannen ontevreden dan bij de andere groepen.

Achtergrond

Wat betreft achtergrondvariabelen valt vooral op dat we hier te maken met de jongste groep mannen (gemiddelde leeftijd van 47 en 66% van deze groep is jonger dan 45 jaar)

9.3. Groep 2- De 'middengroep' met indicaties van zorgwekkend functioneren.

Bij een relatief kleine, maar duidelijk te onderscheiden, groep (11%) constateren we indicaties van zorgwekkend functioneren maar geen psychische klachten. Het zwaartepunt van de problematiek bij deze groep lijkt te liggen bij problematisch middelengebruik, problematische schulden en zelfverwaarlozing. Deze groep beschikt over meer draagkracht dan groepen mannen met psychische klachten. Mannen binnen deze groep mannen vinden over het algemeen dat het goed met hen gaat . Wat speelt er bij deze groep?

Minder zorgwekkend?

Bij deze groep vinden we minder vaak zorgwekkend functioneren op meerdere indicatoren tegelijk dan bij de hoog risicogroep (17% versus 6%). Verder is vooral ook het percentage mannen met een recente zelfmoordpoging lager binnen de groep zonder psychische klachten (2% versus 10%).

Vooraf problematische schulden, zelfverwaarlozing en overlast

Indicaties van zorgwekkend functioneren betreffen binnen deze subgroep ondervraagden vooral problematische schulden (49%), indicaties van zelfverwaarlozing (36%) en zelfgerapporteerd veroorzaken van burenoverlast (15%) .

Ziektebelasting valt mee

Wat betreft de ziektebelasting lijkt deze groep mannen meer op de groep waarmee het relatief goed gaat dan op de andere twee groepen. In vergelijking met de groep mannen met psychische klachten ervaren mannen in deze groep gemiddeld minder pijn en minder beperking bij het vervullen van hun rol ('normale' dingen doen) door een fysieke beperking.

Wel relatief vaak problematisch middelengebruik: vooral alcohol

Bij 55% van deze groep constateren we problematisch middelengebruik. Vooral problematisch alcoholgebruik (39%) is hoger bij deze groep mannen dan bij de groep waar het relatief goed mee gaat (28%) en dan bij de groep met psychische klachten maar geen zorgwekkend functioneren (28%). Bij de hoog-risico groep (groep 4) is het percentage problematisch alcohol nog iets hoger (45%). Daarmee lijkt problematisch alcoholgebruik vooral veel voor te komen bij mannen waarbij we indicaties van 'zorgwekkend functioneren' hebben geconstateerd.

Hogere draagkracht dan subgroepen met psychische klachten:

Ondanks de indicaties van zorgwekkend functioneren is de totale draagkracht van deze mannen duidelijk hoger dan bij de mannen met psychische klachten (groep 3 en 4). Het percentage mannen met voldoende hulpbronnen (26%) is hoger binnen deze groep 2 dan bij groep 3 (6%) en groep 4 (4%). Het percentage mannen binnen groep 2 met zeer beperkte hulpbronnen (28%) is kleiner dan bij groep 3 (42%) en groep 4 (57%).

De totale draagkracht van subgroep 2--ondervraagden met een indicatie van zorgwekkend functioneren maar geen psychische klachten--beduidend minder hoog dan van groep 1--mannen die eveneens geen psychische klachten hebben, maar waarbij geen indicaties van 'zorgwekkend functioneren' zijn geconstateerd. Vooral sociaal isolement (38% versus 24%) en het ontbreken van dagritme en zingeving (35% versus 18%) beperken de draagkracht van ondervraagden in groep 2 in vergelijking met mannen uit groep 1.

Relatief veel persoonlijke hulpbronnen

Deze subgroep mannen doet het relatief goed wat betreft persoonlijke hulpbronnen. De mannen ervaren gemiddeld wel minder regie over het leven dan de groep mannen zonder indicatie van zorgwekkend functioneren (groep 1), maar wat betreft actieve probleemhantering zien we weinig verschil.

In vergelijking met groep 1 ontbreekt het de mannen uit groep 2 vaker aan voldoende vertrouwen in eigen waarde en eigen kunnen (26% versus 49%). Maar het percentage mannen in groep 2 met zeer weinig vertrouwen in eigen waarde en eigen kunnen, is weinig hoger dan bij mannen uit groep 1 (18% versus 14%).

Opvallend is tot slot dat groep 2 het meest geletterd lijkt van alle groepen. De groep scoort niet zozeer beter op taalvaardigheden, maar van alle groepen hebben deze mannen het minst vaak moeite met het invullen van formulieren (25%). Ook is het percentage mannen met een startkwalificatie voor de Nederlandse arbeidsmarkt het hoogst onder deze groep (55%).

Kwaliteit van leven

Deze mannen zijn gemiddeld even tevreden met het leven als mannen waar we geen indicaties van zorgwekkend functioneren hebben geconstateerd (groep 1). Gemiddeld beoordelen mannen in groep 2 de kwaliteit van leven met een 7,1 en slechts 14% is ontevreden over zijn kwaliteit van leven.

Achtergrondkenmerken

De groep is gemiddeld ouder, beschikt over langer arbeidsverleden en is minder lang werkloos dan mannen in de andere risicogroepen 3 en 4. Binnen groep 2 bevinden zich bijna geen mannen die in hun leven nooit betaald werk hebben verricht (2%). Ook is deze groep relatief vaak ooit gehuwd geweest en nu gescheiden (45%). Mannen in groep 2 hebben relatief vaak kinderen (60%).

In verhouding:

- Meer 45-54 jarigen (48% van groep) minder 35-44 jarigen (10% van groep);
- Meer middelbaar opgeleiden (35% van groep);
- Meer gescheiden (45%);
- Hebben vaker kinderen (60%);
- Langer arbeidsverleden (gem 11,7 jaar);

9.4. Groep 3- De 'middengroep' met psychische klachten.

Bij deze laatste groep mannen die met psychische klachten kampen maar waarbij we geen indicaties van 'zorgwekkend functioneren' constateren lijkt het zwaartepunt te liggen bij een relatief zware psychische en fysieke ziektelast die gepaard gaat met een beperkte draagkracht met name op het gebied van persoonlijke en sociale hulpbronnen maar ook op het gebied van maatschappelijke participatie en een zinvol dagritme. Bij deze groep ontbreekt regie en vertrouwen in eigen kunnen alsmede een sociaal en maatschappelijk steunsysteem om een zinvolle dagstructuur in te richten.

Zware gecombineerde ziektelast

Naast psychische klachten ervaart deze groep mannen ook een relatief zware fysieke ziektelast in vergelijking met mannen zonder psychische klachten.

In vergelijking met de groep mannen waarbij we naast psychische klachten ook indicaties van zorgwekkend functioneren hebben geconstateerd lijkt de ernst van de ziektelast iets lichter. In vergelijking met de hoog risico groep vinden we vooral minder problematisch middelengebruik (44%) dan bij de hoog risicogroep (67%). Vooral het problematisch alcoholgebruik blijft bij deze groep beperkt (28%) in vergelijking met de groepen mannen waar we wel indicaties van zorgwekkend functioneren constateren.

Beperkte draagkracht

In vergelijking met de groepen zonder psychische klachten beschikken de mannen met psychische klachten maar geen indicaties van zorgwekkend functioneren over een zeer beperkte draagkracht. Vooral gebrekkig zelfvertrouwen (51%) en sociaal isolement (53%) komen relatief vaak voor bij de mannen met psychische klachten. Ook een gebrek aan een zinvol dagritme (44%) en maatschappelijk isolement (30%) komt vaker voor bij deze groep.

Toen we de vragenlijsten afnamen in 2009-2010 voerde DWI nog een actief participatiebeleid uit voor alle bijstandsccliënten. Mogelijk mede dankzij de maatschappelijke en sociale activeringsplaatsen waar mannen *destijds* aan geacht werden deel te nemen constateren we dat deze groep kwetsbare mannen *destijds* niet veel minder participeerden (50% feitelijke participatie) dan de groep 'waar het relatief goed mee gaat' (62% feitelijke participatie).

Zorggebruik

Het gemiddeld aantal verschillende zorgcontacten is bij de mannen met psychische klachten beduidend hoger (gem 3,4 binnen deze groep) dan bij mannen zonder psychische klachten (gem 2,5 bij groep waar goed mee gaat). In vergelijking met de hoog risico groep (gem. 3,7 verschillende zorgcontacten) is het verschil in zorgcontacten klein. Daarmee lijken het vooral mannen met psychische klachten te zijn die met relatief veel verschillende zorgverleners te maken hebben. Om deze reden hebben we de groep die we nu beschrijven met de term 'multi-problematiek' gelabeld.

Tabel 15. Percentage alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam (n=472) die rapporteren met meer dan 4 verschillende soorten zorg/hulpverleners contact te hebben gehad in afgelopen 12 maanden per subgroep.

<i>subgroep</i>	<i>% contact met meer dan 4 verschillende soorten hulpverleners in de afgelopen 12 maanden</i>
1. Geen psychische klachten en geen indicaties van zorgwekkend functioneren	28%
2. Geen psychische klachten maar wel indicaties van zorgwekkend functioneren	30%
3. Psychische klachten maar geen indicaties van zorgwekkend functioneren	52%
4. Psychische klachten en indicaties van zorgwekkend functioneren	52%

Kwaliteit van leven

In vergelijking met groepen mannen zonder psychische klachten (groepen 1 en 2) ervaart groep 3 een relatief lage kwaliteit van leven (gem. rapportcijfer 5,8). Een relatief groot gedeelte van de mannen (40%) beoordeelt zijn kwaliteit van leven met een onvoldoende. Mannen in de hoog (groep 4) risicogroep ervaren nog vaker een onvoldoende kwaliteit van leven (59%).

Opvallend is tot slot dat de groep mannen met psychische klachten maar geen indicaties van zorgwekkend functioneren als enige van alle groepen niet het vaakst ontevreden zijn met financiën (57% ontevreden) maar met hun gezondheid (61% ontevreden).

Achtergrondkenmerken

Net als bij de hoog risicogroep hebben we hier te maken met relatief jongere mannen (gem. leeftijd 48,2) die minder lang regulier werk hebben verricht in hun leven (gem. 10,4 jaar). Een verschil met de hoog risicogroep lijkt dat deze mannen zonder indicatie van zorgwekkend functioneren al langere tijd werkloos zijn (gem. 11,4 jaar) dan de hoog risico groep (gem. 10,3 jaar).

Tot slot typeert de groep zich door een relatief hoog percentage mannen die nooit in hun leven gehuwd zijn en een relatief laag percentage mannen met kinderen (33%)

- Veel ongehuwd (79%)
- Weinig met kinderen (33%)

10. Welke constellaties aan lasten en krachten kunnen we onderscheiden bij de subgroepen?

In dit hoofdstuk sluiten we de resultatensectie van dit rapport af door de tweede subvraag van ons onderzoek te beantwoorden: met welke constellatie aan lasten en krachten hebben (subgroepen) alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam tegelijk te maken?

Eerst geven we een samenvattende beschrijving van de vier subgroepen en labelen elke groep met een naam die lijkt te passen bij het zwaartepunt van de problematiek die we bij elk van de subgroepen hebben aangetroffen.

Vervolgens besteden we extra aandacht aan hoe de subgroepen verdeeld zijn over (a) de treden van de re-integratieladder van Dienst Werk en Inkomen en (b) de zeven verschillende stadsdelen van Amsterdam.

10.1. Een passende naam voor elk van de subgroepen

We geven elk van de vier subgroepen een label die lijkt te passen bij de constellatie aan lasten en krachten die we aantreffen. Deze labels doen geen volledig recht aan de diversiteit die we ook binnen elk van de subgroepen aantreffen, maar pogen een beeld te geven van het zwaartepunt van de gecombineerde problematiek die we hier overwegend lijken aan te treffen.

Groep 1. 'de groep waar het relatief goed mee gaat'

Bij 39% van de ondervraagden ontbreken psychische klachten en constateren we geen indicaties van zorgwekkend functioneren. In vergelijking met de andere subgroepen kampen mannen binnen deze subgroep met de minst zware ziektelast, beschikken zij over de hoogste draagkracht en ervaren zij het vaakst een acceptabele kwaliteit van leven. Deze subgroep lijkt er ondanks het ontbreken van betaald werk en geldende fysieke beperkingen *relatief* goed in geslaagd om rond te komen (geen problematische schulden), sociale contacten op peil te houden, maatschappelijke activiteiten te ontplooiën, een zinvolle dagstructuur in te richten en gevoel van eigen waarde en eigen kunnen te bewaren. Vandaar dat we deze subgroep labelen met "de groep waar het relatief goed mee gaat".

geen psychische klachten
64% fysieke beperking
38% middelenmisbruik

42% voldoende draagkracht
14% zeer beperkte draagkracht
24% > 4 verschillende zorgcontacten; 17 % ontevreden met zorg/hulpverleners

Geen indicaties van zorgwekkend functioneren

88% tevreden met de kwaliteit van leven

oudere mannen, met langer arbeidsverleden en hoger opleidingsniveau

Groep 2. 'de risicogroep die zelf tevreden lijkt'

Bij 11% van de ondervraagden constateren we indicaties van zorgwekkend functioneren maar gaat dit niet samen met psychische klachten. Aan de ene kant constateren we ernstige problemen waarbij vooral problematische schulden, middelenmisbruik en zelfverwaarlozing in het oog springen. Aan de andere kant lijken mannen in deze subgroep zelf relatief tevreden, gaan problemen niet gepaard met psychische klachten en beschikken zij over meer draagkracht dan de overige risicogroepen (groep 3 en 4). Deze mannen lijken daarmee over meer hulpbronnen te kunnen beschikken om problemen het hoofd te bieden, maar omdat zij zelf relatief tevreden zijn met hun leven lijkt de kans relatief klein dat zij de ernstige problemen die we bij hen constateren gaan oplossen of hier hulp bij zullen vragen. Hieruit volgt het label "de risicogroep die zelf tevreden lijkt"

geen psychische klachten
78% fysieke beperking
55% middelenmisbruik

26% voldoende draagkracht
28% zeer beperkte draagkracht
26% > 4 verschillende zorgcontacten; 17% ontevreden met zorg/hulpverleners

schulden (49%);
zelfverwaarlozing; (36%)
overlast (16%).
Suïcidepoging (2%)
huisvesting (4%)

86% tevreden met de kwaliteit van leven

Relatief vaak gescheiden en kinderen

Groep 3. 'stille multiproblematiek'

Bij 28% van de ondervraagden constateren we psychische klachten, maar geen indicaties van zorgwekkend functioneren. Deze subgroep kampt met een zware gecombineerde ziektelast en lijkt over onvoldoende draagkracht te beschikken om deze uitdaging het hoofd te bieden. De helft van de mannen binnen deze subgroep waardeert de kwaliteit van leven met een onvoldoende. Met name sociaal isolement, beperkte regie over het leven en weinig gevoel van eigenwaarde en kunnen typeert de beperkte draagkracht van deze subgroep. De gecombineerde problematiek die we aantreffen bij deze subgroep gaat samen met relatief veel verschillende zorgcontacten en het lukt een substantieel deel van de mannen in deze subgroep niet om een acceptabele kwaliteit van leven te realiseren. Omdat de meervoudige problematiek bij deze subgroep niet 'opvalt' door burenoverlast, achterlopende huurschulden of een suïcidepoging, noemen we de problematiek "stille multiproblematiek"

100% psychische klachten
83% fysieke beperking
44% middelenmisbruik

6% voldoende draagkracht
42% zeer beperkte draagkracht
48% > 4 verschillende zorgcontacten; 25% ontevreden met zorg/hulpverleners

geen indicaties van zorgwekkend functioneren

60% tevreden met de kwaliteit van leven

Jongere mannen met minder lang arbeidsverleden en vaker nooit gehuwd geweest

Groep 4. 'zorgwekkende multiproblematiek' OGGz?

Bij 22% van de ondervraagden komen indicaties van zorgwekkend functioneren voor in combinatie met psychische klachten. Bij twee van de drie ondervraagden binnen deze subgroep gaan psychische klachten gepaard met middelenmisbruik. Binnen deze subgroep is een meerderheid ontevreden met de kwaliteit van zijn leven en heeft een op de tien ondervraagden proberen zelfmoord te plegen in het afgelopen jaar.

Gezien het brede scala aan problemen die we bij deze subgroep aantreffen, de zeer beperkte draagkracht, de lage ervaren kwaliteit van leven in combinatie met indicaties van zorgwekkend functioneren, hebben we deze subgroep gelabeld met de term 'zorgwekkende multiproblematiek'.

100% psychische klachten
83% fysieke beperking
67% middelenmisbruik

4% voldoende draagkracht
57% zeer beperkte draagkracht
48% > 4 verschillende zorgcontacten; 42% ontevreden met zorgverleners

schulden (67%);
zelfverwaarlozing; (30%)
overlast (15%).
suïcidepoging (10%)
huisvesting (1%)

41% tevreden met de kwaliteit van leven

Jongere mannen met minder lang arbeidsverleden

10.2. Opvallende verschillen in achtergrondkenmerken tussen de risicogroepen:

- Kwetsbare groepen zijn gemiddeld jonger dan minder kwetsbare groepen.
- Kwetsbare groepen zijn gemiddeld niet langer of minder lang werkloos dan minder kwetsbare groepen, wel zien we dat kwetsbare groepen gemiddeld over een minder lang arbeidsverleden beschikken dan minder kwetsbare groepen.
- Kwetsbare groepen met meer verschillende problemen en meer verschillende soorten zorgcontacten, zijn vaker ontevreden met zorg/hulpverleners.

10.3. Uitgelicht: risicogroepen en de re-integratieladder

Uit analyses blijkt dat de meest kwetsbare subgroepen in alle treden van de re-integratieladder voorkomen en niet significant vaker in trede 1 of 2. Deze bevinding strookt niet met onze verwachtingen en ook niet met de veronderstellingen waarop de re-integratieladder stoelt.

De veronderstelling

De treden van de Dienst Werk en Inkomen Amsterdam hebben betrekking op de afstand tot de arbeidsmarkt. Hoe lager de trede, hoe groter de afstand tot werk..

Kader 4. De vijf treden van de participatieladder

Amsterdam hanteert een conceptueel kader van een participatieladder met vijf treden waarbij klanten ingedeeld worden op basis van iemands afstand tot de arbeidsmarkt.

Trede 1 <i>Zelfredzaamheid</i>	Trede 1 omvat mensen die niet in staat zijn tot een traject, vaak door een combinatie van medische en psychische factoren en andere persoonlijke omstandigheden. Zij worden vrijgesteld van de plicht om te werken aan re-integratie. Voor deze mensen is het realiseren van zelfredzaamheid een voorliggend doel. Ondersteuning voor deze groep vindt niet plaats vanuit het participatiebudget, maar via Wmo en andere zorgmiddelen.
Trede 2 <i>Burgerschap door maatschappelijke participatie</i>	Trede 2 van de participatieladder is de trede waarop klanten worden ingedeeld met een grote afstand tot de arbeidsmarkt, doorgaans omdat ze sociaal geïsoleerd zijn. Het gaat er met name om dat de klanten betrokken en geactiveerd worden (burgerschap realiseren). Mogelijke activiteiten zijn dat de klant uit het isolement van de eigen woning wordt gehaald, dat de klant vrijwilligerswerk verricht. Op trede 2 bevinden zich verder trajecten voor jongeren en bijzondere doelgroepen, zoals daklozen.
Trede 3 <i>Werknemerschap door voorbereiding op werk</i>	In de derde trede ligt de nadruk op het ontwikkelen van basisvaardigheden die onmisbaar zijn voor werknemerschap. Dit gebeurt in veel gevallen door re-integratieactiviteiten in eigen beheer van de gemeente.
Trede 4 <i>Werk door leren voor de arbeidsmarkt</i>	In deze trede worden klanten die beschikken over de benodigde basisvaardigheden in contact gebracht met beschikbare en geschikte reguliere vacatures. Met werkgevers wordt bezien welke training of scholing een werkzoekende eventueel nog nodig heeft om in dienst te kunnen treden.
Trede 5 <i>Groeien op de arbeidsmarkt</i>	In trede 5 is iemand regulier aan het werk bij een werkgever of als zelfstandige. Toch kan de gemeente middelen inzetten, bijvoorbeeld vanuit preventief perspectief (voorkomen van instroom). Denk daarbij aan ondersteuning voor werkende inburgeraars, werkende Amsterdammers met een taalachterstand of partners van iemand met een uitkering.

Bron: Sociale alliantie gemeente Amsterdam; *Meerjarenbeleidsplan Participatie 2011-2014*, p.10.

Zoals bovenstaand kader laat zien, wordt tevens verondersteld dat de tredenindeling een beeld geeft van de mate waarin cliënten worden belemmerd door gezondheidsklachten of andere belemmerende persoonlijke problemen.

Het kader laat ook zien dat het voor een individuele cliënt uitmaakt op welke trede van de re-integratieladder hij zich bevindt. De gestelde kaders bepalen onder anderen welk instrumentarium kan worden ingezet voor welke cliënt en vanuit welke budget dit wordt bekostigd.

Grof gesteld: mannen in trede 3 of hoger worden als relatief kansrijk gezien (minder kwetsbaar + kleinere afstand tot arbeidsmarkt) en zijn doelgroep voor re-integratie richting werk vanuit het participatiebudget.

Mannen in trede 1 of 2 worden als relatief kansarm beschouwd (kwetsbaarder en grotere afstand tot arbeidsmarkt) waarbij met name bevorderen van zelfredzaamheid en participatie bij de meest kwetsbaren wordt nagestreefd vanuit Wmo of andere zorgmiddelen.

De veronderstelde verschillen in kwetsbaarheid worden maar beperkt empirisch ondersteund

Risicogroepen zoals wij deze in onderhavig onderzoek hebben onderscheiden, zijn niet significant anders verdeeld over de re-integratie treden van de Dienst Werk en Inkomen van Amsterdam (chi-square, $p > 0,05$).

Tabel 16. Vier subgroepen van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam naar trede op re-integratieladder 2009.

	Trede 1		Trede 2		Trede 3		Trede 4*	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Groep 1: de groep waar het relatief goed mee gaat	60	35%	51	36%	56	46%	7	50%
Groep 2: de risicogroep die tevreden lijkt	18	11%	13	9%	18	15%	1	7%
Groep 3: stille multiproblematiek	48	28%	46	33%	26	21%	3	21%
Groep 4: zorgwekkende multiproblematiek	44	26%	30	21%	23	19%	3	21%
<i>Totaal</i>	170	100%	140	100%	123	100%	14	99%†

*Vanwege kleine aantal respondenten in trede 4, zijn analyses zonder deze groep uitgevoerd.

† afrondingsfout

Noot 1: verschillen tussen nominale groepen zijn niet significant (chi-square, $p > 0,05$), ook niet wanneer een recentere tredenindeling (oktober 2011) werd gerelateerd aan de risicogroepen.

Noot 2: als beide groepsindelingen (vier subgroepen en tredenindeling) als ordinale rangordening worden opgevat, dan vinden we een lichte, maar significante samenhang (Spearman $\rho = 0,1$; $p > 0,05$).

We vinden wel enige ondersteuning voor de gedachte dat er meer gezondheidsbeperkingen spelen bij mannen lager in de treden. Zo vinden we wel een lichte samenhang tussen de mate van risico zoals deze verschilt tussen de vier subgroepen in tabel 16 en de tredenindeling (beide opgevat als ordinale rangordening die licht, maar significant met elkaar correleren; Spearman $\rho = 0,1$; $p > 0,05$). Ook vinden we bij ondervraagden in trede 1 en 2 significant meer fysieke

beperkingen en psychische klachten dan in trede 3 en ervaren mannen in trede 3 drie gemiddeld een significant hogere kwaliteit van leven dan mannen in trede 1 en 2.

Wat betreft indicaties van zorgwekkend functioneren (schulden, zelfverwaarlozing, suïcidepogingen, huisvesting, overlast) vinden we echter geen significante relaties met de tredenindeling.

Ook de mate van totale draagkracht van ondervraagden is niet significant gerelateerd aan de tredenindeling. Van afzonderlijke draagkrachtfactoren komt alleen maatschappelijk isolement beduidend vaker voor in trede 1 (40%) dan in trede 2 of 3 (22%- 24%).

In bijlage 1, tabellen B1.5 en B1.6 vindt u een overzicht waarin kenmerken van de doelgroep worden uitgezet naar trede op de re-integratieladder.

Maatschappelijk isolement als gevolg van trede indeling?

Zoals in het meerjarenbeleidplan participatie 2011-2014 wordt gesteld: "Trede 1 omvat mensen die niet in staat zijn tot een traject, vaak door een combinatie van medische en psychische factoren en andere persoonlijke omstandigheden. Zij worden vrijgesteld van de plicht om te werken aan re-integratie".

Bevindingen wijzen uit dat mannen in trede 1 zich vaker in een maatschappelijk isolement bevinden dan mannen in trede 2 of 3. Dit verschil kan maar beperkt worden teruggevoerd op verschillen in ziektelast, draagkracht of indicaties van zorgwekkend functioneren. Het is daarmee goed mogelijk dat de verschillen in maatschappelijk isolement een *gevolg* zijn van de vrijstelling te participeren die geldt voor mannen in trede 1.

Ondervraagden in trede 1 nauwelijks kwetsbaarder dan in trede 2

In huidige onderzoek vinden we beperkte ondersteuning voor de bewering dat ondervraagden in trede 1 vaker kampen met "een combinatie van medische en psychische factoren en andere persoonlijke omstandigheden" dan mannen in hogere treden. Verschillen in kwetsbaarheid (ziektelast, draagkracht, indicaties van zorgwekkend functioneren) die we vinden hebben met name betrekking op verschillen tussen mannen in trede 1 en trede 2 enerzijds ten opzichte van mannen in trede 3 anderzijds. (verschillen tussen 1 en twee zijn niet significant).

Ondervraagden in trede 1 wel vaker in maatschappelijk isolement dan in trede 2

Aan de andere kant zien we wel dat het percentage ondervraagden in trede 1 die zich in een maatschappelijk isolement bevinden (40% maatschappelijk isolement) duidelijk en significant hoger is dan in trede 2 of trede 3 (21%-23% maatschappelijk isolement).

Onder maatschappelijk isolement verstaan we in dit onderzoek de combinatie van (a) niet participeren in de samenleving en (b) het ontbreken van overwegend positieve gevoelens van maatschappelijke inclusie (erbij horen). Interessant hierbij is dat het mannen in trede 1 niet significant vaker ontbreekt aan positieve gevoelens van maatschappelijke inclusie dan mannen in hogere treden. Alleen wat betreft feitelijke participatie zien we dat mannen in trede 1 significant minder participeren (38%) door een opleiding te volgen, vormen van (vrijwilligers) werk te verrichten, tijd te besteden aan clubs of verenigingen dan mannen in trede 2 en 3 (60%-65%).

Fysieke ziektelast wel hoger bij mannen in trede 1 dan bij mannen in trede 2

Het enige bewijs voor de veronderstelling dat mannen in trede 1 kwetsbaarder zijn dan mannen in trede 2 vinden we op het domein van de fysieke ziektelast.

Mannen in trede 1 rapporteren gemiddeld meer fysieke beperkingen dan ondervraagden uit trede 2 (T-toets; sig <0,05). Ook rapporteren mannen in trede 1 meer participatie restricties als gevolg van hun fysieke gezondheid dan mannen in trede 2 (T-toets; sig <0,05). Het verschil in feitelijke participatie kan dus bij een deel van de ondervraagden terug gevoerd worden op verschillen in fysieke gezondheid.

Maar verschil in fysieke ziektelast lijkt niet hoofdverklaring voor verschil in participatie

Een meerderheid (63%) van de ondervraagden binnen trede 1 rapporteert echter geen ernstige fysieke beperking. In tabel 17 kunt u zien dat ondervraagden in trede 1, zonder ernstige fysieke beperking, duidelijk en significant minder participeren (42% participeert) dan ondervraagden die eveneens geen ernstige fysieke beperkingen rapporteren en zich in trede 2 (70% participeert) of in trede 3 (65% participeert) bevinden.

Tabel 17. Verschil in participatiegraad alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering uitgezet naar trede op de re-integratieladder en al dan niet kampen met een ernstige fysieke beperking

		Trede 1	Trede 2	Trede 3	totaal
ernstig fysiek beperkt*	% participeert per trede	32%	51%	33%	38%
	n	57	35	15	107
niet ernstig fysiek beperkt	% participeert per trede	42%**	70%	65%	59%
	n	103	96	107	306

*Een 'ernstige fysieke beperking' behelst een score op de RAND-36 schaal fysiek functioneren <50% van het schaalmaximum.

Daarmee lijkt de verminderde participatie van een deel van de ondervraagde in trede 1 eerder het gevolg is van de vrijstelling tot re-integratie, dan een gevolg is van de vermeende verhoogde kwetsbaarheid van deze groep mannen. Dit impliceert dat mannen vaker in een maatschappelijk isolement verkeren omdat zij in trede 1 zijn ingedeeld.

Oudere AMBU's minder zorgwekkend, maar lager op tredenindeling.

Een van de redenen dat de tredenindeling maar een beperkt beeld van de kwetsbaarheid van cliënten geeft zoals wij deze hebben geoperationaliseerd in ons onderzoek, lijkt met de leeftijd van cliënten te maken te hebben.

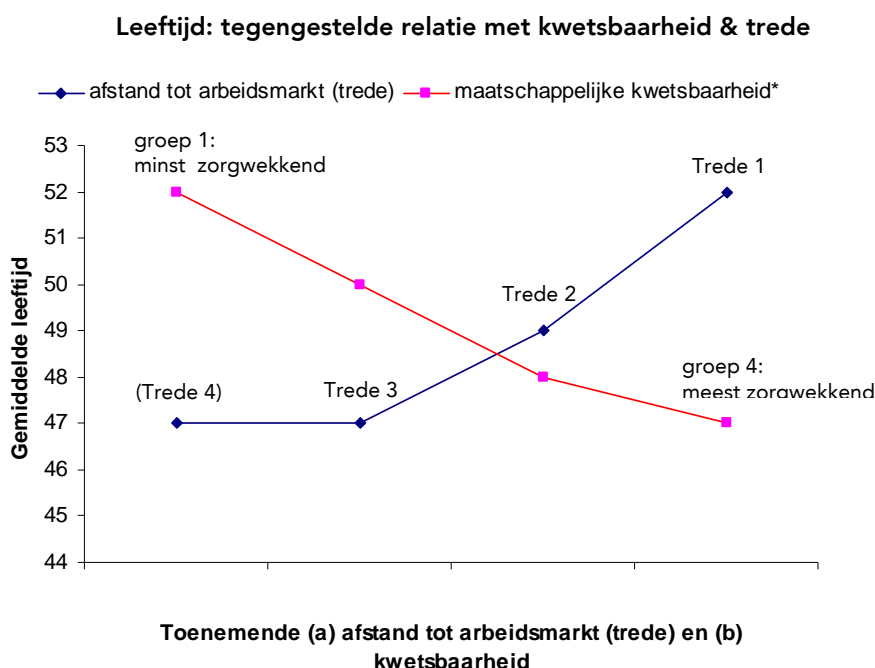
Leeftijd lijkt bij DWI een belangrijke factor bij het bepalen van de trede. Mannen lager op de treden zijn ouder. In huidig onderzoek vinden wij juist een hogere kwetsbaarheid bij jongere mannen en deze tegengestelde relatie tot leeftijd verstoort de relatie tussen de tredenindeling en mate van zorgwekkendheid waarin cliënten zich lijken te bevinden.

De enige variabele die wij hebben opgenomen in huidig onderzoek waarbij we significante verschillen vinden tussen trede 1, 2 en 3 is leeftijd. Elke trede dicht bij werk, bestaat uit een significant jongere groep. In tabel 17 ziet u duidelijk terug dat zich in lagere treden op de re-integratieladder, oudere mannen bevinden.

Tabel 18. Leeftijdsopbouw van ondervraagde alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering per trede op de re-integratie ladder van Dienst Werk en Inkomen Amsterdam (n=472).

	Trede 1	Trede 2	Trede 3
Gemiddelde leeftijd	52	49	47
23-34 jaar	2%	9%	16%
35-44 jaar	20%	22%	22%
45-54 jaar	32%	28%	39%
55-65 jaar	47%	41%	23%

Terwijl leeftijd positief samenhangt met de door klantmanagers ingeschatte afstand tot de arbeidsmarkt (oudere mannen op lagere treden), hangt leeftijd juist negatief samen met de in dit onderzoek gemeten kwetsbaarheid (mannen in zorgwekkender subgroepen, zijn juist jonger dan mannen in minder zorgwekkende subgroepen). Deze tegengestelde relatie ziet u terug in figuur 28 en kan deels verklaren waarom we maar een beperkte samenhang vinden tussen de tredenindeling en de mate van zorgwekkendheid zoals deze verschilt tussen de vier subgroepen.



Figuur 28. Gemiddelde leeftijd van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering uitgezet tegen mate van kwetsbaarheid (zoals verschilt tussen vier subgroepen) en afstand tot de arbeidsmarkt (zoals gereflecteerd in trede indeling).

Het is niet zo vreemd dat klantmanagers de jongere mannen relatief vaak op hogere treden plaatsen. Een hogere trede betekent immers dat er meer in cliënten wordt geïnvesteerd (eventuele bijscholing, re-integratieactiviteiten) en vanuit een economisch perspectief valt er meer winst te behalen bij uitstroom naar regulier werk van jongere dan van oudere mannen. De tredenindeling suggereert echter ook dat de situatie van mannen in hogere treden minder zorgwekkend zou zijn. Daar waar het jongere mannen in hogere treden betreft, blijkt dit niet waar te zijn. De situatie van deze groep blijkt juist zorgwekkender dan die van oudere mannen.

10.4. Uitgelicht: risicogroepen en stadsdelen

Voor zover mogelijk, hebben we bekeken of de risicogroepen verschillen per stadsdeel. We vinden geen significante verschillen tussen de stadsdelen.

Dit onderzoek is niet ontworpen om uitspraken te kunnen doen op stadsdeelniveau, daar hebben we simpelweg niet genoeg mannen voor geïnterviewd. Een verschil moet daarmee wel erg groot zijn om als significant te worden aangemerkt.

Als we dit even loslaten en in tabel 19 kijken naar de verdeling van de risicogroepen per stadsdeel, dan valt vooral stadsdeel Zuidoost op. In Zuidoost lijkt de groep mannen met een indicatie van 'zorgwekkend' functioneren maar geen psychisch probleem ("de risicogroep die zelf tevreden lijkt") relatief groot. In dit zelfde stadsdeel lijken we relatief weinig mannen uit de groep mannen met psychische klachten die niet zorgwekkend functioneren ("stille multiproblematiek") te vinden. Verder zien we wel wat verschillen maar zien we toch vooral dat alle risicogroepen in alle stadsdelen voorkomen.

Tabel 19. Risicogroepen alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering naar Amsterdams stadsdeel

		Totaal Amsterdam	West	Nieuw West	Centrum	Noord	Oost	Zuidoost	Zuid
Groep 1: de groep waar het relatief goed mee gaat	n	173	45	16	26	15	25	20	26
	%	39%	40%	39%	40%	40%	36%	35%	45%
Groep 2: de risicogroep die tevreden lijkt	n	50	10	4	8	4	4	12	8
	%	11%	9%	10%	12%	11%	6%	<u>21%</u>	14%
Groep 3: stille multiproblematiek	n	121	34	14	13	10	24	10	16
	%	27%	30%	34%	20%	26%	35%	<u>17%</u>	28%
Groep 4: zorgwekkende multiproblematiek	n	99	25	7	18	9	16	16	8
	%	22%	22%	17%	28%	24%	23%	28%	14%
Totaal	n	443	114	41	65	38	69	58	58
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Deel 4

Hoe zorgwekkend is de situatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering?

- 11. Conclusie en aanbevelingen
 - 11.1. Hoe zorgwekkend is de situatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering?
 - 11.2. Geen homogene doelgroep: aangrijpingspunten voor preventie per subgroep
 - 11.3. Algemene aangrijpingspunten
 - 11.4. Beperkingen van het onderzoek

11. Conclusie en aanbevelingen

11.1. Hoe zorgwekkend is de situatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering?

Totaaloordeel: positionering op multidimensionaal continuüm

De hoofdvraag die we in onderhavig rapport wilden beantwoorden was: hoe zorgwekkend is de situatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering?



Figuur 29. Conceptuele weergave van normatief en multidimensionaal continuüm waarop de situatie van bijstandsgerechtigde alleenstaande mannen tijdens de basismetings kan variëren tussen nauwelijks zorgwekkend en zorgwekkend. De vier subgroepen zijn gepositioneerd op dit continuüm.

Door per subgroep de ernst van de lasten uit te balanceren tegen de krachten, hebben we een kwalitatieve inschatting gemaakt van 'de mate van zorgwekkendheid' van de situatie waarin ondervraagden zich in 2009/2010 bevonden. De mate van zorgwekkendheids stellen we hierbij voor als een multidimensionaal continuüm waarbij de mate van zorgwekkendheid toeneemt naarmate het samenspel van *lasten* (ziektelasten, indicaties van zorgwekkend functioneren, onvoldoende subjectieve kwaliteit van leven) en *krachten* (toegang tot persoonlijke, sociale en maatschappelijke hulpbronnen) negatiever uitpakt voor individu en gemeenschap.

Naarmate de situatie zorgwekkender is, lijkt een actieve aanpak ter preventie van verder maatschappelijke uitval meer op zijn plaats omdat (a) de problematiek dan ernstiger is vanuit het perspectief van het individu en de gemeenschap en (b) de kans dat het individu problemen op eigen kracht, met behulp van zijn sociale en maatschappelijke hulpbronnen kan of wil oplossen dan kleiner is .

De situatie van de onderzochte groep zelfstandig wonende mannen met een bijstandsuitkering kan tijdens de basismetings in 2009-2010 variëren tussen 'zorgwekkend' en 'maatschappelijk redzaam' (nauwelijks zorgwekkend).

We geven een situatie het krachtige predicaat 'zorgwekkend' als de gecombineerde problematiek van ondervraagden binnen een

subgroep zich uitspreid over meerdere leefgebieden, gepaard gaat met een indicatie van zorgwekkend functioneren en samengaat met een beperkte draagkracht om het tij 'op eigen kracht' met behulp van informele en formele hulpbronnen te keren.

Op basis van het totaalbeeld van de leef- en gezondheidssituatie dat we voor vier subgroepen alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering hebben geschetst, schatten we de zorgwekkendheid van de situatie van de totale groep ondervraagde alleenstaande mannen (n=472) met een bijstandsuitkering die niet bij DWI geregistreerd staan als dakloos, geïnstitutionaliseerd of als bijzondere doelgroep, als volgt in:

- 39% - nauwelijks zorgwekkende situatie: doelgroep voor preventie
 - Groep 1: de groep waar het relatief goed mee lijkt te gaan
- 39% - matig zorgwekkende situatie: doelgroep voor preventie & herstel
 - Groep 2: de risicogroep die tevreden lijkt
 - Groep 3: stille multiproblematiek
- 22% - zorgwekkende situatie: doelgroep voor herstel (OGGz?)
 - Groep 4: zorgwekkende multiproblematiek

Alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering: doelgroep voor OGGz preventie

We zijn het onderzoek gestart vanuit de notie dat alleenstaande mannen worden over gerepresenteerd in doelgroepen van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg en lopend onderzoek heeft als doel bij te dragen aan een preventieve aanpak om deze pijnlijke en kostbare maatschappelijke uitval te voorkomen.

Als vindplaats voor alleenstaande mannen met een hoog risico op maatschappelijke uitval hebben we alleenstaande mannen die een bijstandsuitkering ontvangen van Dienst Werk en Inkomen aangewezen en de informatie die we nu hebben bevestigd de kwetsbare situatie waarin deze substantiële en vindbare groep mannen verkeert.

Bij een meerderheid van de ondervraagden lijkt de constellatie van lasten en krachten dermate in het negatieve door te slaan, dat we de situatie inschatten als matig zorgwekkend tot zorgwekkend. Dit eindoordeel impliceert dat een meerderheid van de ondervraagden in een onwenselijke (onacceptabele?) situatie verkeert en over beperkte persoonlijke en sociale hulpbronnen beschikt om op eigen kracht het tij te keren. Voorkomen van verdere maatschappelijke uitval en bevorderen van herstel lijken daarmee bij een meerderheid van de ondervraagden te vragen om een actieve aanpak.

Op basis van onze eerste meting onder een representatieve dwarsdoorsnede van zelfstandig wonende mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam die bij DWI niet in beeld zijn als dakloos, thuisloos of 'bijzondere doelgroep' (daklozen uitkering), lijken preventieve maatregelen bij een substantieel deel van de mannen te laat. Naar schatting 22% van de ondervraagden lijkt al tot de doelgroep van de (individuele) openbare geestelijk gezondheidszorg te kunnen behoren. Het vraagtken dat we hierachter plaatsen (OGGz?) heeft betrekking op (a) het feit dat we tot deze schatting komen middels zelfgerapporteerde gegevens: aan dit oordeel ligt geen medische diagnose of professionele inschattingen ten grondslag en (b) het feit dat alle ondervraagden in deze doelgroep een dak boven het hoofd hebben (zelfstandig wonend) en een inkomen hebben (bijstandsuitkering) en daarmee niet tot de zwaarste doelgroepen van de OGGz behoren (voor

deze groep waar dakloosheid samengaat met psychiatrische klachten en/of verslaving reserveren we het predicaat 'zeer zorgwekkend').

Ook voorkomen van terugval

Ook constateren we dat 14% van de alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering ooit langer dan 30 dagen dakloos is geweest. Deze groep beschikt nu in ieder geval over een huis en een inkomen en lijkt daarmee op deze dimensies een opwaartse beweging te hebben gemaakt. Bij deze groep ligt de nadruk meer op voorkomen van terugval en verder herstel richting maatschappelijke redzaamheid.

Aantallen (schatting)

Wanneer we de schatting projecteren op de totale onderzoeksgroep van 9200 Amsterdamse alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering die in 2009 voldeden aan de inclusiecriteria van het onderzoek en hierbij optellen de groep alleenstaande mannen die bij DWI Amsterdam in beeld was als bijzondere doelgroep (daklozenuitkering), dan komen we op de volgende schatting:

Tabel 20. Inschatting van de situatie waarin 11.000 alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering tussen de 23 en 65 jaar oud, zich in Amsterdam bevinden (inclusief. bijzondere doelgroep)

<i>aantal</i>	<i>situatie</i>
3.600	relatief redzaam
3.600	matig zorgwekkend
2.000	zorgwekkend
1.800	bijzondere doelgroep (daklozenuitkering)
11.000	<i>totaal</i>

11.2. Beperkingen van de studie

Afkappunten

In huidig rapport hebben we een globaal beeld geschetst van de leef- en gezondheidssituatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering. Om juiste inschatting te maken van de krachten en lasten van deze doelgroep hebben we zoveel mogelijk gebruik gemaakt van gestandaardiseerde meetinstrumenten.

Op veel gebieden ontbraken ofwel deze meetinstrumenten ofwel de benodigde normscores om bijvoorbeeld het percentage respondenten in een maatschappelijk isolement, of met gebrekkige huisvesting of met gebrekkige zelfzorg of met een positief zelfbeeld of met voldoende zingeving te kunnen berekenen.

We hebben zelf een aantal instrumenten samengesteld en zelf afkappunten gekozen om niet alleen de ziektelast in kaart te brengen maar ook globale schattingen te kunnen maken van het aantal alleenstaande mannen met 'voldoende draagkracht' en met 'indicaties van zorgwekkend functioneren'.

De afkappunten die we hebben gehanteerd om het verschil tussen bijvoorbeeld wel of niet 'voldoende' draagkracht te maken, zijn discutabel. Daarmee staan ook de daaruit voortvloeiende prevalentiecijfers ter discussie. De gerapporteerde omvang van lasten en krachten bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering dienen dus globaal geïnterpreteerd te worden. De in dit rapport geconstateerde problemen kunnen echter moeilijk gebagatelliseerd worden. Het is namelijk aannemelijker dat gerapporteerde percentages die voortvloeien uit onze normatief bepaalde afkappunten hebben geleid tot een *onderschatting* van problemen, dan tot een overschatting van problemen. De norm die we telkens hebben toegepast is namelijk 'streng' te noemen. In de meeste gevallen hebben we scores op schalen gedichotomiseerd met als regel dat respondenten met een score hoger dan 50% van het schaalmaximum 'voldoende' gevoelens van maatschappelijke inclusie ervaren of zich bijvoorbeeld in een 'problematische financiële situatie' bevinden. Wanneer we deze zelfde regel zouden toepassen bij meetinstrumenten waar wel gevalideerde normscores bij horen (bijvoorbeeld de K10, de eenzaamheidsschaal van de Jong-Gierveld, de RAND schaal voor fysiek functioneren en de AUDIT), dan zou het daaruit voortvloeiende percentage respondenten met psychische klachten, eenzaamheid, problematisch drankgebruik en fysieke beperkingen positiever (lager) uitpakken.

Algehele zorgmijders?

In onze studie constateren we relatief veel zorgcontacten van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in vergelijking met mannen uit de algemene bevolking van Amsterdam (gecontroleerd voor leeftijdsverschillen). We vinden geen aanwijzingen dat er een substantiële groep respondenten is die formele zorg in zijn geheel vermijdt. Slechts 7% van de ondervraagden heeft geen contact gehad met zorg in de afgelopen 12 maanden. Door Achmea, de zorgverzekeraar van het merendeel van de doelgroep alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam, wordt dit beeld deels bevestigd en deels genuanceerd. Er zijn ook aanwijzingen dat een deel van de doelgroep 'nauwelijks gezien wordt in de zorg'.

We hebben een steekproef van 1204 zelfstandig en alleenwonende mannen met een bijstandsuitkering benaderd die niet bij DWI in beeld waren als 'bijzondere doelgroep'. Mogelijk hebben we hierdoor de zogenaamde 'zorgmijders' geëxcludeerd. We gaan er dan van uit dat de meeste zorgmijdende alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in beeld zijn bij DWI (als speciale doelgroep of als dakloos geregistreerd)

Het is ook mogelijk dat onze steekproef van 472 geïnterviewden niet representatief is voor de gehele populatie alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering. Hoewel de inzet van peer-interviewers ertoe diende bij te dragen ook zorgmijders over de streep te trekken, is het goed denkbaar dat mannen die formele zorg vermijden, ook niet mee willen doen aan een onderzoek van de GGD. Aan de andere kant is het ook goed denkbaar dat mannen die elke vorm van zorg mijden, ook een bijstandsuitkering mijden en derhalve niet veel voorkomen binnen de doelgroep alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.

Al met al lijkt het vooral moeilijk de 'mythe' van de algemene zorgmijdersproblematiek onder alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering te falsificeren.

Maar voor de duidelijkheid: er zijn ons geen betrouwbare cijfers bekend die aantonen dat er een aanzienlijke groep alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering bestaat die elke vorm van formele zorg vermijden. Mogelijk ontbreken deze cijfers omdat de problematiek 'onzichtbaar' is,

mogelijk ook ontbreekt het bewijs voor deze zorgmijdersproblematiek omdat deze nauwelijks als zodanig bestaat onder alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.

GGD Amsterdam en Achmea zijn in gesprek om te komen tot een eenduidig beeld van het zorggebruik van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering waarin zelf gerapporteerd zorggebruik en bereidheid zorg te accepteren wordt aangevuld met registratiecijfers van Achmea. Hiermee hopen we in de toekomst meer duidelijkheid te kunnen verschaffen omtrent zorgmijdersproblematiek onder alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.

Veranderde context

Terwijl we de laatste hand leggen aan dit rapport is het beschrijven van de maatschappelijke context waarbinnen de problematiek van de mannen zich manifesteert geenszins simpel. Het is nog onduidelijk is wat op stapel zijnde veranderingen zoals de wet werken naar vermogen, aanpak kwetsbare huishoudens en sombere prognoses betreft conjuncturele neergang en stijgende werkloosheid precies gaan betekenen voor alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam. Wel kunnen we zeggen dat er een en ander is veranderd voor bijstandsgerechtigden sinds onze basismeting in 2009-2010

Re-integratie van kansrijken (trede 3+)

Tijdens de basismeting in 2009-2010 was het credo van het Amsterdamse Meerjarenbeleidsplan Werk, Participatie en Re-integratie nog "iedereen werkt mee". Iedereen was nodig en ook bijstandsgerechtigden met weinig perspectief op werk werden middels sociale en maatschappelijke activeringsplaatsen in beweging gezet. Voor bijstandsgerechtigden in trede twee of hoger gold een participatieplicht en klantmanagers van DWI speelden een actieve rol bij het toeleiden naar een geschikte manier van 'meedoen'. Zo begon ongeveer de helft van de deelnemers aan project mankracht hieraan omdat het moest. Deze mannen noemden zichzelf tijdens groeps gesprekken daarom grappend 'verplichte vrijwilligers' wat soms gepaard ging met een negatieve werkhouding. Wanneer deze houding gedurende het project bijtrok, had deze stok achter de deur vanuit DWI er toch voor gezorgd dat de mannen aan het project waren begonnen, dit volhielden en uiteindelijk voltooiden. Deze stok achter de deur is inmiddels grotendeels verdwenen voor bijstandsgerechtigden met een grote afstand tot de arbeidsmarkt. In het Meerjarenbeleidsplan Participatie 2011-2014 heeft de Sociale Alliantie opgetekend dat scherpe keuzes nodig zijn. Zo kijkt DWI als gevolg van de structurele verlaging van rijksbudgetten voor re-integratie scherper naar perspectief op werk: het re-integratiebudget wordt alleen nog ingezet voor Amsterdammers met perspectief op werk (trede 3 en hoger). Klanten in trede 1 en 2 blijven klanten van DWI maar kunnen een minder intensieve dienstverlening verwachten. Tijdens de basismeting bevond 70% van de mannen zich in trede 1 en 2. Deze mannen worden nu geacht zelf, op 'eigen kracht' hun weg te vinden naar vrijwilligerswerk. Klantmanagers hebben nog wel als taak informatie te verstrekken omtrent vrijwilligerswerk en welzijnsaanbod in de stadsdelen. Ook het motiveren van klanten om mee te doen is niet geheel verdwenen uit het takenpakket van klantmanagers. Maar de 'verplichte vrijwilligers' van 2009-2010 worden nu meer met rust gelaten, met alle mogelijk positieve en negatieve effecten van dien.

Zorg voor kansarmen (trede 1 en 2)

Om kwetsbare huishoudens tegemoet te komen die het hardst getroffen worden door bezuinigingen, is in Amsterdam een integrale aanpak voor kwetsbare huishoudens ingezet, uitgevoerd door multidisciplinaire 'operationele teams' in de stadsdelen. DWI speelt in deze aanpak een sleutelrol waar het gaat om signalering en toeleiding van kwetsbare uitkeringsgerechtigden naar passende zorg of ondersteuning. Hierbij wordt de door de GGD ontwikkelde Zelfredzaamheid-Matrix bij uitkeringsgerechtigden in trede 1 en 2 ingezet als tool voor signalering op een breed spectrum aan leefgebieden. Ten tijde van de basismeting vervulden de zogenaamde Maatschappelijke SteunSystemen (MSS) een vergelijkbare rol binnen de stadsdelen voor mensen met meervoudige problematiek en ook DWI leidde hier cliënten naartoe. De aanpak kwetsbare huishoudens is nog in volle ontwikkeling en het is nog onduidelijk wat de gevolgen hiervan zijn voor de mannen.

Groep tussen wal en schip

In de nabije toekomst lijken met name mannen die enerzijds te weinig perspectief op werk hebben om in aanmerking te komen voor re-integratie en anderzijds niet kwetsbaar genoeg zijn om in aanmerking te komen voor de aanpak kwetsbare huishoudens, tussen wal en schip te vallen. DWI zoekt naar alternatieve klantbenaderingen om ook deze groep met de beperkte middelen die hiertoe beschikbaar zijn ondersteuning te bieden bij onder anderen het vinden van een zinvolle dagbesteding. Zo lopen er projecten waar onder anderen wordt geëxperimenteerd met groeps gesprekken en peer motivation. Deze werkwijze met groepsbijeenkomsten is onder andere geïnspireerd op de ervaring met groeps gesprekken binnen project Mankracht. De betreffende "pilot Wmo/WWB: Activering alleenstaande mannen 50+" is onlangs wegens succes uitgebreid. De pilot wordt geëvalueerd door de UvA. en leidt mogelijk tot nieuwe ervaringen, inzichten en innovatieve werkwijzen die de activering van bijstandsgerechtigde mannen ten goede komen, ook met beperkte middelen.

Oorzaak en gevolg?

Op basis van verslaglegging van de eerste meting zijn uitspraken over oorzaak en gevolg relaties tussen de verschillende problemen die we constateren nauwelijks mogelijk. In dit rapport gaan we dan ook niet in op de vraag waarom het merendeel van de mannen in een (matig) zorgwekkende situatie lijkt te verkeren. In april 2012 start de vervolgmeting onder het cohort mannen en bij het analyseren van de veranderingen die we gaan meten wordt meer aandacht besteed aan (a) veranderingen in de maatschappelijke context en (b) mechanismen waarlang sommige mannen 'afglijden' en andere 'opklimmen'. Wat betreft mechanismen van afglijden en opklimmen kunnen we voor nu zeggen dat het weinig verbazend is dat we in huidig onderzoek een constellatie aan ernstige problemen aantreffen bij alleenstaande mannen die al gedurende lange tijd in een bijstandssituatie verkeren. Het gemis aan werkgerelateerde tijdsstructurering, status, sociale contacten, ontplooiingskansen en inkomen is namelijk slecht voor de gezondheid en mannen met een slechte gezondheid hebben meer kans zonder werk te (blijven) zitten (zie bijvoorbeeld Jahoda et al., 1933; Social Exclusion Unit, 2004; Blonk, 2006; Van Echtelt, 2010).

11.3. Aangrijpingspunten voor preventie per subgroep

We kunnen de gehele doelgroep alleenstaande mannen niet over een kam scheren en voor vier subgroepen worden specifieke aanvullende aangrijpingspunten geformuleerd die kunnen helpen bij de preventie van verdere maatschappelijke uitval bij de doelgroep alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.

Groep 1: 'Groep waarmee het relatief goed lijkt te gaan'

Hoewel de draagkracht in vergelijking met de andere groepen mannen beduidend hoger is bij deze subgroep, ontbreekt het ook een meerderheid (58%) van deze groep mannen 'die het relatief goed lijkt te gaan' aan voldoende draagkracht. Daarmee lijkt de kans aanwezig, dat de situatie van een deel van deze mannen in de toekomst zal verslechteren.

Preventie van afglijden bij deze subgroep zou zich kunnen richten op:

- Bevorderen van draagkracht
- inbouwen van een methode om achteruitgang tijdig te signaleren en hierop te handelen.

Groep 2: 'De risicogroep die zelf tevreden lijkt'

Preventieve interventies gericht op de 'risicogroep die zelf tevreden lijkt' worden bemoeilijkt doordat we ernstige problemen constateren bij deze subgroep waar de mannen zelf niet zwaar aan lijken te tillen. Het lijkt daarmee met name aan te komen op de competenties, tijd, caseload en handelingsruimte van de hulpverlener om problematiek te signaleren (met name middelenmisbruik, problematische schulden, zelfverwaarlozing en overlast), de cliënt bewust te maken van dit probleem, de cliënt te motiveren problemen aan te pakken en zich te binden aan eventuele behandeling.

- Bevorderen van draagkracht
- Creatieve oplossingen om professionals in staat te stellen beoogde gedragsverandering te sorteren lijkt specifiek bij deze subgroep nodig om te voorkomen dat problematiek verder uit de hand loopt.

Groep 3: 'Stille multi-problematiek'

Preventie van verdere maatschappelijke uitval bij de subgroep alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering met 'stille multi-problematiek' zou zich kunnen richten op het:

- signaleren van de totale problematiek;
- herwinnen van regie en zelfvertrouwen en toegang tot sociale en maatschappelijke hulpbronnen te bevorderen met veel aandacht voor het omgaan met psychische en fysieke klachten;
- ondersteunen bij eventuele afstemming rondom de zorg van verschillende instanties/zorgverleners.

Gezien de huidige ontwikkelingen lijkt een waarschuwing voor deze groep op zijn plaats. Bij 76% van de mannen binnen deze subgroep is afstand tot de arbeidsmarkt te groot (trede 1 en 2) om in aanmerking te komen voor re-integratie vanuit participatiebudgetten. Als de problematiek binnen deze subgroep ook niet ernstig genoeg is om in aanmerking te komen voor de aanpak kwetsbare huishoudens (WMO), dan lijkt deze groep tussen wal (re-integratie) en schip (WMO) te belanden.

Bevorderen/ in stand houden van participatie

Juist bij de groep ondervraagden met 'stille multiproblematiek' lijkt het bevorderen of in stand houden van participatie belangrijk, vanwege de gebrekkige draagkracht en de lage eigen regie. We schrijven 'in stand houden', omdat toen we de vragenlijsten afnamen in 2009-2010, de gemeente Amsterdam nog een zeer actief participatiebeleid uitvoerde voor alle bijstandsccliënten. Ook voor cliënten met een grote afstand tot de arbeidsmarkt. Waarschijnlijk mede dankzij de participatieplicht en de maatschappelijke en sociale activeringsplaatsen (MAP, SAP) waar mannen *destijds* aan geacht werden deel te nemen, constateren we dat deze groep kwetsbare mannen *destijds* niet veel minder participeerde (50% feitelijke participatie) dan de groep waar het relatief goed mee gaat (62% feitelijke participatie).

Nu er minder geld beschikbaar is voor participatiebevordering voor mannen met een grotere afstand tot de arbeidsmarkt (en MAP en SAP plekken niet langer bestaan), en ook de participatieplicht voor mannen in trede 2 is komen te vervallen, bestaat het risico dat de participatiegraad met name onder kwetsbare mannen met een beperkte regie verder zal dalen. Dit kan nadelige gevolgen hebben. We hebben in dit onderzoek namelijk gezien dat maatschappelijke participatie een belangrijke bouwsteen in de totale draagkracht van de mannen vormt. Valt deze bouwsteen weg, dan blijft er weinig over van de al beperkte draagkracht bij deze subgroep mannen. Dit kan op zijn beurt weer leiden tot indicaties van zorgwekkend functioneren.

Rol voor operationele teams kwetsbare huishoudens?

We hebben deze subgroep aangemerkt als matig zorgwekkend. Mannen in deze subgroep kampen met meervoudige problematiek, ervaren een relatief lage kwaliteit van leven, hebben relatief veel verschillende zorgcontacten en beschikken over onvoldoende draagkracht om de situatie op eigen kracht met behulp van het sociale en maatschappelijke steunsysteem te verbeteren. Daarnaast vinden we weinig aanwijzingen dat deze subgroep mannen niet bereid zal zijn hulp te accepteren. Daarmee lijkt er een potentieel belangrijke rol weggelegd voor de zogenaamde operationele teams kwetsbare huishoudens om deze subgroep mannen met meervoudige problematiek bij te staan in het verhogen van hun draagkracht en eventueel te ondersteunen bij de afstemming van zorg geboden door verschillende aanbieders.

Signaleren

Veel van deze mannen zijn al in beeld bij verschillende instellingen: naar schatting 30% bij GGZ, 18% bij maatschappelijk werk en uiteraard 100% bij DWI. Daarnaast bezoekt de groep ook regelmatig de huisarts. Partijen die psychische klachten signaleren bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering, kunnen er bijna zeker van zijn dat er veel tegelijk aan de hand is en dat er sprake is van een ketenoverstijgende zorgbehoefte.

Groep 4: 'Zorgwekkende multi-problematiek?'

Bij de groep ondervraagden met zorgwekkende multi-problematiek lijkt het vooral zaak deze problematiek te signaleren en de personen toe te leiden naar zorg/ondersteuning gericht op het aanpakken van zware multi-problematiek. Na diagnose zal een deel van deze groep wellicht geschikt zijn voor ketenoverstijgende zorg/ondersteuning zoals geboden wordt door de operationele teams / MSS. Ook zal een deel te zwaar zijn voor deze soort ondersteuning en in aanmerking komen voor de zwaardere OGGz – keten (bijvoorbeeld???)

11.4. Algemene aangrijpingspunten

Drie opvallende uitkomsten

Op basis van de bevindingen zijn ook een aantal algemene aangrijpingspunten te formuleren. We lichten eerst een drietal onderzoeksbevindingen uit omdat deze in strijd lijken met gangbare (beleids)veronderstellingen over alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.

1. Re-integratieladder geeft nauwelijks een beeld van kwetsbaarheid

Alle bijstandsgerechtigden zijn ingedeeld op een tredenindeling: cliënten laag op de treden hebben een grotere afstand tot de arbeidsmarkt dan cliënten op hogere treden, zo is de veronderstelling. De treden van de re-integratie ladder worden ook verondersteld een verschil in kwetsbaarheid (zorgwekkendheid) te reflecteren. Onderop de ladder staan zorg en ondersteuning vanuit WMO/andere zorg budgetten centraal in Amsterdam. Bovenaan de ladder staat het bevorderen van re-integratie richting arbeidsmarkt centraal middels scholing en re-integratie activiteiten.

- Maar binnen elke trede op de re-integratieladder komen de 'zorgwekkende' subgroep en ook de relatief 'redzame' subgroep ongeveer even vaak voor in ons onderzoek. We vinden maar een zwak verband tussen de tredenindeling en de mate van zorgwekkendheid zoals deze verschilt tussen de beschreven subgroepen. De bescheiden zeggingskracht van de tredenindeling lijkt daarmee niet in verhouding te staan met de gevolgen die hieraan worden verbonden.

De plichten (bijvoorbeeld participatieplicht) en mogelijkheden (bijvoorbeeld scholing) van cliënten wordt grotendeels bepaald door de trede waarop zij zich bevinden. Cliënten op verschillende treden worden dus anders behandeld en dit is ook de bedoeling van de tredenindeling: cliënten classificeren om gepaste instrumenten in te zetten. Waar het om kwetsbaarheid van cliënten gaat (en daaruit voortvloeiende arbeidsbelemmeringen) lijkt de tredenindeling een weinig adequate classificatie op te leveren.

Als we de tredenindeling opvatten als een valide maat voor de 'afstand tot de arbeidsmarkt' dan moeten we concluderen dat afstand tot de arbeidsmarkt maar zeer beperkt samenhangt met de zorgwekkendheid van de situatie waarin cliënten zich bevinden zoals wij deze hebben vastgesteld. Dit zou een zeer positieve bevinding zijn omdat dit zou impliceren dat mannen met een zware ziektelast en andere sociale problemen, even veel kans hebben op de arbeidsmarkt als mannen zonder deze klachten en lasten. Dat dit werkelijk zo is, lijkt weinig aannemelijk. We concluderen dan ook vooral dat criteria die bij DWI worden gehanteerd om de afstand tot de arbeidsmarkt in te schatten en gereflecteerd worden in de tredenindeling, maar zeer beperkt overeenkomen met criteria die in onderhavig onderzoek zijn gehanteerd om de mate van zorgwekkendheid van de situatie in te schatten.

Drie suggesties:

- Gebruik de huidige tredenindeling niet om een inschatting te maken van de mate van kwetsbaarheid van cliënten of als criterium voor de toegang tot specifieke zorg/ondersteuning;
- Maak zorg/ondersteuning vanuit WMO of andere zorg budgetten ook mogelijk als aanvulling op re-integratie activiteiten ter bevordering van uitstroom. Kwetsbaarheid en

perspectief op werk hoeven elkaar niet per definitie uit te sluiten zoals de trede indeling nu suggereert;

- Neem de tredenindeling (criteria, manier van registreren) nog eens goed onder de loep: geeft de trede indeling wel een volledig beeld van de afstand tot de arbeidsmarkt? Zouden gezondheidsbelemmeringen en andere sociale problemen niet zwaarder moeten meewegen in dit oordeel?

2. Oudere mannen minder kwetsbaar

Er bestaan in Amsterdam projecten speciaal gericht op het bieden van zorg/ondersteuning aan de doelgroep alleenstaande mannen in de bijstand van 50+. Hierbij wordt verondersteld dat deze oudere mannen relatief kwetsbaar zouden zijn.

- Kwetsbare groepen zijn gemiddeld jonger dan minder kwetsbare groepen. Oudere mannen (50+) hebben een grotere afstand tot de arbeidsmarkt volgens de tredenindeling van DWI maar zijn minder kwetsbaar volgens de gecombineerde maatstaven van huidig onderzoek.

Twee suggesties:

- Verbreed de doelgroep alleenstaande mannen 50+ (ook mannen jonger dan 50);
- Investeer in participatietrajecten waarin oudere alleenstaande mannen (50+), met een relatief hoge draagkracht maar relatief grotere afstand tot de arbeidsmarkt, de kans krijgen om jongere meer kwetsbare bijstandsccliënten te helpen hun leven beter op de rails te zetten.

3. Mythe van de algehele zorgmijder?

We hadden zelf de verwachting dat een substantieel deel van de alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering zorgmijders zouden zijn.

- We vinden juist een relatief hoog zorggebruik bij de mannen; geen bewijs voor algehele zorgmijdersproblematiek.

We hebben wel aanwijzingen dat ondervraagden bepaalde soort zorg/ondersteuning vermijden en dat het merendeel van de ondervraagden zich niet ondersteund voelen in hun gezondheidswensen, maar we hebben nauwelijks mannen geïnterviewd die formele zorg geheel vermijden. Het is mogelijk dat algehele mijders van formele zorg, ook een onderzoek van de GGD mijden (ook al werden zij benaderd door peers) en daarom niet door ons ondervraagd zijn. Ook is het mogelijk dat algehele zorgmijders zich vooral bevinden onder bijstandsgerechtigden die als dakloos of/en als 'bijzondere doelgroep' geregistreerd staan en derhalve buiten onze steekproef zijn gevallen (maar dan kennelijk wel in beeld zijn bij DWI).

Het is echter ook heel goed mogelijk dat mannen die elke vorm van formele zorg mijden, ook een bijstandsuitkering en daarbij behorende verplichtingen vermijden.

Hoewel we moeilijk het bestaan van een 'onzichtbare' groep kunnen falsificeren, kunnen we wel het bestaan ervan in twijfel trekken.

GGD & Achmea zijn in gesprek om registratiecijfers omtrent zorggebruik van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering te analyseren om derhalve meer uitsluitsel te kunnen geven betreft de 'mythe van de algehele zorgmijder'. Voorlopig constateren we dat het de mannen niet lijkt te ontbreken aan kwantiteit van zorgcontacten: een algemene aanbeveling van toeleiden tot *meer zorg* lijkt dan ook niet van toepassing voor deze doelgroep.

Een open deur die we niet vaak genoeg kunnen betreden: het gaat om het totaalbeeld

We hebben gezien dat problemen verweven zijn en zich opstapelen. We doen nog geen uitspraken over wat tot wat leidt maar kunnen wel constateren dat als alleenstaande mannen met

een bijstandsuitkering een ernstig probleem op het ene domein hebben, er zeer waarschijnlijk ook op andere domeinen problemen spelen.

Bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering betekent dit onder anderen het volgende:

- Mannen die aankloppen bij schuldhulpverlening, hebben zeer waarschijnlijk ook problemen op andere domeinen. We hebben in dit onderzoek gezien dat problematische schulden vaak gepaard gaan met problematisch middelengebruik (67%) en aandacht hiervoor lijkt gewenst.
- Welzijnswerkers die zich richten op het versterken van het sociale domein, hebben in de meeste gevallen te maken hebben met mannen met psychische klachten (67%).
- Hulpverleners in de GGZ zullen te maken hebben met mannen die zich in de meeste gevallen in een sociaal isolement bevinden (57%).
- Klantmanagers van de Dienst Werk en Inkomen die mannen 'in beweging' willen krijgen, zullen vaak te maken hebben met mannen met beperkt geloof in eigen kunnen, een beperkt dagritme, relatief veel psychische en lichamelijke klachten en problemen met bestaansvoorwaarden.

Aandacht voor de totale problematiek lijkt dus geboden. Dit vergt nogal wat tijd en de nodige expertise van professionals die met deze doelgroep te maken hebben. Ook vergt dit de nodige afstemming en samenwerking.

Specifieke problemen en knelpunten die komen kijken bij een effectieve aanpak van multi-problematiek van bijstandsgerechtigden zijn in juli 2010 beschreven in het rapport "[Multi-problematiek bij cliënten](#)" (Bosselaar et al.) Betreffend rapport is gebaseerd op registratiecijfers en interviews met dienstverleners. Voor kenmerken en knelpunten met betrekking tot de dienstverlening aan deze multi-problematiek cliënten verwijzen we u naar dit rapport.

Op basis van onze eerste meting kunnen we het volgende benadrukken voor instanties die met alleenstaande mannen in de bijstand te maken hebben:

- brede blik vereist: het gaat om het totaalbeeld;
- expertise nodig betreffende omgaan met psychische klachten en fysieke beperkingen en motiveren van doelgroep;
- signalen tijdig oppikken als de situatie van cliënten achteruit gaat
- bij voorbaat lijntjes uitzetten om mannen met problemen in bestaansvoorwaarden 'warm' over te kunnen dragen.

Tool – totaalbeeld voor mate van zorgwekkendheid

Om professionals te ondersteunen bij het maken van een totaalbeeld en daarmee te bepalen in hoeverre een cliënt tot de doelgroep van de openbare geestelijke gezondheidszorg behoort, heeft de GGD Amsterdam naar Amerikaans voorbeeld de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM) ontwikkeld (Lauriks et al. 2010). De ZRM ondersteunt hulpverleners bij het bepalen van de zorgbehoefte en het formuleren van een zorg- en begeleidingsaanbod.

Met deze Zelfredzaamheid-Matrix kunnen professionals op relatief snelle, eenvoudige en gestandaardiseerde wijze inschatten hoe cliënten functioneren op een breed spectrum aan leefgebieden. Deze tool blijkt zeer bruikbaar en wordt in een groeiend aantal instellingen in Nederland gebruikt om processen van signalering, toeleiding en ook toegang tot vormen van (OGG)zorg te stroomlijnen. Ook Dienst Werk en Inkomen Amsterdam gaat dit instrument gebruiken om de meest kwetsbare cliënten te signaleren en toe te leiden naar passende

zorg/ondersteuning. Hoe de Zelfredzaamheid-Matrix werkt en hoe het instrument is ontwikkeld, leest u in Bijlage 3.1 en op www.zelfredzaamheidmatrix.nl.

Belang van cliëntperspectief

Tevens wijzen we op het belang van het cliëntperspectief.

We hebben relatief veel zorgcontacten geconstateerd bij de doelgroep maar deze zorg lijkt beperkt aan te sluiten op de wensen van mannen. Deze discrepantie kan verkleind worden als cliënt en professional meer met elkaar in dialoog gaan over 'passende' ondersteuning. Niet alleen kan dit zorgen dat aanbod beter aansluit op wensen (cliëntgerichtheid), ook kan dit de efficiëntie en doelmatigheid van de zorg/ondersteuning ten goede komen: minder uitval, hogere therapietrouw en minder terugval na beëindiging van een zorgtraject.

We constateren namelijk een hoge mate van hulpeloosheid bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering. Herwinnen van regie over eigen leven, vertrouwen in eigen waarde en kunnen en perspectief op verbetering lijken belangrijke doelen in de hulpverlening aan deze doelgroep. Een cliënt die bijvoorbeeld niet gelooft dat zijn gezondheid kan verbeteren, zal weinig gemotiveerd zijn trouw zijn medicatie in te nemen of een gezondere leefstijl aan te meten. Een cliënt die niet gelooft dat zijn financiële situatie ooit kan verbeteren zal weinig gemotiveerd zijn schulden af te gaan lossen of beter te budgetteren of te 'werken aan werk'. Het terug geven van perspectief, zelfvertrouwen en regie over het eigen leven, kan alleen door ook te luisteren naar de beleving en wensen van de cliënt.

Waar in de openbare geestelijke gezondheidszorg in eerste instantie juist de normatieve zorgbehoefte centraal staat (derden achten de situatie van een persoon zorgwekkend en bepalen de zorgbehoefte die eventueel met dwang en drang wordt opgelegd), zal preventie (en duurzaam herstel) van dergelijk problematiek niet slagen als geboden ondersteuning niet ook aansluit op de wensen en mogelijkheden van de cliënt. Als de cliënt niet gemotiveerd is zelf moeite te doen om het doel van de aangeboden zorg/ondersteuning/re-integratie te bereiken, zal deze ook niet slagen. Ook niet als de zorg geboden door verschillende hulp- en zorgverleners netjes *op elkaar* is afgestemd.

Tool – uitvragen cliëntperspectief

Een module om het cliëntperspectief uit te vragen – de WISH - vindt u in bijlage 3.2 en bleek in onderhavig onderzoek een handig instrument om de subjectieve hulpbehoefte te bepalen bij cliënten. Het betreft geen instrument voor registratie maar kan losjes gebruikt worden door professionals (bijvoorbeeld klantmanagers van DWI) om erachter te komen wat de wensen van de individuele cliënt zijn en hierover in dialoog te gaan.

Het instrument bleek tijdens project mankracht ook zeer bruikbaar in *groepsgesprekken* waarin mannen elkaar helpen tot realiseerbare wensen te komen die voor hen belangrijk zijn. Waar mannen vooral begonnen over gebrek aan geld (net als respondenten van dit onderzoek), kwamen de meesten er toch achter dat sociale contacten en iets zinvols te doen hebben (draagkrachtfactoren) toch misschien belangrijker voor hen was.

DeSalon.tv

De dialoog tussen alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering en professionals kan ook online plaatsvinden. De doelgroep heeft hiertoe een forum georganiseerd die u kunt vinden op

www.DeSalon.tv. Dit medium kan een brug slaan tussen de doelgroep en professionals 'aan de andere kant van het loket'. Zowel uitvoerende professionals, beleidsmakers en de doelgroep zelf kunnen elkaar op de site bevragen en zo zorgen dat vraag en aanbod elkaar beter vinden. De site staat nog in zijn kinderschoenen en moet nog groeien. U kunt hieraan bijdragen door de site te bezoeken, een vraag te stellen of een reactie te plaatsen.

Bevorderen van draagkracht vraagt om actieve aanpak

We constateren bij 79% van de ondervraagden een beperkte tot zeer beperkte draagkracht. Deze mannen zijn niet alleen relatief sociaal en maatschappelijk geïsoleerd maar beschikken ook over beperkte persoonlijke hulpbronnen om zelf het tij te keren. Bevorderen van draagkracht vraagt daarom om een actieve aanpak.

Daar komt bij dat ondervraagden het verhogen van draagkrachtfactoren niet vaak als prioriteit lijken te stellen (ondervraagden wensen vooral verbetering van financiën en gezondheid) en ondervraagden die wel verbetering van draagkrachtfactoren wensen, denken deze verbetering vaak niet zelf te kunnen realiseren en weten niet waar zij kunnen aankloppen voor hulp hierbij.

Een actieve aanpak behelst daarom meer dan simpelweg 'de bal bij kwetsbare burgers' neer te leggen en richt zich op de *combinatie van*:

- Bevorderen van psychologische empowerment (herwinnen van regie over eigen leven, bevorderen van vertrouwen in eigen waarde en kunnen, zien van toekomstperspectief)
- Bevorderen van participatie in samenleving en gevoel 'erbij te horen'
- Bevorderen van betekenisvolle sociale relaties
- Bevorderen van een regelmatige dagstructuur en gevoelens van zingeving met betrekking tot dagelijkse bezigheden

Wat betreft het bevorderen van betekenisvolle sociale relaties geven mannen die deze verbetering zelf wensen, relatief vaak aan hier geen formele hulp bij te accepteren. Dit impliceert dat het bevorderen van betekenisvolle sociale contacten wellicht beter op indirecte wijze kan plaatsvinden: middels bevordering van maatschappelijke participatie bijvoorbeeld.

Mankracht in de bijstand?

We willen benadrukken dat ondanks de problemen waar veel van de mannen mee kampen, er een duidelijk potentieel besloten ligt in deze doelgroep. Onderhavig onderzoek is tot stand gekomen door het aanboren van dit potentieel. Deelnemers aan het activeringstraject Mankracht hebben gezamenlijk een enorme taak verricht en hart getoond voor hun eigen doelgroep. We hopen deze vruchtbare samenwerking voort te zetten om uiteindelijk te komen tot een effectieve aanpak die aansluit bij de leefwereld van deze groep mannen.

Samen met organisaties binnen het samenwerkingsverband rondom project Mankracht (DWI, Pantar, Radar-Advies en GGD) hebben we met eigen ogen mogen aanschouwen dat de mannen een nuttige bijdrage kunnen leveren aan de samenleving. Dankzij de bijdrage van de ongeveer 50 peer-interviewers hadden we nu voor het eerst voldoende data om een betrouwbaar beeld van de leef- en gezondheidssituatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering te kunnen schetsen in dit rapport.

Vanuit de GGD zijn we bezig de succesfactoren van participatieproject Mankracht te beschrijven in een apart rapport. Voor nu kunnen we vooral zeggen dat participatiebevordering zeker mogelijk is bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering maar dat dit wel 'moeite kost'. Begeleiding en geduld lijken namelijk nodig.

Begeleiding lijkt nodig omdat we bij respondenten geconstateerd hebben dat mannen die niet uit zichzelf participeren, vaak ook over beperkte persoonlijke vaardigheden lijken te beschikken, of in ieder geval het geloof hierin verloren hebben. *Kundige* begeleiding lijkt ook nodig om te leren omgaan met gezondheidsbeperkingen die zeer waarschijnlijk zullen spelen bij deelnemers. Geduld lijkt nodig omdat het aanleren van een regelmatig dagritme, het nakomen van verplichtingen (op tijd komen, ook komen als je geen zin hebt) en het samenwerken en omgaan met anderen (na een periode van isolement) niet over een nacht ijs gaat.

Participatiebevordering bij alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering vraagt dus om investering. Daarmee lijkt er in deze tijd van economische krapte een dringende behoefte aan creatieve en kosteneffectieve oplossingen die bijdragen aan de activering van deze substantiële groep alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering.

Bundeling van kennis

Participatiebevordering om draagkracht te verhogen bij inactieve mensen met gezondheidsklachten is niet 'nieuw'. In Nederland lijkt er voldoende kennis en ervaring aanwezig om te weten 'hoe dit moet'. In het recente rapport '[activeren door participeren](#)' (Bouwman-Van 't Veer et al. 2011), kunt u bijvoorbeeld meer lezen over "werkzame bestandsdelen ter bevordering van maatschappelijke participatie van moeilijk bemiddelbare bijstandsafhankelijken".

Wij zijn op zoek naar Nederlandse organisaties die onderzoek doen naar of ervaring hebben met het activeren van alleenstaande mannen in de bijstand. Bundelen van deze kennis lijkt belangrijk om verder te werken aan een adequaat antwoord op de problematiek die we bij deze groep aantreffen. Wilt u hieraan bijdragen? U kunt mailen naar tkamann@ggd.amsterdam.nl.

Beperkte middelen

In de deze sombere tijd van recessie, met prognoses van stijgende werkloosheid worden gemeenten en Rijk geconfronteerd met meer problemen en minder middelen om deze tegen te gaan.

De resultaten van huidig onderzoek hebben nog betrekking op de periode dat de gemeente Amsterdam een relatief actief participatiebeleid voerde..

De aanbeveling een actiever participatiebeleid te voeren om daarmee de zorgwekkende situatie van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering aan te pakken is daarmee eerder meer dan minder op zijn plaats.

De gecombineerde problematiek die we aantreffen bij deze doelgroep lijkt te vragen om een integrale aanpak waarin perspectieven, inspanningen en financiële middelen worden gecombineerd vanuit arbeidsactivering, gezondheidsbevordering, armoedebestrijding, welzijn en maatschappelijke ondersteuning. Op stapel zijnde hervormingen en beperkte middelen bieden extra noodzaak en kans om een dergelijke integrale aanpak structureel in te bedden in gemeentelijk beleid.

Referenties

- Abraham MD, Kaal HI, Cohen PDA.* Licit and illicit drug use in the Netherlands, 2001. Amsterdam: CEDRO, 2002.
- Akker M van den, Buntinx F, Metsemakers JFM, Knottnerus JA.* Marginal impact of psychosocial factors on multimorbidity: results of an explorative nested case-control study. *Social Science & Medicine* 2000;50:1679-1693.
- Antonovsky A.* The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine* 1993;36:725-733.
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG.* AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization, 2001.
- Blonk RWB.* Het lukt niet zonder werk. Over psychische klachten, arbeidsparticipatie en herstel. Oratie Universiteit Utrecht, 29 maart 2006.
- Boevink W.* De Nederlandse empowerment vragenlijst. Utrecht: Trimbos-instituut, 2009.
- Bosselaar H, Maurits E, Molenaar-Cox PGM, Prins R.* Multiproblematiek bij cliënten. Leiden: Meccano/Astri, 2010
- Bouwman-Van 't Veer M, Knijn T, Berkel HHA van.* Activeren door participeren: De meerwaarde van de Wet maatschappelijke ondersteuning voor re-integratie van mensen in de bijstand. Utrecht: SOWE, Movisie 2011.
- Bransen E, Wolf J.* Openbare Geestelijke gezondheidszorg voor sociaal kwetsbare mensen: verslag van en onderzoek naar de huidige praktijk van de OGGZ voor sociaal kwetsbare mensen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001.
- Conigrave KM, Hall WD, Saunders JB.* The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score: Alcohol Use Disorders Identification Test. *Addiction* 1995;90:1349-1356.
- Cummins RA.* On the trail of the gold standard for subjective well-being. *Social Indicators Research* 1995;35:179-200.
- Cummins RA, Nistico H.* Maintaining life satisfaction: the role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies* 2002;3:37-69.
- Dijkshoorn H, Dijk TK van, Janssen AP.* Zo gezond is Amsterdam!: eindrapport Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2008. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2009.
- Eijk LM van, Kempen GIJM, Sonderen FLP van.* Een korte schaal voor het meten van sociale steun bij ouderen: de SSL 12-I. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1994;25:192-196.
- Van Echteld P.* Een baanloos bestaan: de betekenis van werk voor werklozen, arbeidsongeschikten en werkenden. Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010.

- Have M ten, Graaf R de, Dorsselaer S van, Verdurmen J, Vollebergh W, Land H van 't.* Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen: resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS). Utrecht: Trimbos-instituut, 2006.
- Hortulanus R, Machielse A, Meeuwesen L.* Sociaal isolement: een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland. Den Haag: Reed Business Information, 2003.
- Jahoda M, Lazarsfeld PF, Zeisel H.* Marienthal. The sociography of an unemployed community (English translation, 1971). Chicago: Aldine, 1933.
- Jellesma F, Meerum Terwogt M, Rieffe C.* De Nederlandstalige sense of coherence vragenlijst voor kinderen. *Gedrag en Gezondheid* 2006;34:18-26.
- Jong Gierveld J de, Tilburg T van.* A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: confirmatory tests on survey data. *Research on Aging* 2006;28:582-598.
- Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC et al.* Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry* 2003;60:184-189.
- Kroon H.* De zorgbehoefte-lijst: een vragenlijst voor het meten van zorg- en rehabilitatiebehoefte bij mensen met ernstige psychische stoornissen. Utrecht: Trimbos-Instituut, 2003.
- Pearlin LI, Schooler C.* The structure of coping. *Journal of Health & Social Behavior* 1978;19:2-21.
- Plomp HN, Hek H van der, Vries JK de.* Handleiding voor de Verslaving Regulatie Index Amsterdam (VRIA). Amsterdam: Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1995.
- Rodenburg G, Spijkerman R, Eijnden R van den, Mheen D van der.* Nationaal prevalentie onderzoek middelengebruik 2005. Rotterdam: IVO, 2007.
- Schreurs PJG, Willige G van de, Brosschot JF, Tellegen B, Graus GMH.* Handleiding Utrechtse Coping Lijst UCL (herziene versie). Lisse: Swets & Zeitlinger, 1993.
- Sinnema H, Smiesing J, Vossepoel L, Groot K de, Muntingh A.* Welzijn op recept. Utrecht: Trimbos, 2012
- Sleegers J.* Kwetsbaar in de grote stad: G4 visie op een samenhangende openbare geestelijke Gezondheidszorg. Amsterdam: Gemeente Amsterdam et al., 2005.
- Sonderen E van.* Het meten van sociale steun met de Sociale Steun Lijst - Interacties (SSL-I) en Sociale Steun Lijst - Discrepanties (SSL-D): een handleiding. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, 1993.
- Steadman HJ, Scott JE, Osher F, Agnese TK, Robbins PC.* Validation of the brief jail mental health screen. *Psychiatric Services* 2005;56:816-822.
- Steadman HJ, Robbins PC, Islam T, Osher FC.* Revalidating the brief jail mental health screen to increase accuracy for women. *Psychiatric Services* 2007;58:1598-1601.
- Tafarodi RW, Swann WB.* Two-dimensional self-esteem: theory and measurement. *Personality and Individual Differences* 2001;31:653-673.
- Uitenbroek DG, Ujcic-Voortman JK, Janssen AP, Tichelman PJ, Verhoeff AP.* Gezond zijn en gezond leven in Amsterdam: Amsterdamse gezondheidsmonitor gezondheidsonderzoek 2004. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2006.

Vandromme H, Hermans D, Spruyt A, Eelen P. Dutch translation of the Self-Liking/Self-Competence Scale – revised: a confirmatory factor analysis of the two-factor structure. *Personality and Individual Differences* 2007;42:157-167.

Victorian Government. Victorian population health survey 2001: selected findings. Melbourne: Department of Human Services, 2002.

Wolf JRLM. Een kwestie van uitburgering. Amsterdam: SWP, 2002.

Zee KI van der, Sanderman R. Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36 : een handleiding. Groningen: Noordelijk Centrum voor gezondheidsvraagstukken, 1993.

BIJLAGEN

Inhoud

[Terug naar leeswijzer](#)

Bijlage 1. Tabellen	132
Bijlage 2. Instrumentarium	139
B2.1. Ziektelast.....	141
B2.2. Draagkracht.....	145
B2.2.1. Persoonlijke hulpbronnen	145
B2.2.2. Sociale hulpbronnen	147
B2.2.3. Maatschappelijke hulpbronnen	149
B2.2.4. Een zinvolle dagstructuur	152
B2.2.5. Mate van draagkracht per hulpbron: combinaties.....	156
B2.2.6. Optellen in een schaal voor 'totale draagkracht'.....	158
B2.3. Zorggebruik	160
B2.4. Indicaties van zorgwekkend functioneren.....	161
B2.5. Situatie vanuit het cliëntperspectief	163
B2.5.1. Subjectieve kwaliteit van leven	163
B2.5.2. Wensen	165
B2.5.3. Intenties en ondersteuningsbehoefte.....	166
Bijlage 3. Benadering & Respons	167
B3.1. Steekproefkader:	167
B3.2. Benadering door de doelgroep; de peer-interviewers van Mankracht.....	167
B3.3. Respons	168
Bijlage 4 Tools	170
B4.1. De WISH	171
B4.2. De Zelfredzaamheid-Matrix.....	177

Bijlage 1. Tabellen

Kenmerken van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam (n=472)

- Tabel B1.1. Kenmerken van ziektelast en draagkracht van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam.
- Tabel B1.2. Kenmerken van ziektelast en draagkracht van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam.

Vergelijking tussen vier subgroepen

- Tabel B1.3. Kenmerken van ziektelast en draagkracht van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam uitgezet naar vier risicogroepen.
- Tabel B1.4.. Kenmerken van zorggebruik, indicaties van zorgwekkend functioneren en achtergrondkenmerken van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam uitgezet naar vier risicogroepen.

Vergelijking tussen treden re-integratieladder Dienst Werk en Inkomen

- Tabel B1.5. Kenmerken van ziektelast en draagkracht van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam uitgezet naar trede op de re-integratie ladder van Dienst Werk en Inkomen.
- Tabel B1.6. Kenmerken van zorggebruik, indicaties van zorgwekkend functioneren en achtergrondkenmerken van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam uitgezet naar trede op de re-integratie ladder van Dienst Werk en Inkomen

Tabel B1. Kenmerken van ondervraagde alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam (n=472): ziektelast, draagkracht, zorgcontacten en indicaties van zorgwekkend functioneren.

Ziektelast		
Fysieke beperking (<100% SM)	%	75%
Ernstige fysieke beperking (<50% SM)	%	26%
Gemiddeld aantal door arts vastgestelde chronische aandoeningen	gemiddeld	1,7
Problematisch middelengebruik	%	47%
Problematisch alcoholgebruik	%	32%
Dagelijks cannabis gebruik	%	17%
Harddruggebruik in afgelopen 30 dagen	%	11%
Draagkracht		
<i>Totale draagkracht</i>		
Mate waarin mannen toegang vinden tot persoonlijke, sociale en maatschappelijke hulpbronnen en een zinvolle dagstructuur	voldoende	21%
	beperkt	46%
	zeerbepert	33%
<i>Persoonlijke hulpbronnen</i>		
<i>persoonlijke empowerment:</i>		
Mate van vertrouwen in eigen waarde en eigen kunnen	voldoende	28%
	beperkt	36%
	zeerbepert	36%
<i>geletterdheid</i>		
Beschikt over startkwalificatie (opleidingsniveau tenminste havo/vwo/mbo)	%	47%
lezen, schrijven, spreken en verstaan NL is goed/perfect	%	68%
Kan meestal/altijd zelf formulieren invullen	%	57%
Maakt wekelijks of vaker gebruik van computer	%	64%
<i>Sociale hulpbronnen</i>		
Mate waarin mannen beschikken over een betekenisvol sociaal netwerk waar zij (informele) steun uit kunnen putten	voldoende	24%
	beperkt	34%
	sociaal isolement	42%
<i>Maatschappelijke hulpbronnen</i>		
Feitelijke participatie: tijd besteden aan opleiding, werk, verenigingsleven, informele groep.	% participeert	54%
Mate waarin mannen participeren in de samenleving en positieve gevoelens van maatschappelijke inclusie ('er bij horen') ervaren.	voldoende	26%
	beperkt	46%
	maatschappelijk isolement	29%
<i>Zinvol dagritme</i>		
Mate van regelmaat/structuur in het dagelijkse leven en positieve gevoelens van betekenis die mannen hieraan ontlennen	voldoende	25%
	beperkt	41%
	zeer beperkt	34%
Zorgcontacten		
Gemiddelde zorgcontacten met aantal verschillende soorten zorg in afgelopen 12 maanden	gemiddeld	3,0
Indicaties van zorgwekkend functioneren		
Totaal: indicatie(s) van zorgwekkend functioneren	%	34%
Problematische financiële situatie	%	21%
Indicaties van gebrekkige zelfzorg	%	11%
Instabiele en ontoereikende huisvesting	%	1%
Suïcidepoging in afgelopen 12 maanden	%	3%
Overlast veroorzaakt bij burens	%	5%

Tabel B2. Kenmerken van ondervraagde alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam (n=472): kwaliteit van leven en achtergrondkenmerken

Kwaliteit van leven		
Waardering kwaliteit van leven met een 'voldoende'	(rapportcijfer $\geq 5,5$)	69%
Achtergrondkenmerken		
Heeft momenteel een relatie	% relatie	16%
Gemiddelde leeftijd	gemiddelde leeftijd	49,6
Leeftijd in categorieën	23-34 jaar	9%
	35-44 jaar	21%
	45-54 jaar	33%
	55-65 jaar	38%
Gemiddelde duur werkloosheid in jaren (exclusief groep die nooit betaald werk heeft verricht)	gemiddeld aantal jaren geleden betaald werk verricht	10,4
Duur werkloosheid in categorieën	<3 jaar geleden	24%
	< 10 jaar geleden	37%
	<15 jaar geleden	11%
	> 15 jaar geleden	28%
Arbeidsverleden in jaren	gemiddeld aantal jaren betaald werk verricht	13,3
	nooit betaald werk	10%
Aantal jaren betaald werk verricht in categorieën	=< 5 jaar werk	21%
	=<15 jaar werk	36%
	> 15 jaar werk	33%
Hoogst voltooide opleiding	basisonderwijs	26%
	mavo/lbo	27%
	havo/vwo/mbo	23%
	hbo/wo	24%
Herkomst	% autochtone herkomst	43%
	Trede 1	37%
	Trede 2	32%
	Trede 3	28%
	Trede 4	3%
Trede op re-integratieladder Dienst Werk en Inkomen (lagere trede, grotere afstand tot arbeidsmarkt)		

Tabel B3. Kenmerken van ziektelast, draagkracht, zorggebruik, kwaliteitseis van leven en achtergrondkenmerken van ondervraagde alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam uitgezet naar 4 risicogroepen.

		Geen psychische klachten & geen indicaties van zorgwekkend functioneren (n=174) "Groep die het relatief goed doet"	Geen psychische klachten & indicaties van zorgwekkend functioneren (n=50) "Risicogroep die relatief tevreden lijkt"	Psychische klachten & geen indicaties van zorgwekkend functioneren (n=123) "Stille multiproblematiek"	Psychische klachten & indicaties van zorgwekkend functioneren (n=100) "OGGZ problematiek?"	
Ziektelast						
Fysieke beperking (<100% SM)		64%	78%	83%	83%	
Ernstige fysieke beperking (<50% SM)		17%	16%	33%	34%	
Gemiddeld aantal door arts vastgestelde chronische aandoeningen		1,28	1,56	2,1	2,29	
Problematisch middelengebruik		38%	55%	44%	67%	
Problematisch alcoholgebruik		28%	39%	28%	45%	
Dagelijks cannabis gebruik		15%	10%	16%	26%	
Harddrugsgebruik in afgelopen 30 dagen		7%	14%	13%	18%	
Draagkracht						
Totale draagkracht						
Mate waarin mannen toegang vinden tot persoonlijke, sociale en maatschappelijke hulpbronnen en een zinvolle dagstructuur		voldoende beperkt zeer beperkt	42% 45% 14%	26% 46% 28%	6% 53% 42%	4% 39% 57%
Persoonlijke hulpbronnen						
- <i>persoonlijke empowerment:</i>						
Mate van vertrouwen in eigen waarde en eigen kunnen		voldoende beperkt zeer beperkt	49% 37% 14%	26% 56% 18%	17% 32% 51%	10% 29% 61%
Gemiddelde regie over eigen leven (hogere score minder regie)			16,6	18,0	21,1	22,4
- <i>geletterdheid</i>						
Beschikt over startkwalificatie (opleidingsniveau tenminste havo/vwo/lbo)			44%	55%	50%	45%
lezen, schrijven, spreken en verstaan NL is goed/perfect			77%	74%	64%	63%
Kan meestal/altijd zelf formulieren invullen			64%	75%	56%	40%
Maakt wekelijks of vaker gebruik van computer			67%	61%	68%	52%
- <i>copingskills</i>						
Gemiddelde freq. schaal actief probleemgericht (5 items)			0,65	0,63	0,53	0,50
Sociale hulpbronnen						
Mate waarin mannen beschikken over een betekenisvol sociaal netwerk waar zij (informele) steun uit kunnen putten		voldoende beperkt sociaal isolement	41% 35% 24%	32% 30% 38%	11% 36% 53%	8% 32% 60%
Maatschappelijke hulpbronnen						
Feitelijke participatie: tijd besteden aan opleiding, werk, verenigingsleven, informele groep.		% participeert	62%	62%	50%	43%
Mate waarin mannen participeren in de samenleving en positieve gevoelens van maatschappelijke inclusie ('er bij horen') ervaren.		voldoende beperkt maatschappelijk isolement	35% 45% 20%	32% 43% 26%	20% 50% 30%	12% 48% 40%
Zinvol dagritme						
Mate van regelmaat/structuur in het dagelijkse leven en positieve gevoelens van betekenis die mannen hieraan ontleen		voldoende beperkt zeer beperkt	42% 40% 18%	27% 38% 35%	15% 41% 44%	9% 44% 46%

Tabel B4. Kenmerken van zorggebruik, indicaties van zorgwekkend functioneren, kwaliteit van leven en achtergrondkenmerken van ondervraagde alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam uitgezet naar vier risicogroepen

		Geen psychische klachten & geen indicaties van zorgwekkend functioneren (n=174) <i>"Groep die het relatief goed doet"</i>	Geen psychische klachten & geen indicaties van zorgwekkend functioneren (n=50) <i>"Risicogroep die relatief tevreden lijkt"</i>	psychische klachten & geen indicaties van zorgwekkend functioneren (n=123) <i>"Stille multiproblematiek"</i>	psychische klachten & indicaties van zorgwekkend functioneren (n=100) <i>"OGGZ problematiek?"</i>
Zorgcontacten					
Met aantal verschillende soorten zorgverleners in contact geweest de afgelopen 12 maanden	gemiddeld	2,5	2,7	3,5	3,7
Indicaties van zorgwekkend functioneren					
Problematische financiële situatie		-	49%	-	67%
Indicaties van gebrekkige zelfzorg		-	36%	-	30%
Onstabiele en ontoereikende huisvesting		-	4%	-	1%
Suïcidepoging in afgelopen 12 maanden		-	2%	-	10%
Overlast veroorzaakt bij bureaus		-	16%	-	15%
Kwaliteit van leven					
Waardering kwaliteit van leven met een 'voldoende' rapportcijfer $\geq 5,5$		88%	86%	60%	41%
Achtergrondkenmerken					
Heeft momenteel een relatie	% relatie	20%	14%	14%	14%
Gemiddelde leeftijd	gem. leeftijd	52	50	48	47
Leeftijd in categorieën	23-34 jaar	7%	8%	8%	12%
	35-44 jaar	13%	10%	28%	32%
	45-54 jaar	29%	48%	33%	30%
	55-65 jaar	51%	34%	31%	26%
Duur werkloosheid in jaren (groep die nooit werk heeft gehad is missing)	Gemiddeld aantal jaren geleden betaald werk verricht	10,0	9,9	11,4	10,3
Duur werkloosheid in categorieën	<3 jaar geleden	26%	25%	18%	27%
	< 10 jaar geleden	35%	49%	39%	34%
	<15 jaar geleden	8%	8%	14%	13%
	> 15 jaar geleden	31%	18%	29%	27%
Arbeidsverleden in jaren	gemiddeld aantal jaren betaald werk verricht	16,6	15,0	10,4	10,9
Aantal jaren betaald werk verricht in categorieën	nooit betaald werk	11%	2%	11%	7%
	=< 5 jaar werk	17%	17%	29%	21%
	=<15 jaar werk	26%	47%	37%	48%
	> 15 jaar werk	46%	34%	24%	23%
Hoogst voltooide opleiding	basisonderwijs	26%	27%	28%	24%
	mavo/lbo	30%	18%	21%	31%
	havo/vwo/mbo	13%	35%	29%	25%
	hbo/wo	31%	20%	21%	21%
Herkomst:	% autochtone herkomst	47%	51%	43%	37%
Trede op re-integratieladder Dienst Werk en Inkomen	Trede 1	35%	36%	39%	44%
	Trede 2	29%	26%	37%	30%
	Trede 3	32%	36%	21%	23%
	Trede 4	4%	2%	2%	3%

Tabel B5. Kenmerken van ziektelast en draagkracht van ondervraagde alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam uitgezet naar trede op de re-integratieladder van Dienst Werk en Inkomen.

		Trede 1 (n=170)	Trede 2 (n=140)	Trede 3 (n=123)
Ziektelast				
Fysieke beperking (<100% SM)		82%	75%	68%
Ernstige fysieke beperking (<50% SM)		37%	26%	13%
Gemiddeld aantal door arts vastgestelde chronische aandoeningen		2,1	1,6	1,4
Psychische klachten (K10 > 19)		54%	54%	40%
Problematisch middelengebruik		54%	46%	39%
Problematisch alcoholgebruik		37%	35%	23%
Dagelijks cannabis gebruik		19%	14%	17%
Harddrugsgebruik in afgelopen 30 dagen		14%	15%	5%
Draagkracht				
Totale draagkracht				
Mate waarin mannen toegang vinden tot persoonlijke, sociale en maatschappelijke hulpbronnen en een zinvolle dagstructuur	voldoende	18%	21%	24%
	beperkt	44%	48%	46%
	zeerbepert	38%	31%	30%
Persoonlijke hulpbronnen				
<i>- persoonlijke empowerment:</i>				
	voldoende	31%	24%	28%
Mate van vertrouwen in eigen waarde en eigen kunnen	beperkt	35%	37%	37%
	zeerbepert	35%	39%	35%
Gemiddelde regie over eigen leven (hogere score minder regie)		19,8	19,6	18,6
<i>- geletterdheid</i>				
Beschikt over startkwalificatie (opleidingsniveau tenminste havo/vwo/mbo)		47%	41%	50%
lezen, schrijven, spreken en verstaan NL is goed/perfect		75%	61%	66%
Kan meestal/altijd zelf formulieren invullen		60%	52%	60%
Maakt wekelijks of vaker gebruik van computer		59%	69%	75%
<i>- coping skills</i>				
Gemiddelde freq. schaal actief probleemgericht (5 items)		0,59	0,54	0,59
Sociale hulpbronnen				
	voldoende	25%	20%	27%
Mate waarin mannen beschikken over een betekenisvol sociaal netwerk waar zij (informele) steun uit kunnen putten	beperkt	33%	36%	35%
	sociaal isolement	42%	43%	39%
Maatschappelijke hulpbronnen				
Feitelijke participatie: tijd besteden aan opleiding, werk, verenigingsleven, informele groep.	% participeert	38%	65%	60%
	voldoende	17%	32%	27%
Mate waarin mannen participeren in de samenleving en positieve gevoelens van maatschappelijke inclusie ('er bij horen') ervaren.	beperkt	44%	47%	50%
	maatschappelijk isolement	40%	21%	23%
Zinvol dagritme				
Mate van regelmaat/structuur in het dagelijkse leven en positieve gevoelens van betekenis die mannen hieraan ontleen	voldoende	21%	27%	28%
	beperkt	39%	41%	43%
	zeer beperkt	39%	33%	29%

Tabel B6. Kenmerken van zorggebruik, kwaliteit van leven en achtergrondkenmerken van ondervraagde alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering in Amsterdam, uitgezet naar trede op de re-integratieladder van Dienst Werk en Inkomen.

		Trede 1 (n=170)	Trede 2 (n=140)	Trede 3 (n=123)
Zorgcontacten				
Met aantal verschillende soorten zorgverleners in contact geweest de afgelopen 12 maanden		3,3	2,9	2,8
Indicaties van zorgwekkend functioneren				
Indicaties van zorgwekkend functioneren		36%	31%	33%
Problematische financiële situatie		20%	19%	24%
Indicaties van gebrekkige zelfzorg		12%	13%	9%
onstabiele en ontoereikende huisvesting		1%	1%	1%
Suïcidepoging in afgelopen 12 maanden		3%	2%	2%
Overlast veroorzaakt bij burens		7%	3%	6%
Kwaliteit van leven				
Waardering kwaliteit van leven met een 'voldoende'	(rapportcijfer >= 5,5)	63%	68%	78%
Achtergrondkenmerken				
Heeft momenteel een relatie		14%	21%	11%
leeftijd	Gemiddelde leeftijd	52	49	47
Leeftijd in categorieën	23-34 jaar	2%	9%	16%
	35-44 jaar	20%	22%	22%
	45-54 jaar	32%	28%	39%
	55-65 jaar	47%	41%	23%
	Duur werkloosheid in jaren (groep die nooit werk heeft gehad is missing)	Gemiddeld aantal jaren geleden betaald werk verricht	13,5	11,0
Duur werkloosheid in categorieën	<3 jaar geleden	14%	17%	39%
	< 10 jaar geleden	32%	43%	39%
	<15 jaar geleden	15%	9%	7%
	> 15 jaar geleden	38%	31%	16%
Arbeidsverleden in jaren	Gemiddeld aantal jaren betaald werk verricht	14,7	11,9	12,9
Aantal jaren betaald werk verricht in categorieën	nooit betaald werk	8%	12%	11%
	=< 5 jaar werk	19%	22%	23%
	=<15 jaar werk	35%	36%	37%
	> 15 jaar werk	39%	30%	29%
Hoogst voltooide opleiding	basisonderwijs	27%	31%	22%
	mavo/lbo	26%	27%	29%
	havo/vwo/mbo	24%	18%	25%
	hbo/wo	23%	24%	24%
Herkomst:	% autochtone herkomst	53%	42%	33%

Bijlage 2. Instrumentarium

Tabel B7. Meetinstrumenten gebruikt voor rapportage 'Mankracht in de bijstand'

B2.1. Ziektebelasting		
Lichamelijke Gezondheid	Chronische somatische aandoeningen	Basis vragenlijst Chronische aandoeningen (LMNV)
	Fysiek functioneren	'Fysiek functioneren' schaal uit RAND-36
Psychische gezondheid		Kessler Psychological Distress Scale (K10)
		Brief Jail Mental Health Screener (BJMHS)
Problematisch Middelengebruik	Alcoholafhankelijkheid	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)
	Cannabisgebruik	Frequentie cannabisgebruik
	Overige drugs	Frequentie harddrugsgebruik
B2.2. Draagkracht		
Persoonlijke Hulpbronnen		
Coping skills		Verkorte Utrechtse Coping Lijst (UCL)
Persoonlijke empowerment:	Zelfvertrouwen	Self-Competence/Self-Liking –Revised
	Regie over eigen leven	Pearlin Mastery Scale
Geletterdheid	Beheersing NL taal	Zelf gerapporteerde mate van beheersing schrijven, lezen, spreken, verstaan van NL taal
	Bureaucratische vaardigheden	Zelf gerapporteerde mate van moeite met formulieren invullen
	Computervaardigheden	Frequentie van computergebruik
	Startkwalificatie NL Arbeidsmarkt	Opleidingsniveau ...
Sociale Hulpbronnen		
Omvang sociaal netwerk		Grootte persoonlijk sociaal netwerk
Eenzaamheid		Verkorte eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld
Sociale steun		Social Support List – Interactions
Maatschappelijke Hulpbronnen		
Feitelijke participatie		Aangepaste lijst Nivel participatie monitor
Gevoelens van maatschappelijke inclusie		Meetinstrument ontwikkeld: gevoelens van Maatschappelijke Inclusie / Exclusie ($\alpha = .79$)
Zinvol dagritme		
Mate van dagstructuur		Meetinstrument ontwikkeld: Structuur in Dagelijks Leven (SDL-5) ($\alpha = .70$)
Gevoelens van zingeving		Subschaal "meaning" uit verkorte Sense of Coherence Lijst ($\alpha = .62$)

Tabel B8. Meetinstrumenten gebruikt voor rapportage 'Mankracht in de bijstand'

B2.3. Zorggebruik	
Zorgcontacten	Aangepaste lijst 'zorggebruik'- Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid
B2.4. Indicaties van zorgwekkend functioneren	
Stabiele toereikende huisvesting	4 indicatoren
Zelfzorg	3 indicatoren
Financien	5 indicatoren
Suïcidepoging in afgelopen 12 maanden	Zelfgerapporteerde zelfmoordpoging in afgelopen jaar
Overlast	Zelfgerapporteerde overlast veroorzaakt bij burens
B2.5. Subjectieve problemen, wensen en ondersteuningsbehoefte	
Algemene kwaliteit van leven	Rapportcijfer tevredenheid met kwaliteit van leven
Tevredenheid met leefgebieden	Rapportcijfer tevredenheid met 9 verschillende leefgebieden
Wensen	2 onderwerpen die mannen willen verbeteren om KvL met 1 punt te doen stijgen
Intenties & Subjectieve Hulpbehoefte	Mate waarin respondenten: <ul style="list-style-type: none"> - geloven dat wensen realiseerbaar zijn - hulp accepteren bij wensen - van plan zijn hulp te gaan zoeken bij realiseren van wensen - weten waar zij hulp kunnen vinden

B2.1. Ziekte­last

Onder ziekte­last verstaan we:

- lichamelijke gezondheid;
- psychische gezondheid;
- problematisch middelengebruik;

B2.1.1. Lichamelijke gezondheid

Om lichamelijke gezondheid in kaart te brengen hebben we het vóórkomen van chronische somatische aandoeningen gemeten in combinatie met beperkingen in het verrichten van dagelijkse activiteiten (fysiek functioneren). Gekozen meetinstrumenten zijn tevens gebruikt in de AGM waardoor vergelijking met mannen uit de algemene bevolking van Amsterdam mogelijk is. Chronische aandoeningen hebben we in kaart gebracht met de standaardlijst chronische aandoeningen van de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid (LNMV). Voor elke chronische aandoening kon men aankruisen of men deze aandoening al dan niet heeft gehad in de afgelopen 12 maanden en of deze aandoening was vastgesteld door een arts.

Fysiek functioneren hebben we gemeten met de schaal 'fysiek functioneren' uit de RAND-36 (Van der zee & Sanderman, 1993) In deze vragenlijst worden respondenten gevraagd of zij door hun gezondheid beperkt worden bij een tiental fysieke bezigheden. Bezigheden betreffen fysieke activiteiten als trappen lopen, wassen en aankleden of boodschappen tillen. Antwoordcategorieën zijn "ja, ernstig beperkt" "ja, een beetje beperkt" en "nee, helemaal niet beperkt". Personen met hoge scores zijn in staat zelfs de meest inspannende fysieke activiteiten te verrichten zoals hardlopen. Personen met lage scores zijn ernstig beperkt in het verrichten van alle activiteiten inclusief wassen en aankleden.

Scores op de schaal fysiek functioneren zijn op de voor dit instrument gebruikelijke wijze gedichotomiseerd (wel/niet beperkt in fysiek functioneren):

- *Beperking in fysiek functioneren*: respondenten die bij tenminste één van de tien fysieke activiteiten aangeeft "een beetje beperkt" of "ernstig beperkt" te zijn
- *Geen beperking in fysiek functioneren*: respondenten die bij alle fysieke activiteiten aangeven "helemaal niet beperkt" te zijn

B2.1.2. Psychische gezondheid

Om psychische gezondheid in kaart te brengen zijn twee meetinstrumenten in de vragenlijst opgenomen: de Kessler Psychological Distress Scale (K10) en de Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS).

Kessler Psychological Distress Scale (K10)

De K10 is een screeningsinstrument die psychische stress meet (Kessler et al., 2003). De K10 bestaat uit 10 items waarin een aantal gevoelens die met name samenhangen met depressie worden uitgevraagd. Voor elk gevoel wordt gescoord hoe vaak men dit in de afgelopen maand heeft ervaren. Bijvoorbeeld: "Hoe vaak voelde u zich vermoeid zonder duidelijke reden? ...zenuwachtig? ...hopeloos?..." Respondenten kunnen antwoorden met 'altijd', 'meestal', 'soms', 'af en toe' of 'nooit'. De K10 is een internationaal gevalideerd meetinstrument, die ook in de Amsterdamse gezondheidsmonitor (AGM) wordt afgenomen. De scores op de antwoorden worden omgekeerd (nooit=1 en altijd=5) en opgeteld om te komen tot een totaalscore. Een hoge score op de K10 betekent een hoge mate van psychische 'distress' en afkappunten om op basis van dit instrument de prevalentie van veel voorkomende psychische aandoeningen in de algemene bevolking te bepalen zijn onderzocht en beschikbaar. Op basis van onderzoek (Andrews & Slade, 2001; **Victorian Population Health Survey; 2001**) kiezen we voor dichotomisering van schaalscores op de K10 met een afkappunt van 20. Een score van 20 of hoger geeft aan dat er waarschijnlijk sprake is van (ten minste) een milde psychische stoornis.

- o *Wel psychische klachten*: somscores op K10 schaal ≥ 20
- o *Geen psychische klachten*: somscores op K10 schaal < 20

Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS)

Omdat de K10 zich met name op gevoelens geassocieerd met depressie richt, is als aanvulling op de K10 de Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS) afgenomen. Dit instrument werd ontwikkeld als eerste stap in het screeningsproces van psychiatrische stoornissen bij een penitentiaire populatie (Steadman et al. 2005, 2007). De BJMHS omvat 8 items die elk met 'ja' of 'nee' beantwoord kunnen worden. Het instrument bevat zes symptoomitems waarin nagegaan wordt of de persoon op dit moment deze symptomen ervaart. Bij de BJMHS worden niet alleen symptomen van ernstige depressie uitgevraagd maar ook symptomen van schizofrenie en bipolaire stoornissen (Steadman et al. 2005). Voorbeeld items zijn: "Hebt u op dit moment het gevoel dat andere mensen uw gedachten kennen en uw gedachten kunnen lezen?" en "Bent u recent één kilogram per week afgevallen of bijgekomen gedurende verschillende weken zonder er iets voor te doen?" Het tweede deel bestaat uit twee items waarin gevraagd wordt of de respondent ooit gehospitaliseerd werd voor psychiatrisch problemen en of hij/zij op dit ogenblik psychotrope medicatie inneemt. Aan mannen die rapporteren medicatie te nemen hebben we de volgende vervolgvraag gesteld: "wat is de naam van het medicijn dat u is voorgeschreven". Een positieve score van minstens twee items uit deel 1 of een van de items uit deel 2 voorspelt bij mannen voor 80% correct de aanwezigheid van een psychiatrische diagnose, zoals gemeten met een diagnostisch instrument (SCID) (Steadman et al., 2007).

B2.1.3. Problematisch middelengebruik

Problematisch middelengebruik hebben we bepaald voor alcohol, cannabis en andere (hard)drugs. Voor het meten van afhankelijkheid van alcohol hebben we de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) gebruikt, voor cannabis en harddrugs hebben we de gebruiksfrequentie uitgevraagd.

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT):

Voor het aantonen van problematisch alcoholgebruik is gebruik gemaakt van de AUDIT (Babor et al., 2002). De AUDIT bestaat uit tien items waarbij drie vragen betrekking hebben op kenmerken van gebruik (frequentie en inname); drie vragen betrekking hebben op kenmerken van alcoholafhankelijkheid (o.a. niet meer kunnen stoppen met drinken, 's ochtends alcohol nodig hebben) en vier vragen betrekking hebben op schadelijke gevolgen van alcoholgebruik (o.a. 'blackouts', schuldgevoelens, zelf gewond raken of anderen verwonden).

Respondenten antwoorden op een 5-puntsschaal hoe vaak de kenmerken in het afgelopen jaar op hen van toepassing zijn geweest. Antwoordcategorieën verschillen per vraag maar worden gescoord tussen 0 (nooit) t/m 4 (dagelijks of bijna dagelijks). Hoe hoger de somscore op de 10 items van de AUDIT schaal, hoe hoger de kans op alcoholafhankelijkheid. Op basis van aanbevelingen van de World Health Organization en ander onderzoek (Conigrave et al., 1995) hebben we in dit rapport een afkappunt van 8 gehanteerd om het percentage 'problematische drinkers' te berekenen.

- Problematische drinker: Somscore op AUDIT ≥ 8
- Geen problematische drinker: Somscore op AUDIT <8

Cannabis

Aan respondenten werd gevraagd of zij ooit cannabis gebruikt hebben en zo ja op hoeveel dagen van de week zij gemiddeld genomen cannabis (hasj, wiet, marihuana) gebruikten de afgelopen 12 maanden.

- Problematische cannabisgebruiker: dagelijks cannabisgebruik
- Geen problematische cannabisgebruiker: < dagelijks cannabisgebruik

Overige (hard)drugs

Voor een zestal overige middelen (heroïne of andere opiaten, methadon via hulpverlener, cocaïne roken, cocaïne snuiven, amfetaminen en GHB) werden respondenten gevraagd of zij dit middel ooit, ooit regelmatig (drie keer per week of vaker) en in de afgelopen maand hebben gebruikt.

- *Problematische drugsgebruikers:* in afgelopen 30 dagen (a) heroïne of andere illegale opiaten gebruikt of (b) cocaïne gerookt of gesnoven of (c) methadon via hulpverlener gebruikt
- *Geen Problematische drugsgebruikers:* afgelopen 30 dagen geen (a) heroïne of andere illegale opiaten gebruikt of (b) cocaïne gerookt of gesnoven of (c) methadon via hulpverlener gebruikt

Zelfgerapporteerde middelenafhankelijkheid.

Aan respondenten is de vraag voorgelegd of zij ooit verslaafd zijn geweest aan Alcohol, cannabis of andere harddrugs en zoja, of zij hier nog steeds aan verslaafd zijn. Met deze vraag meten we in hoeverre mannen hun verslaving (h)erkennen.

Problematisch middelengebruik

In dit rapport is er sprake van "problematisch middelengebruik" als er sprake is van problematisch drankgebruik (AUDIT ≥ 8) of dagelijks cannabisgebruik of problematisch drugsgebruik of als respondent zelf rapporteert verslaafd te zijn aan alcohol, cannabis of andere drugs.

B2.2. Draagkracht

Draagkracht is bepaald aan de hand van de mate waarin respondenten beschikking hebben over:

- persoonlijke hulpbronnen
- sociale hulpbronnen
- maatschappelijke hulpbronnen
- zinvolle dagstructuur

Eerst worden losse componenten met bijbehorende meetinstrumenten voor elk van de hulpbronnen beschreven.

Vervolgens wordt in B2.2.5. beschreven hoe subjectieve en objectieve componenten zijn gecombineerd om draagkracht per hulpbron te bepalen (persoonlijke empowerment, sociaal isolement, maatschappelijke isolement en ontbreken van een zinvolle dagstructuur).

Tot slot wordt in B2.2.6. beschreven hoe we in dit rapport de mate van totale draagkracht hebben bepaald.

B2.2.1. Persoonlijke hulpbronnen

Onder persoonlijke hulpbronnen verstaan we:

- persoonlijke empowerment
 - Zelfvertrouwen
 - Self-Competence
 - Self-Liking
 - Regie over eigen leven
- geletterdheid
 - Beheersing van de Nederlandse taal
 - Computervaardigheden
 - Formulieren kunnen invullen
 - Startkwalificatie voor Nederlandse arbeidsmarkt
- omgaan met problemen

Persoonlijke empowerment

De mate van persoonlijke empowerment meten we in deze studie met (a) de mate waarin een individu het gevoel heeft regie over het eigen leven te voeren (Pearlin mastery Scale) (b) de mate waarin een individu zichzelf waardeert (c) de mate waarin een individu vertrouwen heeft in het eigen kunnen.

Pearlin Mastery Scale

Regie over eigen leven meten we met Pearlin's Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978). De vragenlijst meet de mate waarin een individu het gevoel heeft controle uit te oefenen op gebeurtenissen in het eigen leven. Aan de respondent wordt een zevental stelling voorgelegd en

de respondent geeft op een 5-punts Likert schaal aan in hoeverre het met deze stellingen eens te zijn (0 = helemaal mee oneens; 5= helemaal mee eens). Vijf van de stellingen zijn negatief geformuleerd (o.a. 'soms voel ik dat ik een speelbal van het leven ben' en 'ik heb weinig controle over de dingen die me overkomen'). Twee stellingen zijn positief geformuleerd ('wat er in de toekomst gebeurt hangt voor het grootste gedeelte van mezelf af' en 'ik kan ongeveer alles als ik mijn zinnen erop heb gezet').

De totaalscore op de Mastery Scale zijn berekend door negatieve scores te hercoderen en vervolgens totale somscore voor de zeven items te berekenen. Een hogere score op de Mastery Schaal reflecteert in deze studie een hogere mate van regie over het eigen leven.

Self-Liking/Self-Competence Scale – Revised (SLSCS-R)

De Self-Liking/Self-Competence Scale – Revised is ontworpen door Tafarodi & Swann (2001) en in het Nederlands vertaald door Vandromme et al. (2007). De vragenlijst meet twee dimensies van zelfvertrouwen: 'self-competence' (SC) en 'self-liking' (SL).

De 'self-competence' dimensie reflecteert geloof in eigen kunnen of 'kracht' en wordt gemeten met acht items. Voorbeelditems van de self-competence subschaal zijn: "ik slaag er soms niet in om mijn doelen te realiseren" en "ik ben bijna altijd in staat hetgeen te bereiken waar ik voor ga".

De 'self-liking' dimensie reflecteert meer algemene gevoelens van eigenwaarde als een sociaal object en wordt gemeten met items als "ik voel me erg op mijn gemak over mezelf" en "ik twijfel nooit aan mijn persoonlijke waarde".

Respondenten geven op een 5-punts Likertschaal aan in hoeverre zij het eens zijn met de stellingen (1= helemaal mee oneens; 5= helemaal mee eens). Totaalscores op de subschalen worden berekend door items positief te hercoderen en te sommeren. Hogere totaalscores op de subschalen reflecteren een hoger mate van geloof in eigen kunnen (SC) en eigen waarde (SL).

Basale vaardigheden: geletterdheid

Geletterdheid vatten we in deze studie ruim op als de aanwezigheid van voldoende vaardigheden om informatie te kunnen vinden, begrijpen en aanwenden om toegang te krijgen tot maatschappelijke hulpbronnen enerzijds en in staat zijn een gesprek te voeren (in het Nederlands) anderzijds.

We meten de mate waarin mannen de Nederlandse taal beheersen, de mate waarin zij in staat zijn formulieren in te vullen en de mate waarin mannen met computers kunnen omgaan.

Omgaan met problemen

Hoe respondenten over het algemeen omgaan met problemen hebben we gemeten met een verkorte versie van de oorspronkelijke Utrechtse Coping Lijst (Schreurs et al, 1993). In deze verkorte vragenlijst worden vijftien manieren beschreven waarop "men kan reageren bij onplezierige gebeurtenissen". Aan respondenten wordt gevraagd hoe vaak zij in het algemeen op de beschreven manier reageren (1=zelden of nooit; 2=soms; 3=vaak; 4=zeer vaak)

Met deze verkorte lijst meten we een viertal verschillende copingstijlen:

1. actieve coping: 5 items (o.a. "een probleem van alle kanten bekijken" en "direct ingrijpen als er moeilijkheden zijn")
2. palliatieve coping: 2 items (o.a. "afleiding zoeken" en "aan andere dingen denken die niet met het probleem te maken hebben")
3. vermijden: 3 items (o.a. "toegeven om moeilijke situaties te vermijden" en

4. "moeilijke situaties zoveel mogelijk uit de weg gaan")
5. sociale steun zoeken: 5 items (o.a. "troost en begrip zoeken" en "iemand om hulp vragen")

Aan de schaal hebben we een item uit de oorspronkelijke 47-item tellende UCL toegevoegd en aangepast om specifiek middelengebruik als (palliatieve) copingstrategie te meten. Het item hebben we als volgt geformuleerd "spanningen proberen te verminderen door bijvoorbeeld meer te roken, drinken, blowen of door andere drugs te gebruiken". Dit item blijkt in een factoranalyse (principal-component) het hoogst op de factor "palliatieve reactie" te laden waar het item ook in de oorspronkelijke lijst thuishoort.

Interne consistentie van de schalen "actieve coping" ($\alpha=.82$) en "sociale steun zoeken" ($\alpha=.80$) is goed. De schalen "palliatieve reactie" ($\alpha=.47$) en "vermijden" ($\alpha=.53$) bestaan uit minder items en lijken minder betrouwbaar. In ander onderzoek worden vergelijkbare Cronbach α 's voor de schalen palliatieve reactie en vermijden gevonden (M. van den Akker et al., 2000). We zullen voorzichtig moeten zijn bij het interpreteren van resultaten met betrekking tot deze twee laatstgenoemde schalen.

B2.2.2. Sociale hulpbronnen

Sociale hulpbronnen bepalen we aan de hand van:

- grootte van persoonlijk sociaal netwerk
- eenzaamheid
- sociale steun

Grootte van persoonlijk sociaal netwerk

De grootte van het persoonlijke netwerk van respondenten hebben we gemeten met een vraag uit de Amsterdamse Gezondheidsmonitor. Aan mannen wordt gevraagd: met hoeveel familieleden, vrienden en goede kennissen zij een regelmatig en belangrijk contact hebben.

Antwoordcategorieën zijn:

0 mensen

1

2-5

6-10

10-15

meer dan 15 mensen

Als normatief afkappunt voor een beperkte netwerkvang wordt doorgaans gekozen voor een netwerk bestaande uit minder dan vier of vijf personen. Wij hebben gebruik gemaakt van antwoordcategorieën uit de AGM en zijn daarmee genoodzaakt te kiezen uit een afkappunt van drie of zes personen. We hebben gekozen voor een afkappunt van zes.

- beperkte grootte van sociaal netwerk: 0-5 sociale contacten
- matig tot groot sociaal netwerk: >5 sociale contacten

Eenzaamheid

Eenzaamheid is gemeten met de 6-item versie van de eenzaamheidsschaal van de Jong-Gierveld (2006). Respondenten geven voor een zestal stellingen aan in hoeverre elk van deze stellingen

op hen van toepassing is. Drie van de stellingen hebben betrekking op 'emotionele eenzaamheid' (o.a. "ik voel een leegte om me heen") en drie stellingen hebben betrekking op 'sociale eenzaamheid' (o.a. "er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen")

De vijf antwoordcategorieën zijn (1) nee!; (2) nee; (3) min of meer (4) ja; (5) ja!

Schaalwaarden worden berekend door te tellen hoeveel negatief geformuleerde stellingen respondenten een bevestigend of neutraal antwoord geven (ik voel een leegte om me heen - min of meer; ja; ja!). Voor positief geformuleerde stellingen worden ontkennende en neutrale antwoorden geteld (er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen - nee!; nee; min of meer).

Door getelde items te sommeren ontstaat een totaalschaal voor eenzaamheid die kan variëren tussen 0 en 6. Een hogere score betekent meer gevoelens van eenzaamheid. De makers van het instrument bieden voor dit verkorte instrument een afkappunt voor een dichotome variabele eenzaam/niet eenzaam:

- Eenzaam: score ≥ 2 op 6-item eenzaamheidsschaal
- Niet eenzaam: score < 2 op 6-item eenzaamheidsschaal

Sociale steun

De mate waarin respondenten sociale steun ontvangen van hun sociale netwerk is gemeten aan de hand van de verkorte 12-item versie van de originele Sociale Steun Lijst – Interactie versie (Van Sonderen, 1993). De verkorte lijst is gevalideerd bij een groep ouderen (60+) en van bevredigende validiteit bevonden (Van Eijk et al., 1994).

De lijst bestaat uit 12 verschillende ondersteunende sociale interactie waarbij de respondent telkens aangeeft hoe vaak deze interacties plaats vinden (1) zelden of nooit; (2) af en toe; (3) regelmatig; (4) erg vaak.

De SSL12-I meet de frequentie van sociale steun op drie subschalen van redelijke betrouwbaarheid.

1. sociale ondersteuning bij problemen (o.a. "men u hulp biedt zoals bij ziekte en verhuizing")
2. waarderingssteun (o.a. "men u complimenten geeft")
3. alledaagse sociale steun (o.a. "men gezellig bij u op bezoek komt")

Ook kan een totaalscore worden berekend voor het totaal aantal interacties. Een hogere score op de schaal betekent meer ontvangen sociale steun.

B2.2.3. Maatschappelijke hulpbronnen

- Feitelijke Participatie
- Gepercipieerde maatschappelijke inclusie
- Maatschappelijk isolement (zie p.)

Feitelijke participatie: meedoen

De mate waarin respondenten participeren in de samenleving hebben we gemeten door te vragen hoeveel tijd respondenten gemiddeld per week besteden aan de volgende bezigheden:

1. volgen van (officiële) opleiding of cursus
2. verrichten van betaald werk, vrijwilligerswerk, deelnemen aan sociale of maatschappelijke activeringsplaats
3. lid zijn van vereniging (sportvereniging, belangenorganisatie, cultuurvereniging)
4. deel uitmaken van informele groep zoals een orkest, (muziek)band, boekenclub? (geen vereniging of vriendenclub!)
5. nieuws volgen (krant lezen, nieuws kijken op tv/internet)
6. altijd gaan stemmen wanneer er verkiezingen zijn*

De tijd die respondenten besteden aan maatschappelijke activiteiten 1 t/m 4¹⁴ zijn bij elkaar opgeteld in een schaal die totale feitelijke participatie uitdrukt in uren per week. Waarden op deze totaalschaal zijn over vier categorieën verdeeld: (0) geen tijd (1) <12 uur (2) 12-24 uur (4) 24+ uur per week besteden aan feitelijke participatie.

Gepercipieerde maatschappelijke inclusie: erbij horen

Als tegenpool van de objectieve en kwantitatieve maat voor feitelijke participatie waren we op zoek naar een instrument om te meten in hoeverre de mannen het gevoel hebben bij de maatschappij te horen. Een dergelijk instrument was bij ons weten niet voor handen dus hebben we op basis van een aantal items uit bestaande vragenlijsten (o.a. uit de Nederlandse Empowerment Lijst van het Trimbos instituut)(Boevink et al., 2009) en focus groups met de doelgroep een vragenlijst geconstrueerd: de schaal voor gepercipieerde maatschappelijke inclusie (PSI-10) (perceived social inclusion).

De vragenlijst die we hebben afgenomen bestaat uit 10 stellingen waarvoor respondenten op een 5-punts Likert schaal aangeven in welke mate ze het eens zijn met deze stelling (1) helemaal mee oneens (5) helemaal mee eens.

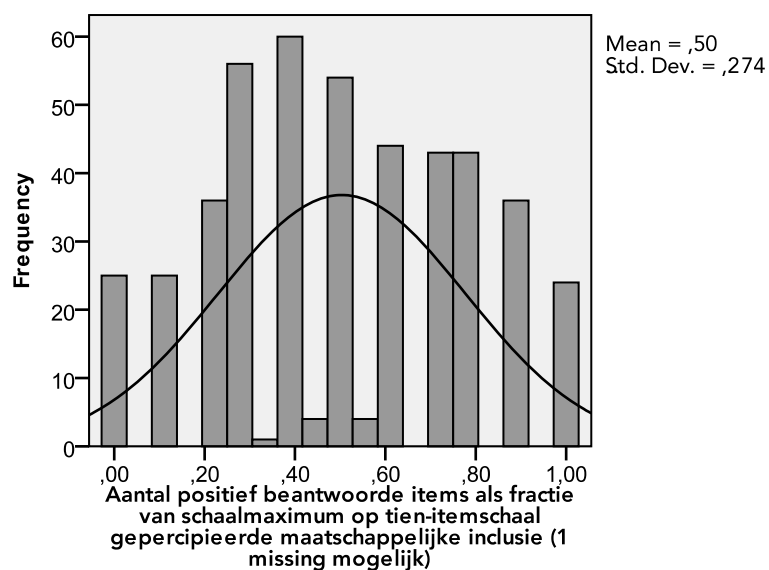
¹⁴ Uit een factoranalyse over deze 6 items kwamen drie dimensies naar voren: een politieke dimensie (volgen van nieuws en stemmen); een dimensie die betrekking heeft op werk/opleiding (volgen van opleiding of verrichten van (vrijwilligers)werk) en een dimensie die betrekking heeft op lid zijn van een vereniging of informele groep. De politieke dimensie (item 5 en 6) hebben we uiteindelijk niet opgenomen in de maat voor feitelijke participatie omdat vrijwel alle mannen rapporteren veel tijd te besteden aan het volgen van nieuws. Door tijd te besteden aan het volgen van nieuws weg te laten uit de totaalscore ontstaat een geheel ander beeld van de mate waarin respondenten "feitelijk participeren" dan wanneer we dit item weglaten. Tijd besteden aan werk, opleiding of verenigingsleven oordeelden wij als een betere indicator van 'meedoen' dan het volgen van nieuws thuis op de televisie. Daarom besloten de politieke dimensie niet op te nemen in de totaalschaal gebruikt in onderhavig rapport.

Tabel B8. Meetinstrument ontwikkeld om de mate van gepercipieerde maatschappelijke inclusie (perceived social inclusion) te meten (PSI-10)

8. Ik ga een aantal stellingen oplezen over de samenleving. Kunt u aangeven in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen:		Helemaal mee eens				
		1	2	3	4	5
a.	Ik heb het gevoel dat de samenleving mij nodig heeft	1	2	3	4	5
b.	Ik heb het gevoel dat ik meetel in deze samenleving	1	2	3	4	5
c.	Deze samenleving maakt ruimte voor mijn manier van meedoen	1	2	3	4	5
d.	Ik voel mij buitengesloten	1	2	3	4	5
e.	Voor mij is geen plek in dit land	1	2	3	4	5
f.	Het systeem is verrot	1	2	3	4	5
g.	Ik heb het gevoel dat de mensen mij niet goed begrijpen	1	2	3	4	5
h.	Ik word behandeld als volwaardig burger	1	2	3	4	5
i.	Ik heb vertrouwen in mijn medemens	1	2	3	4	5
j.	Ik denk dat instanties het beste met mij voor hebben	1	2	3	4	5

De 10 items laden in een factoranalyse op 4 componenten. Voor analyses in dit rapport gebruiken we alleen de totale schaal en niet de subschalen. De totale schaal is van redelijk goede betrouwbaarheid ($\alpha=.78$)

Totaalscores zijn berekend door het aantal positieve antwoorden (score 4 of 5 op positief geformuleerde stellingen; score 1 of 2 op negatief geformuleerde stellingen) op te tellen in een totaalschaal variërend tussen 0 en 10. Vervolgens wordt de schaal getransponeerd naar een schaal die varieert tussen 0 en 1 als fractie van het schaalmaximum. Een enkele missende waarde werd hierbij getolereerd. Een hogere score op deze totale schaal betekent meer gevoelens van maatschappelijke inclusie ofwel het gevoel er maatschappelijk 'bij te horen'.



Figuur B2. Frequentieverdeling op schaal voor gepercipieerde maatschappelijke inclusie (PSI-10)

Over afkappunten

Op basis van analyses en de doelstelling een helder afkappunt te kiezen hebben we bij deze rapportage het volgende normatieve afkappunt gekozen: bij respondenten die de stellingen overwegend positief beantwoord hebben (mee eens, helemaal mee eens) spreken we van 'overwegend' gevoelens van maatschappelijke inclusie.

- 'overwegend' gevoelens van maatschappelijke inclusie: PSI-10 score > 50% Schaal maximum
- 'nauwelijks' gevoelens van maatschappelijke inclusie: PSI-10 score <= 50% Schaal maximum

Over verdere ontwikkeling van meetinstrument

Aan verdere analyse van de subschalen van de PSI-10 wordt gewerkt. Tevens wordt een verkorte versie van de PSI-10 geconstrueerd. Wilt u gebruik maken van deze lijst; neem contact met t.kamann@ggd.amsterdam.

B2.2.4. Een zinvolle dagstructuur

- Dagstructuur
- Gevoelens van zingeving

Dagstructuur:

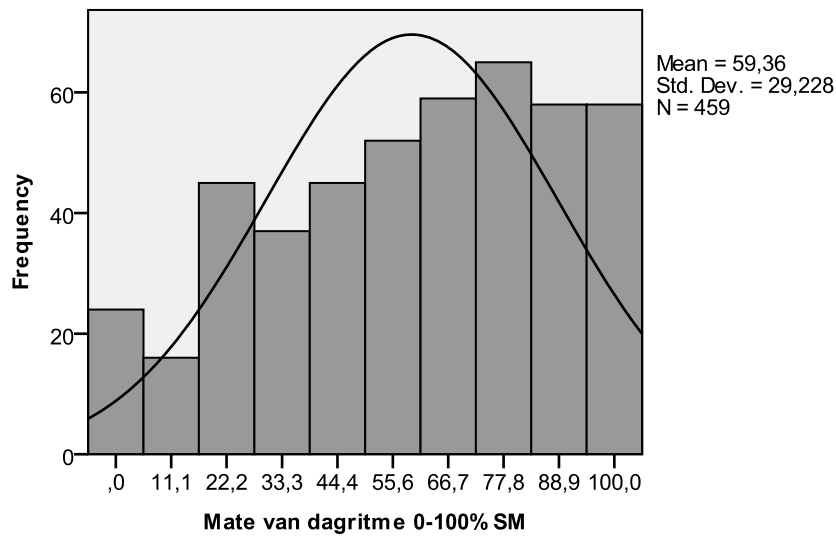
Om de "mate van dagstructuur" te meten hebben we een nieuw instrument gebouwd. De 5 items van de Structuur in Dagelijks Leven vragenlijst (SDL-5) zijn deels samen met de doelgroep verzonnen; deels overgenomen uit de Verslaving Regulatie Index Amsterdam (Plomp et al., 1995). De vragen hebben o.a. betrekking op de mate waarin de mannen een vaste dagindeling hebben, op een vaste tijd opstaan en plannen hebben (bijvoorbeeld "Weet u wat u morgen gaat doen?"). Antwoordcategorieën zijn (0) nee; (1) min of meer; (2) ja.

Tabel B9. Meetinstrument binnen huidig onderzoek ontwikkeld om de mate van structuur in het dagelijkse leven (SDL-5) te meten.

<i>Hebt u een vaste dagindeling?</i>
(0) nee; (1) min of meer; (2) ja.
<i>Weet u wat u morgen gaat doen?</i>
(0) nee; (1) min of meer; (2) ja.
<i>Stond u in de afgelopen maand meestal op een vaste tijd op?</i>
(0) nee; (1) min of meer; (2) ja.
<i>Leeft u normaal meer <u>overdag</u> of 's nachts?</i>
(0) dat wisselt heel erg (1) overdag (0) 's nachts
<i>Heeft u een plan voor deze week, dat u bepaalde <u>dingen wilt doen</u> of afmaken?</i>
(0) nee; (1) min of meer; (2) ja.

De betrouwbaarheid van de nieuwe SDL-5 schaal is redelijk (Cronbach α van .70). Factoranalyse wijst een eendimensionale factorstructuur uit. In focusgroepen met de doelgroep noemden de mannen dit construct zelf "dagritme".

De items zijn bij elkaar opgeteld en variëren daarmee tussen 0 en 9. Deze schaal is getransformeerd naar een schaal tussen 0 en 100 (% van schaalmaximum) Een hogere score op de schaal betekent meer structuur in het dagelijks leven.



Figuur B3. Frequentieverdeling op schaal voor de mate van structuur in het dagelijks leven (SDL-5)

Over afkappunten

Tot nu toe hebben we bij instrumenten waarbij afkappunten ontbreken telkens een normatief afkappunt van >50% van het schaalmaximum gekozen. Bij de DSL-5 zou dit betekenen dat het afkappunt bij >44,4% SM zou komen te liggen.

We hebben gekozen het afkappunt bij >55,5% SM in plaats van bij >44,4% SM te leggen. Bij andere instrumenten hebben we telkens antwoordcategorieën gedichotomiseerd naar positieve en niet positieve waarden en vervolgens het aantal positieve waarden geteld. Een score van >50% SM betekent dan dat respondenten een meerderheid van items uit de vragenlijst positief hebben beantwoord. Bij de SDL-5 hebben we antwoordcategorieën niet gedichotomiseerd en gaat deze redenering niet op.

Figuur B3 laat een mogelijk 'plafondeffect' zien bij scores op de DSL-5: er zijn relatief veel respondenten met een maximumscore op de DSL-5. Het leek daarmee verstandig de tot nu toe toegepaste regel van >50% SM iets meer naar boven toe te verschuiven (naar > 55,5% SM) in plaats van iets meer naar onderen toe (naar 44,4% SM).

- Gestructureerd dagritme: scores DSL-5 >55,5% SM
- Ongestructureerd dagritme: scores DSL_5 <=55,5% SM

Over verdere ontwikkeling van meetinstrument

Aan verdere analyse van de SDL-5 wordt gewerkt. Wilt u gebruik maken van deze lijst; neem contact met t.kamann@ggd.amsterdam.

Gevoelens van zingeving

Gevoelens van zingeving hebben we gemeten met de subschaal "meaning" uit een verkorte versie van Antonovski's Sense Of Coherence lijst (SOC-13). (Antonovsky ; 1993; Jellesma et al, 2006) Deze subschaal bestaat uit de volgende vier items:

Hoe vaak hebt u het gevoel dat het u niet kan schelen wat er om u heen gebeurt?

nooit							altijd
1	2	3	4	5	6	7	

Hoe vaak hebt u het gevoel dat de dingen die u elke dag doet, niet zo belangrijk zijn?

nooit							altijd
1	2	3	4	5	6	7	

Tot nu had uw leven

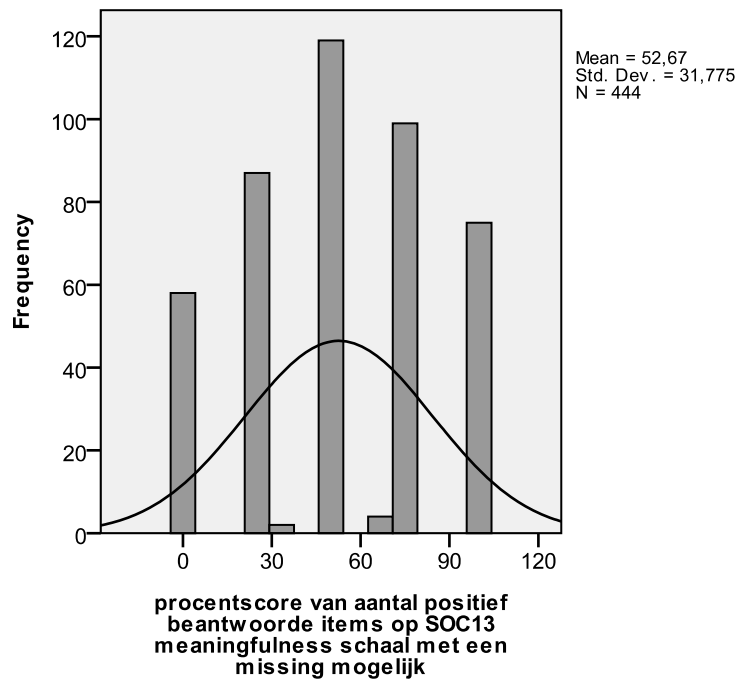
geen duidelijk doel of functie							een heel duidelijk doel en functie
1	2	3	4	5	6	7	

De dingen doen die u elke dag doet

vormen een bron van diep geluk en tevredenheid							vormen een bron van pijn en verveling
1	2	3	4	5	6	7	

Respondenten konden antwoorden op een 7-puntsschaal. Bij twee items betreft het de frequentie waarin bepaalde gevoelens voorkomen (1 = nooit; 7 = altijd), bij de andere twee items hebben antwoordcategorieën betrekking op (a) de mate waarin respondenten een duidelijk doel in hun leven hebben en (b) de mate waarin dagelijkse bezigheden een bron van pijn en verveling vormen.

De 4 items combineren tot een matig consistente schaal ($\alpha = .62$) voor de mate van zingeving. Totalscores voor de mate van zingeving zijn berekend door het aantal *positieve* antwoorden (score 5, 6 of 7 op positief geformuleerde stellingen; score 1, 2 of 3 op negatief geformuleerde stellingen) op te tellen in een totaalschaal variërend tussen 0 en 4. Vervolgens wordt de schaal getransponeerd naar een schaal die varieert tussen 0 en 1 als fractie van het schaalmaximum. Een enkele missende waarde werd hierbij getolereerd. Een hogere score op deze totale schaal betekent meer positieve gevoelens van zingeving.



Figuur B4. Frequentieverdeling op subschaal 'meaning', gebruikt om gevoelens van zingeving te meten.

Over afkappunten

- Meer zingeving: scores op subschaal meaning >50% van schaalmaximum
- Minder zingeving: scores op subschaal meaning ≤ 50% van schaalmaximum

B2.2.5. Mate van draagkracht per hulpbron: combinaties

In hoofdstuk 4 van het volledige rapport is beschreven hoe subjectieve en objectieve kenmerken zijn gecombineerd om de mate van draagkracht per hulpbron te bepalen. Hier beschrijven we alleen de methode hierachter.

Sociaal, maatschappelijk en existentieel isolement

Voor de mate van draagkracht op (1) sociale hulpbronnen (2) maatschappelijke hulpbronnen en (3) zinvolle dagstructuur, zijn telkens kruistabellen gemaakt waarin subjectieve kenmerken (bijvoorbeeld eenzaamheid) en objectieve kenmerken (bijvoorbeeld grootte van het sociale netwerk) tegen elkaar werden uitgezet.

Tabel B10. Vier mogelijke combinaties tussen subjectieve en objectieve kenmerken van een hulpbron

		Objectief	
		+	-
		(bijvoorbeeld groot sociaal netwerk)	(bijvoorbeeld klein sociaal netwerk)
Subjectief	+	Combinatie 1: score 3	Combinatie 2: score 2
	(bijvoorbeeld niet eenzaam)		
	-	Combinatie 3; score 2	Combinatie 4: score 1
	(bijvoorbeeld eenzaam)		

In bovenstaande tabel ziet u de vier mogelijke combinaties tussen subjectieve en objectieve kenmerken van een hulpbron. Op basis van deze combinaties is per hulpbron een schaal gecreëerd. Combinaties 2 en 3, waarbij ofwel een subjectieve component ontbreekt, ofwel een objectieve component ontbreekt, zijn hierbij samengenomen als 'middencategorie'. Zo ontstaat voor elk van de drie hulpbronnen een schaal met drie mogelijke scores. Hoe hoger de score op een hulpbron, hoe hoger de 'draagkracht' op de betreffende hulpbron:

Tabel B11. Vier mogelijk combinaties zijn teruggebracht tot drie mogelijke scores

Combinatie	Label	Score
combinatie 1 (+,+)	'voldoende' draagkracht	3
combinatie 2 of 3 (+,- of -,+)	'beperkte' draagkracht	2
combinatie 4 (-,-)	zeer beperkte' draagkracht	1

Per hulpbron is geanalyseerd of het samennemen van de combinatie 2 en combinatie 3 gerechtvaardigd was. Dit bleek telkens het geval.

- Bij sociale hulpbronnen bleken respondenten met een relatief klein sociaal netwerk en geen gevoelens van eenzaamheid (combinatie 2) evenveel sociale steun te ontvangen als

respondenten met een relatief groot sociaal netwerk die wel gevoelens van eenzaamheid ervaren (combinatie 3).

- Bij maatschappelijke hulpbronnen bleken mannen die niet feitelijk participeren maar wel overwegend gevoelens van maatschappelijke inclusie ervaren (combinatie 2), gemiddeld niet significant ($p > 0,05$) meer of minder tevreden met de manier waarop zij meedoen en bijdragen aan de samenleving (combinatie 3).
- Bij een zinvolle dagstructuur bleken mannen met een gestructureerd dagritme maar weinig gevoelens van zingeving (combinatie 2) niet significant ($p > 0,05$) meer of minder tevreden met hun dagritme dan respondenten met een gestructureerd dagritme maar weinig gevoelens van zingeving (combinatie 3).

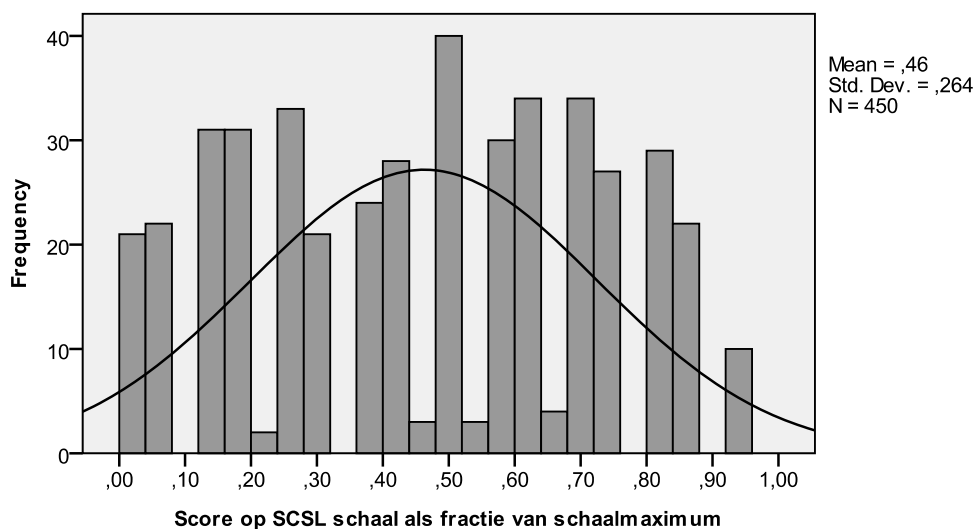
Mate van draagkracht op persoonlijke hulpbronnen

De mate van draagkracht op persoonlijke hulpbronnen is op andere wijze bepaald. Voor persoonlijke hulpbronnen is alleen een subjectief kenmerk gebruikt : de mate waarin respondenten een positief zelfbeeld hebben.

Scores op de 16 items uit de Self-Liking Self-Competence schaal werden oorspronkelijk beantwoord op een 5-punts Likert schaal . Totalscores zijn in onderhavig onderzoek berekend door het aantal positieve antwoorden te tellen en te delen door het aantal geldig ingevulde vragen (2 missende waarden werden toegestaan).

Een hogere score op de schaal betekent meer vertrouwen in eigen waarde en meer vertrouwen in eigen kunnen. Een score van 1 betekent dat een respondent alle vragen van de vragenlijst positief heeft beantwoord. Een score van 0 betekent dat een respondent alle vragen van de vragenlijst negatief of neutraal heeft beantwoord.

Onderstaand figuur toont u de frequentieverdeling op de schaal na beschreven transformatie.



Figuur B5. Frequentieverdeling op totale schaal voor de mate van Self-Competence en Self-Liking.

De frequentieverdeling in figuur B5 ziet er vreemd uit omdat bepaalde scores weinig voorkomen. Dit wordt veroorzaakt doordat we bij schaalconstructie 2 missende waarde hebben toegestaan. Bij de transformering van scores naar een fractie van het maximum, ontstaan afwijkende fracties die u in de figuur terugziet als weinig voorkomende scores.

Over afkappunten persoonlijke draagkracht

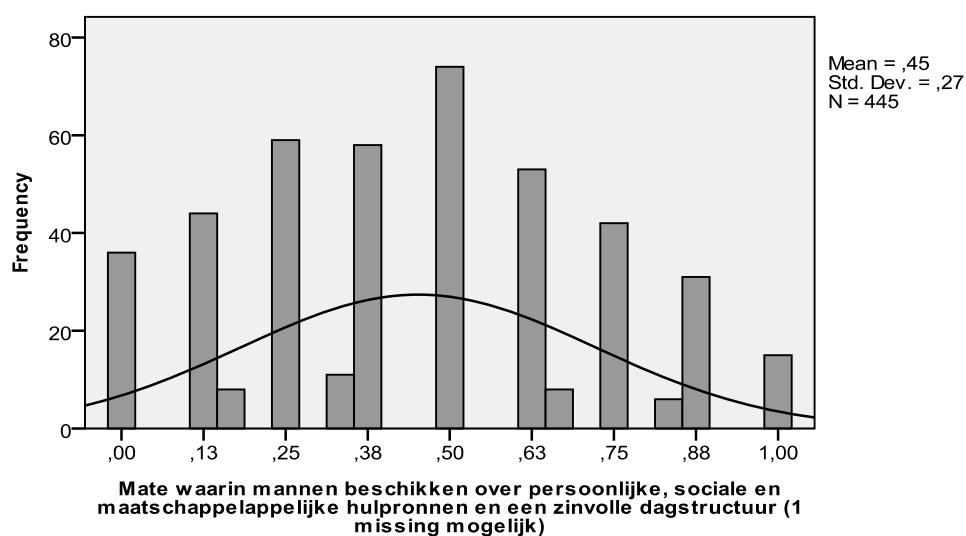
Bij gebrek aan normscores bij het gehanteerde meetinstrument hebben we afkappunten voor de mate van zelfvertrouwen gekozen op basis van schaalcores onder 33% van het schaalmaximum (score 1); boven 67% van het schaalmaximum (score 3) en scores hier tussenin (score 2).

B2.2.6. Optellen in een schaal voor 'totale draagkracht'

De schalen voor draagkracht op persoonlijke, sociale en maatschappelijke hulpbronnen en zinvolle dagstructuur met elk drie categorieën, zijn samengenomen in één maat voor de 'totale draagkracht'.

Analyses lijken aan te tonen dat het bij elkaar optellen van de vier schalen gerechtvaardigd is. De vier schalen blijken in een factoranalyse (principal component) op een enkele, gezamenlijke component te laden: deze gedeelde component hebben we in dit onderzoek 'de draagkracht' genoemd. Uit een betrouwbaarheidsanalyse bleek de samengevoegde schaal (4 items) redelijk betrouwbaar ($\alpha=0,69$).

Schaalscores voor de mate van totale draagkracht zijn berekend door scores van elk van de vier schalen met een minimum van 1 en een maximum van 3 bij elkaar op te tellen. Zo ontstond een schaal die kon variëren tussen 4 en 12. Scores zijn vervolgens getransformeerd naar score als fractie van het schaalmaximum waarbij 1 missende waarde werd toegestaan. Een totale score van 1 geeft aan dat een respondent op alle (ingevulde) schalen een 3 ('voldoende' draagkracht) scoort. Een totale score van 0 betekent dat een respondent op alle (ingevulde) schalen een 1 ('zeer beperkte' draagkracht) scoort.



Figuur B6. Frequentieverdeling op samengevoegde schaal voor totale draagkracht.

Meer totale draagkracht wijst in dit rapport op de combinatie van:

- meer binding met en steun uit sociale en maatschappelijke omgeving
- meer structuur en zingeving dagelijks leven
- meer geloof in eigen kunnen en eigen waarde

Respondenten met meer draagkracht lijken daarmee:

- minder sociaal en maatschappelijk uitgesloten
- meer in staat (toekomstige) problemen het hoofd te bieden om daarmee de situatie te handhaven of verbeteren.

Over afkappunten

Om een inschatting te kunnen maken van 'hoe het staat' met de draagkracht van alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering hebben we in onderhavig rapport drie groepen onderscheiden:

Boven 67% van het schaalmaximum	– 'voldoende' totale draagkracht
Tussen 67% en 33% van het schaalmaximum	– 'beperkte' totale draagkracht
Onder 33% van het schaalmaximum	– 'zeer beperkte' totale draagkracht

B2.3. Zorggebruik

Het zorggebruik hebben we uitgevraagd met een versimpelde versie van de standaard monitor vragenlijst die bij de Amsterdamse Gezondheidsmonitor wordt gebruikt (een aanpassing van de Lokale en Nationale Monitor Volgezondheid).

In de eerste twee vragen wordt aan de respondent gevraagd wanneer hij voor het laatst voor zichzelf contact heeft gehad met de huisarts en, indien van toepassing, hoe vaak dat in de afgelopen twee maanden was.

In een derde vraag wordt nagevraagd of men in de afgelopen 12 maanden voor zichzelf contact heeft gehad met 10 categorieën zorgverleners van de eerste- of tweedelijnszorg. Specifiek voor de doelgroep bijstandsgerechtigden is de categorie 'bedrijfsarts' uitgebreid met 'DWI keuringsarts'.

1. Medisch specialist
2. Tandarts of mondhygiënist
3. Bedrijfsarts of DWI keuringsarts
4. GGD of GG&GD (gemeentelijke gezondheidsdienst)
5. Diëtist, Ergotherapeut, Fysiotherapeut, Logopedist of Oefentherapeut Cesar/Mensendieck
6. Thuiszorg (wijkverpleegkundige, gezinsverzorging, Alfa-hulp)
7. Algemeen Maatschappelijk Werk
8. Verslavingzorg
9. Alternatieve behandelaars (homeopaat, acupuncturist, iriscopist, etc.)
10. RIAGG/GGZ/ (instellingen voor geestelijke gezondheidszorg) psycholoog of psychiater (ook vrijgevestigd)

B2.4. Indicaties van zorgwekkend functioneren

De mate waarin mensen 'zorgwekkend functioneren' wordt doorgaans door professionals bepaald. In onderhavig onderzoek hebben we de mate waarin respondenten er niet in slagen in eigen bestaansvoorwaarden te voorzien (overleven) of die van anderen schaden (samenleven) proberen vast te stellen op basis van zelfrapportage.

We hebben hiertoe indicatoren samengesteld die zoveel mogelijk de feitelijke situatie uitvragen (bijvoorbeeld: heeft groeiende schulden ja/nee, eet elke dag een warme maaltijd ja/nee). We laten bij deze indicatoren niet de respondent beoordelen hoe 'zorgwekkend' de situatie is.

Indicatoren van een problematische financiële situatie:

1. heeft een schuld;
2. heeft een schuld die groter wordt of gelijk blijft;
3. heeft conflicten met schuldeisers;
4. zit minstens een 7 dagen per maand zonder geld.

Indicatoren van gebrekkige zelfzorg:

1. peer-interviewer beoordeelde het voorkomen van de respondent als onverzorgd;
2. douchet op minder dan helft van de dagen;
3. eet op minder dan de helft van de dagen een warme maaltijd.

Indicatoren van ontoereikende/instabiele huisvesting:

1. heeft een huurschuld;
2. heeft in afgelopen 6 maanden in de open lucht/opvangcentrum voor daklozen geslapen;
3. kan de woning onvoldoende verwarmen;
4. woont op een tijdelijk huisadres;
5. heeft onvolledige huisraad (ontbreekt matras, fornuis, tafel, stoelen).

Indicatoren van overlast veroorzaken:

1. rapporteert burenoverlast te hebben veroorzaakt in afgelopen 6 maanden.

Indicatoren van suïcidepoging:

1. rapporteert suïcidepoging in afgelopen 12 maanden.

Wat betreft 'het schaden van anderen' hadden we oorspronkelijk meer vragen over contact met justitie/politie in afgelopen 12 maanden. Deze vragen wilden peer-interviewers niet stellen en zijn komen te vervallen. Alleen een vraag met betrekking tot het veroorzaken van burenoverlast is overgebleven als indicator van gedrag dat schadelijk is voor anderen.

Over afkappunten

In onderhavig rapport hebben we geprobeerd in te schatten in welke mate indicaties van zorgwekkend functioneren spelen bij de doelgroep alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering. Hiertoe hebben we normatieve afkappunten gekozen om te bepalen wanneer er wel en wanneer er niet sprake is van indicaties van zorgwekkend functioneren op een van de vijf domeinen.

Er is sprake van een indicatie van zorgwekkend functioneren *op een bepaald domein*, wanneer op meer dan de helft van de indicatoren sprake is van een probleemscore.

Er sprake van een indicatie van zorgwekkend functioneren wanneer op tenminste één van de vijf domeinen een indicatie van zorgwekkend functioneren is vastgesteld.

Mede omdat deze normatieve afkappunten arbitrair zijn, spreken we voorzichtig van 'indicaties van zorgwekkend functioneren'. De schattingen die hieruit voortvloeien geven een grof beeld van de mate waarin respondenten bedreigd worden in bestaansvoorwaarden, of die van anderen schaden.

Aan de hand van de vervolgmeting kunnen *veranderingen* op indicatoren van zorgwekkend functioneren relateren aan veranderingen in persoonskenmerken, kenmerken van de sociale en maatschappelijke omgeving en ziekte kenmerken. Dit geeft ons inzicht in het proces van maatschappelijke uitval en re-integratie.

B2.5. Situatie vanuit het cliëntperspectief

B2.5.1. Subjectieve kwaliteit van leven

Algemene kwaliteit van leven

Om respondenten eerst te laten stilstaan bij zaken die zij aangenaam en minder aangenaam vinden in hun leven vroegen we hen eerst drie positieve en drie negatieve dingen in hun dagelijkse leven te noemen.

We willen graag weten welke dingen uw dagelijks leven aangenaam maken. Dingen die u bijvoorbeeld kracht geven, u blij maken, u energie en hoop geven.

1a. Welke dingen maken uw dagelijkse leven <u>aangenaam</u>? Kies de drie belangrijkste onderwerpen die uw leven aangenaam maken. [->laat respondent zelf drie onderwerpen noemen, alleen als respondent geen onderwerpen kan verzinnen laat je kaart 3 met onderwerpen zien]		1b. Kunt u aangeven welk van deze drie onderwerpen u het meest belangrijk vindt? (noteer cijfer 1 achter onderwerp) En welk van deze drie onderwerpen u het minst belangrijk vindt? (noteer cijfer 3 achter onderwerp)
	Van kaart?	
1	j / n	
2	j / n	
3	j / n	

Ik ga u nu dezelfde vragen stellen over negatieve dingen in uw leven. Dingen die uw dagelijks leven onaangenaam maken. Dingen waar u bijvoorbeeld last van heeft, dingen die u belemmeren te doen wat u wenst

2a. Welke dingen maken uw dagelijkse leven <u>onaangenaam</u>? Kies de drie belangrijkste onderwerpen waar u last van hebt. [->laat respondent zelf drie onderwerpen noemen, alleen als respondent geen onderwerpen kan verzinnen laat je kaart 3 met onderwerpen zien]		2b. Kunt u aangeven welk van deze drie onderwerpen u het meest last hebt? (noteer cijfer 1 achter onderwerp) En welk van deze drie onderwerpen u het minst last hebt? (noteer cijfer 3 achter onderwerp)
	Van kaart?	
1	j / n	
2	j / n	
3	j / n	

Vervolgens vroegen we respondenten hoe tevreden zij zijn met de algemene kwaliteit van hun leven. Aan respondenten werd gevraagd hun tevredenheid uit te drukken in een rapportcijfer waarbij onderstaande schaal werd gepresenteerd.

De volgende vraag gaat over de kwaliteit van uw leven in het geheel. [laat kaart 4 zien]

3. Hoe tevreden bent u over de kwaliteit van uw leven?

zeer ontevreden

zeer tevreden

1 2 3 4 5 6 6,5 7 7,5 8 8,5 9 9,5 10

Met bovenstaande schaal wordt de respondent gedwongen een rapportcijfer tussen de 6 en 10 nader te specificeren (is het bijvoorbeeld een 6,5, een 7 of een 7,5?). Deze schaal is gehanteerd omdat bij dergelijke tevredenheidvragen de meerderheid van de antwoorden vaak rond de 7 liggen. Wanneer antwoorden van respondenten weinig verschillen op een schaal, is deze schaal weinig bruikbaar voor statistische analyse. Door respondenten te dwingen de positie te specificeren zorgen we voor meer spreiding op de schaal.

Tevredenheid met leefgebieden

Op elk van de volgende leefgebieden hebben we eerst bijbehorende meetinstrumenten afgenomen om de normatieve zorgbehoefte te bepalen en eindigde we telkens met de vraag hoe tevreden de respondent zelf was met dit leefgebied. Respondenten drukten hun tevredenheid per leefgebied uit in een rapportcijfer. Hierbij werd dezelfde schaal gebruikt als boven afgebeeld bij de algemene kwaliteit van leven.

Op de volgende leefgebieden hebben respondenten met een rapportcijfer aangegeven hoe tevreden zij hiermee zijn:

- Dagritme
- Leefstijl & drugsgebruik
- Sociale relaties
- Participatie in samenleving
- Financiële situatie
- Professionele zorg/hulpverleners
- Persoonlijke vaardigheden
- Persoonlijke verzorging
- Algemene kwaliteit van leven

Om de algemene gezondheidsbeleving te meten hebben we een vraag uit de RAND-36 gebruikt. Met de vraag "Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?" meten we de gezondheidsbeleving van de respondent. Respondenten konden antwoorden met (1) uitstekend (2) zeer goed (3) goed (4) matig (5) slecht.

B2.5.2. Wensen

Wensen hebben in onderhavig rapport betrekking op zaken die respondenten wensen te verbeteren om een hogere kwaliteit van leven te realiseren.

Metten van 'wensen'

Nadat respondenten een rapportcijfer gaven aan hun algemene kwaliteit van leven, vroegen interviewers welke dingen zouden moeten verbeteren om de kwaliteit van leven met tenminste een punt te verbeteren. Als de respondent zijn kwaliteit van leven bijvoorbeeld met een vijf beoordeelde, vroegen wij deze respondent wat er in zijn ogen zou moeten verbeteren om van deze vijf een zes te maken.

"U gaf net het cijfer [noem cijfer net genoemd bij vraag 9] aan uw kwaliteit van leven. [→ laat kaart 5 zien]

<p>4a. Als u twee dingen mag noemen, welke zaken zouden moeten verbeteren om ervoor te zorgen dat uw kwaliteit van leven met tenminste 1 punt verbetert?</p> <p>Dus dat u in plaats van een [bijvoorbeeld 7] een [bijvoorbeeld 8] zou geven aan de kwaliteit van uw leven?</p> <p>Noteer de twee onderwerpen</p>	<p>4b. Welk van deze zaken vindt u het meest belangrijk? [→ noteer 1 achter onderwerp]</p> <p>Rangordening onderwerp (noteer 1 of 2)</p>
<p>.....</p>	
<p>.....</p>	

Het is bij vraag vier de bedoeling dat respondenten zelf een antwoord formuleren. En dat de interviewer helpt bij het specificeren van het genoemde onderwerp. Dit specificeren is niet altijd geslaagd bij de interviews: een veel genoemde wens is bijvoorbeeld verbeteren van 'gezondheid'. We weten in dit geval niet precies wat er bedoeld wordt.

Wanneer een respondent geen verbeterpunten kon verzinnen, werd hem een kaart met onderwerpen voorgelegd waaruit hij kon kiezen.

De open antwoorden van respondenten zijn vervolgens gecategoriseerd. Voor elk van de meest genoemde categorieën (financiën, gezondheid, sociale relaties en werk/opleiding) is een variabele aangemaakt die weergeeft of een respondent een veel voorkomende categorie wel of niet heeft genoemd als eerste of tweede wens.

B2.5.3. Intenties en ondersteuningsbehoefte

Voor elk van de twee genoemde wensen (ofwel verbetergebieden) beantwoordde de respondent vervolgens een aantal vragen. Onder ziet u de vragen die gebruikt zijn voor onderhavig rapport:

Ik ga u nu eerst een aantal vragen stellen over [noem onderwerp 1]:

→ noteer onderwerp1:

5. Denkt u dat het mogelijk is om [noem onderwerp 1] te verbeteren?

1. ja
2. nee

7. Denkt u dat het u zelf lukt deze zaken [noem onderwerp 1] te veranderen/verbeteren in de komende 6 maanden

1. ja
2. nee

8a. Stel er bestaan professionele hulpverleners die gespecialiseerd zijn in hulp bij [noem onderwerp 1]. Zo'n hulpverlener biedt u hulp hierbij aan. Zou u deze hulp accepteren?

1. ja (ga naar vraag 8b)
2. nee (ga naar vraag 9)
3. ik krijg al hulp (ga naar vraag 10, volgende onderwerp)

Zoja

8b. Weet u waar u deze hulp of ondersteuning kunt krijgen?

1. nee
2. ja, namelijk bij

.....
.....

8c. Bent u van plan om binnen 6 maanden zelf hulp te zoeken om [noem onderwerp 1] te veranderen/verbeteren ?

1. ja [→ ga naar vraag 10]
2. nee [→ ga naar vraag 9]

Antwoorden op bovenstaande vragen zijn uitgezet naar de vier meest voorkomende categorieën van wensen. Voor alle wensen met betrekking tot het verbeteren van de financiële situatie, gezondheid, sociale relaties en werk/opleiding, hebben we berekend in hoeverre het realiseren van deze wens (a) überhaupt mogelijk wordt geacht (b) mogelijk wordt geacht zelf te realiseren (c) hulp wordt geaccepteerd bij realiseren van de wens (d) respondent weet waar deze hulp te vinden is (e) intentie bestaat binnen 6 maanden hulp te gaan zoeken.

Respondenten die (a) geen ondersteuning accepteren of (b) niet van plan zijn binnen zes maanden hulp te gaan zoeken is een batterij aan vragen gesteld om te achterhalen waarom de respondent geen hulp wil accepteren of niet van plan is ondersteuning te zoeken. Deze ervaren barrières zijn in dit rapport nog niet geanalyseerd.

Bijlage 3. Benadering & Respons

B3.1. Steekproefkader:

Steekproefkader omvangt 9200 respondenten die aan de volgende inclusiecriteria voldoen:

- o Ontvangt WWB uitkering;
- o Trede 1 t/m 4;
- o Leeftijd: 23-65 jaar;
- o Woonsituatie: zelfstandig;
- o Niet – als speciale doelgroep geregistreerd;
- o Niet – geïnstitutionaliseerd.

B3.2. Benadering door de doelgroep; de peer-interviewers van Mankracht

Uit dit steekproefkader namen we een aselechte steekproef van 1800 mannen. In de periode juni 2009 – mei 2010 hebben we deze 1800 mannen in verschillende ronden benaderd¹⁵.

Een benadering bestond telkens uit de volgende procedure:

1. **DWI: toestemming gegevensoverdracht DWI→GGD;** DWI stuurt brief aan respondent om toestemming te vragen voor overdracht van persoonsgegevens (NAW gegevens) aan de GGD voor onderzoek.
2. **GGD: uitnodiging onderzoek mankracht;** Aangeschreven cliënten die niet binnen drie weken bezwaar maakten tegen gegevensoverdracht werden door GGD aangeschreven met een brief waarin we het onderzoek kort toelichtten en respondenten vroegen contact op te nemen voor een afspraak thuis of op locatie of om zich af te melden.
3. **Peers: telefonische benadering;** Respondenten werden minstens 10 x op verschillende tijdstippen en dagen gebeld door de peer-interviewers van Mankracht.
4. **Peers: huis aan huis benadering;** Respondenten werden minstens 3x op verschillende tijdstippen en dagen aan huis bezocht door de peer-interviewers van mankracht.

Herbenadering door professionele interviewers

Vanaf medio november - medio december 2010 werden 430 respondenten die nog niet bereikt waren herbenaderd door professionele interviewers van de dienst Onderzoek en Statistiek in Amsterdam.

¹⁵ Elk van de 9200 potentiële respondenten binnen het steekproefkader kreeg een willekeurig nummer toebedeeld. Vervolgens zijn eerst de nummers 1 t/m 750, toen de nummers 750-1500 en tot slot de nummers 1500 t/m 1800 benaderd. Deze methode is gekozen om het mogelijk te maken de steekproef uit te breiden zonder telkens een nieuwe steekproef te hoeven trekken. Zo konden we anticiperen op de responsratio.

De benaderingsprocedure was gelijk aan bovenbeschreven benadering door peer-interviewers behalve dat stap 1 (toestemming voor gegevensoverdracht DWI→GGD) niet herhaald hoefde te worden. Wel werden contactgegevens van respondenten die we wilden herbenaderen geüpdate door DWI. Hierdoor vielen 74 respondenten af die volgens de DWI registratie op dat moment niet langer in een bijstandsituatie zaten / alleenstaand waren.

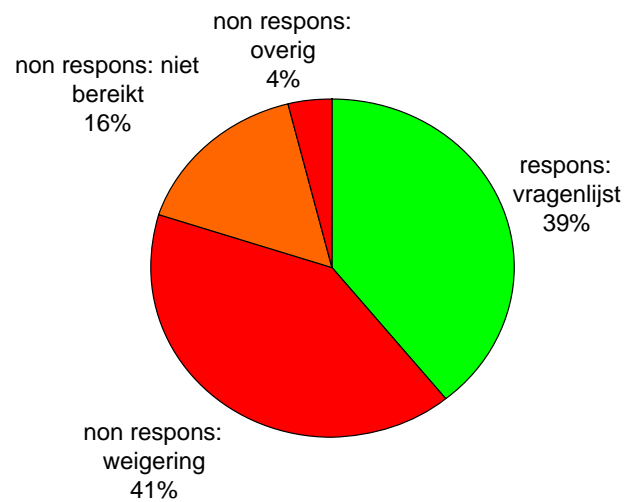
B3.3. Respons

Uiteindelijk hebben we 472 van de 1800 aangeschreven mannen geïnterviewd. In tabel X ziet u dat 170 mannen afvielen omdat zij niet langer een bijstand ontvingen van DWI. Van de overgebleven groep van 1630 mannen weigerden 429 mannen de overdracht van contactgegevens van DWI naar de GGD. De resterende groep van 1204 mannen zijn daadwerkelijk door interviewers benaderd. Bij 39% van de benaderde groep leidde de benadering tot het afnemen van een (volledige) vragenlijst. Uiteindelijk zijn 415 vragenlijsten afgenomen door peer-interviewers en 57 vragenlijsten afgenomen door interviewers van dienst Onderzoek en Statistiek.

Tabel B7. Resultaat benadering mankracht 2009 – 2010 (t=0)	n	%	% respons
Steekproefkader volgens inclusiecriteria van onderzoek	9200		
Aselecte steekproef uit steekproefkader	1800		
<i>Waarvan:</i>			
Verwijderd uit steekproef: niet langer in bijstand op moment vragen van toestemming/herbenadering OS	170*	9,4%	
Totaal aangeschreven voor toestemming gegevensoverdracht	1630	90,6%	100%
<i>Waarvan:</i>			
Gegevensverdacht geweigerd	426	26,1%	26,1%
Toestemming gegevensoverdracht (passief)	1204	73,9%	
<i>Waarvan:</i>			
Non-respons benadering (tel + huis-aan-huis)	732	60,7%	44,9%
Vragenlijst afgenomen	472	39,3%	29,0%

*96 respondenten zaten niet langer in bijstand op het moment van aanschrijven voor toestemming gegevensoverdracht persoonsgegevens van DWi → GGD. 74 respondenten vielen buiten steekproef op moment van herbenaderen door professionele interviewers van O+S (deze respondenten hebben we dus tijdens peer-benadering tevergeefs proberen te bereiken maar zijn uit steekproef verwijderd omdat respondent niet langer in bijstandsituatie verkeerde).

In de taartdiagram van figuur B1 ziet u waarom bij 61% van de benaderde alleenstaande mannen met een bijstandsuitkering geen vragenlijst is afgenomen. Van de benaderde mannen (n=1204) wilde 41% niet meedoen aan het onderzoek en hebben we 16% ook met een herbenadering door de dienst Onderzoek en statistiek niet weten te bereiken. De groep niet bereikte mannen is in totaal ongeveer 20x gebeld en 6x op verschillende tijdstippen aan huis bezocht. Overige redenen van non-respons (4%) betroffen overlijden, verhuizing, ontbreken van contactgegevens, verblijf in instelling.



Figuur B1. Resultaat van benadering 1204 respondenten

Bijlage 4 Tools

B3.1. De WISH

We hebben in deze studie gezien dat een substantieel deel van de mannen verbetering van financiën en gezondheid wensen maar deze verbetering niet mogelijk achten. Ook hebben we gezien dat ondervraagden relatief veel zorgcontacten hebben maar in de meeste gevallen aangeven niet ondersteund te worden bij het realiseren van wensen die zij zelf hebben geuit. Tot slot hebben we gezien dat een hogere kwaliteit van leven vooral samen gaat met een hogere mate van tevredenheid op het gebied van dagritme, sociale relaties, participatie en leefstijl. Dit zijn leefgebieden die de mannen zelden wensen te verbeteren.

Bijgevoegde vragenlijst kan professionals ondersteunen bij het uitvragen van het cliëntperspectief om samen met de cliënt te komen tot haalbare wensen en ondersteuningsbehoeften die niet alleen het oordeel van de professional reflecteren (de normatieve zorgbehoefte) maar ook die van de cliënt.

Tevens kunnen professionals op basis van de module een inschatting maken van de mate waarin de cliënt zelf in staat is (reguliere) hulp te vinden en in te schakelen of dat de cliënt hier ondersteuning bij nodig heeft.

Op de volgende pagina vindt u de WISH module die we in deze studie hebben gebruikt om te achterhalen wat de Wensen, Intenties en Subjectieve Hulpbehoeften zijn van respondenten. In de vorige sectie is nader toegelicht hoe interviewers deze module hebben afgenomen.

Voor meer informatie over de vragenlijst en het gebruik ervan kunt u contact opnemen met Tjerk Kamann: tkamann@ggd.amsterdam.nl

Kwaliteit van Leven

Ik heb u nu een heleboel vragen gesteld over uw leven: over uw sociale relaties, over hoe u zich voelt, over uw schulden, over uw huisvesting, over uw dagbesteding en nog veel meer.

In dit laatste gedeelte willen wij graag een beeld krijgen van de dingen die *u zelf* belangrijk vindt.

[Laat kaart 2 zien]

We gaan u vragen naar *positieve dingen* in uw dagelijks leven en *negatieve dingen* in uw dagelijks leven.

Eerst gaan we het hebben over positieve dingen:

We willen graag weten welke dingen uw dagelijks leven aangenaam maken. Dingen die u bijvoorbeeld kracht geven, u blij maken, u energie en hoop geven.

<p>1a. Welke dingen maken uw dagelijkse leven aangenaam?</p> <p>Kies de drie belangrijkste onderwerpen die uw leven aangenaam maken.</p> <p>[→laat respondent zelf drie onderwerpen noemen, alleen als respondent geen onderwerpen kan verzinnen laat je kaart 3 met onderwerpen zien]</p>	<p>1b. Kunt u aangeven welk van deze drie onderwerpen u het meest belangrijk vindt? (noteer cijfer 1 achter onderwerp)</p> <p>En welk van deze drie onderwerpen u het minst belangrijk vindt? (noteer cijfer 3 achter onderwerp)</p>
Van kaart?	
1	j / n
2	j / n
3	j / n

Ik ga u nu dezelfde vragen stellen over negatieve dingen in uw leven. Dingen die uw dagelijks leven onaangenaam maken. Dingen waar u bijvoorbeeld last van heeft, dingen die u belemmeren te doen wat u wenst

<p>2a. Welke dingen maken uw dagelijkse leven onaangenaam?</p> <p>Kies de drie belangrijkste onderwerpen waar u last van hebt.</p> <p>[→laat respondent zelf drie onderwerpen noemen, alleen als respondent geen onderwerpen kan verzinnen laat je kaart 3 met onderwerpen zien]</p>	<p>2b. Kunt u aangeven welk van deze drie onderwerpen u het meest last hebt? (noteer cijfer 1 achter onderwerp)</p> <p>En welk van deze drie onderwerpen u het minst last hebt? (noteer cijfer 3 achter onderwerp)</p>
Van kaart?	
1	j / n
2	j / n
3	j / n

De volgende vraag gaat over de kwaliteit van uw leven in het geheel. **[laat kaart 4 zien]**

3. Hoe tevreden bent u over de kwaliteit van uw leven?													
<i>zeer ontevreden</i>							<i>zeer tevreden</i>						
1	2	3	4	5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10

U gaf net het cijfer [noem cijfer net genoemd bij vraag 9] aan uw kwaliteit van leven. [→ laat kaart 5 zien]

<p>4a. Als u twee dingen mag noemen, welke zaken zouden moeten verbeteren om ervoor te zorgen dat uw kwaliteit van leven met tenminste 1 punt verbetert?</p> <p>Dus dat u in plaats van een [bijvoorbeeld 7] een [bijvoorbeeld 8] zou geven aan de kwaliteit van uw leven?</p> <p>Noteer de twee onderwerpen</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">.....</p>	<p>4b. Welk van deze zaken vindt u het meest belangrijk? [→ noteer 1 achter onderwerp]</p> <p>Rangordening onderwerp (noteer 1 of 2)</p>
--	---

→ noteer onderwerp1:

Ik ga u nu eerst een aantal vragen stellen over [noem onderwerp 1]:

<p>5. Denkt u dat het mogelijk is om [noem onderwerp 1] te verbeteren?</p> <p>1. ja 2. nee</p>

<p>6. Hebt u de afgelopen 6 maanden geprobeerd om [noem onderwerp 1] te veranderen of verbeteren?</p> <p>1. ja 2. nee</p>
--

<p>7. Denkt u dat het u zelf lukt deze zaken [noem onderwerp 1] te veranderen/verbeteren in de komende 6 maanden</p> <p>1. ja 2. nee</p>

8a. Stel er bestaan professionele hulpverleners die gespecialiseerd zijn in hulp bij [noem onderwerp 1].

Zo'n hulpverlener biedt u hulp hierbij aan. Zou u deze hulp accepteren?

1. ja (ga naar vraag 8b)
2. nee (ga naar vraag 9)
3. ik krijg al hulp (ga naar vraag 10, volgende onderwerp)

Zoja

8b. Weet u waar u deze hulp of ondersteuning kunt krijgen?

1. nee
2. ja, namelijk bij

.....

8c. Bent u van plan om binnen 6 maanden zelf hulp te zoeken om [noem onderwerp 1] te veranderen/verbeteren ?

1. ja [-> ga naar vraag 10]
2. nee [-> ga naar vraag 9]

Zo nee,

9. Waarom niet? Ik lees een aantal redenen op om geen hulp te willen bij [onderwerp 1]. Geef aan in hoeverre deze redenen op u van toepassing zijn.

	nee	enigs -zins	ja
a. Ik heb eerder professionele hulp gehad en dit is mij <u>slecht bevallen</u>	1	2	3
b. Ik zou mij <u>schamen tegenover vrienden</u> als ik hiervoor professionele hulp zou krijgen	1	2	3
c. Ik ben bang dat ik dan over gevoelens en gedachten zou moeten praten die ik <u>liever niet voel of bespreek</u>	1	2	3
d. Ik wil mijzelf niet zien als iemand die hulp nodig heeft	1	2	3
e. Ik denk <u>niet</u> dat de behandelaar mij <u>begrijpt</u>	1	2	3
f. Ik denk niet dat professionele hulp helpt (<u>geen effect</u>)	1	2	3
g. Ik heb vrede met mijn leven zoals het is; er <u>hoeft niets te veranderen</u>	1	2	3
h. Ik wil niet dat anderen zich met mij <u>bemoeien</u>	1	2	3
i. ik vind hulp niet nodig omdat ik het <u>zelf kan oplossen</u>	1	2	3
j. <u>anders</u> , namelijk			

9k. Zou u wel hulp accepteren bij verbeteren van [noem onderwerp 1] van familie of vrienden?

1. Ja
2. nee

→ noteer onderwerp2:

Ik ga u nu dezelfde vragen stellen over [noem onderwerp 2 van vraag 4].

10. Denkt u dat het mogelijk is om [noem onderwerp 2] te verbeteren?
1. ja
2. nee

11. Hebt u de afgelopen 6 maanden geprobeerd om [noem onderwerp 2] te veranderen of verbeteren?
1. ja
2. nee

12. Denkt u dat het u zelf lukt deze zaken [noem onderwerp 2] te veranderen/verbeteren in de komende 6 maanden
1. ja
2. nee

**13a. Stel er bestaan professionele hulpverleners die gespecialiseerd zijn in hulp bij [noem onderwerp 2].
Zo'n hulpverlener biedt u hulp hierbij aan. Zou u deze hulp accepteren?**
1. ja (ga naar vraag 13b)
2. nee (ga naar vraag 14)
3. ik krijg al hulp (ga naar vraag 15)

Zoja

13b. Weet u waar u deze hulp of ondersteuning kunt krijgen?
1. nee
2. ja, namelijk bij
.....
.....

13c. Bent u van plan om binnen 6 maanden zelf hulp te zoeken om [noem onderwerp 2] te veranderen/verbeteren ?
1. ja [→ ga naar vraag 15]
2. nee [→ ga naar vraag 14]

Zo nee,

14. Waarom niet? Ik lees een aantal redenen op om geen hulp te willen bij [onderwerp 2]. Geef aan in hoeverre deze redenen op u van toepassing zijn.

	nee	enigs-zins	ja
a. Ik heb eerder professionele hulp gehad en dit is mij <u>slecht befallen</u>	1	2	3
b. Ik zou mij <u>schamen tegenover vrienden</u> als ik hiervoor professionele hulp zou krijgen	1	2	3
c. Ik ben bang dat ik dan over gevoelens en gedachten zou moeten praten die ik <u>liever niet voel of bespreek</u>	1	2	3
d. Ik wil mijzelf niet zien als iemand die hulp nodig heeft	1	2	3
e. Ik denk <u>niet</u> dat de behandelaar mij <u>begrijpt</u>	1	2	3
f. Ik denk niet dat professionele hulp helpt (<u>geen effect</u>)	1	2	3
g. Ik heb vrede met mijn leven zoals het is; er <u>hoeft niets te veranderen</u>	1	2	3
h. Ik wil niet dat anderen zich met mij <u>bemoeien</u>	1	2	3
i. ik vind hulp niet nodig omdat ik het <u>zelf kan oplossen</u>	1	2	3
j. <u>anders</u> , namelijk			

14k. Zou u wel hulp van familie of vrienden accepteren bij verbeteren van [noem onderwerp 2]

1. ja
2. nee

B3.2. De Zelfredzaamheid-Matrix

De Zelfredzaamheid-Matrix

Factsheet over het eenvoudig en gestandaardiseerd meten van zelfredzaamheid.

- 2 Wat is de Zelfredzaamheid-Matrix?
- 2 De OGz kan de ZRM goed gebruiken
- 3 De ontwikkeling van de ZRM: een terugblik
- 4 Gaat u de ZRM gebruiken? Mail ons!

#7



GGD Amsterdam

Naar Amerikaans voorbeeld heeft de GGD Amsterdam een instrument ontwikkeld om de zelfredzaamheid van kwetsbare mensen snel en eenvoudig te meten: de Zelfredzaamheid-Matrix. Dit instrument voorziet in een belangrijke behoefte met name van professionals in de Openbare Gezondheidszorg. Inmiddels wordt de Zelfredzaamheid-Matrix door verschillende organisaties in Amsterdam en elders in het land gebruikt. Hoe de Zelfredzaamheid-Matrix werkt en hoe het instrument is ontwikkeld, leest u in deze factsheet.

Wat is de Zelfredzaamheid-Matrix?

De Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM) is een geordend systeem waarbij aan elf domeinen van het dagelijks leven (zoals inkomen en dagbesteding; zie figuur) een waarde voor zelfredzaamheid wordt toegekend. Zelfredzaamheid is de uitkomst van vaardigheden, omstandigheden en beweegredenen om goed in het dagelijks leven te functioneren. De ZRM vindt haar oorsprong in de Verenigde Staten en is de afgelopen jaren door een projectgroep van de GGD Amsterdam verder ontwikkeld voor de Nederlandse situatie.



Vijf niveaus van zelfredzaamheid

In de Matrix worden vijf niveaus van zelfredzaamheid onderscheiden, van minimale zelfredzaamheid waardoor de persoon een acuut probleem heeft, tot volledige zelfredzaamheid. In de Matrix staan voor elk domein en elk niveau van zelfredzaamheid duidelijke criteria geformuleerd (zie de ZRM op pag. 5, 6). Op het domein 'Inkomen' bijvoorbeeld, is niet alleen het hebben van een inkomen belangrijk, ook de soort inkomensbron, het bestedingspatroon en het bestaan en beheer van eventuele schulden dragen bij aan de waardering van de mate van zelfredzaamheid. Op deze manier wordt snel en eenvoudig inzicht verkregen in het dagelijks functioneren van een cliënt. De ZRM ondersteunt hulpverleners bij het bepalen van de zorgbehoefte en het formuleren van een zorg- en begeleidingsaanbod. Beleidsmakers en onderzoekers hebben met de ZRM een instrument in handen waarmee de status van doelgroepen en het effect van het zorgaanbod kan worden geëvalueerd.

Waar haalt een professional informatie vandaan?

De voornaamste bron van informatie is de cliënt zelf. In een gesprek met hem of haar vraagt de beoordelaar naar de huidige situatie op alle elf domeinen, naar eventuele problemen, en wat de persoon doet om die problemen op te lossen. Dit soort gesprekken wordt regelmatig gevoerd in de Openbare Gezondheidszorg (OGz), bijvoorbeeld tijdens een intake of om de voortgang van een cliënt te bespreken. Ook administratieve bronnen zoals de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA), cliëntdossiers van samenwerkingspartners of verzekeringsgegevens kunnen de beoordelaar belangrijke informatie bieden. Vooral wanneer de beoordelaar vermoedt dat de informatie van een cliënt zelf onvolledig of onbetrouwbaar is. Verder zijn collega's uit de eigen organisatie of van andere instellingen belangrijke informatiebronnen. Een vierde bron van informatie zijn collega's uit de eigen organisatie of van andere instellingen. Overleg met collega's die een cliënt kennen of expert zijn op domeinen waarmee de beoordelaar zelf minder vertrouwd is, kan nuttig zijn om tot een waardering op de ZRM te komen.

De OGz kan de ZRM goed gebruiken

De Openbare Gezondheidszorg is het vangnet voor mensen die onvoldoende zelfredzaam zijn. Een belangrijk aspect van zelfredzaamheid is (zelf) problemen en tegenslagen kunnen oplossen en verwerken. Zelfredzaamheid betekent dan ook, dat bij problemen die een persoon niet zelf kan oplossen op tijd hulp gevraagd wordt. Wanneer iemand geen hulp vraagt of geen hulp kan krijgen van vrienden en familie of

de reguliere gezondheidszorg, moet de OGz in de zorgbehoefte voorzien. Om deze zorgbehoefte te bepalen, waren tot op heden geen instrumenten beschikbaar om de zelfredzaamheid van cliënten te beoordelen en werd uitgegaan van het oordeel van de professional. De ZRM biedt hulpverleners in de OGz een eenvoudig, gestandaardiseerd en betrouwbaar overzicht van de mate van zelfredzaamheid van een persoon.

Waar wordt de ZRM al toegepast?

De introductie van de ZRM is door verschillende partijen met groot enthousiasme ontvangen. Op verschillende plaatsen in Nederland wordt de ZRM toegepast in het kader van de centrale toegang tot de maatschappelijke opvang (MO). In Rotterdam gebeurt dat bij het Centraal Onthaal Jongeren (Jongerenloket) op tenminste drie momenten, bij instroom, doorstroom en uitstroom. In Amsterdam wordt de ZRM op vergelijkbare wijze toegepast. Medewerkers van uitvoerende organisaties zoals HVO-Querido hebben het afgelopen jaar ongeveer 1.000 cliënten gescreend met de ZRM om te bepalen of zij aanspraak kunnen maken op hulpverlening in de MO. In de toekomst zal de ZRM in Amsterdam ook worden toegepast bij het evalueren van de door- en uitstroom in de MO. Ook in Den Haag, Utrecht en de regio Noordoost-Brabant overweegt men de ZRM op termijn in te voeren als screener voor de MO. Organisaties als Parnassia (Den Haag), Lucertis (Rotterdam), GGZ InGeest en de Geïntegreerde Voorzieningen (GV's) in Amsterdam zijn in de ZRM geïnteresseerd als instrument voor 'Routine Outcome Monitoring' (ROM). Om te bepalen of de ZRM geschikt is als ROM instrument, onderzoeken we de samenhang tussen de ZRM en gevestigde ROM-instrumenten als de HoNOS en de CAN.

De ontwikkeling van de ZRM: een terugblik

De ZRM is een bewerking van een Amerikaans instrument, de Self-Sufficiency Matrix (SSM). De eerste versie van de SSM is in 2004 gepubliceerd. Verschillende Amerikaanse staten hebben die SSM aangepast aan hun informatiebehoefte en toegepast in de daklozenzorg en armoedebestrijding. Voor de Nederlandse bewerking is uitgegaan van de versies van Utah en Arizona.

Aanpassingen voor de Nederlandse situatie

De projectgroep die de ZRM heeft ontwikkeld, heeft het aantal domeinen van de Amerikaanse SSM's gereduceerd van negentien tot elf. Daarbij is gekeken of een domein past bij de Nederlandse situatie. 'Mental health care coverage', 'Food', 'Mobility', 'Adult education', 'Child care', 'Children's education' en 'Parenting skills' zijn om die reden niet in de ZRM opgenomen. Bij de selectie van domeinen is ook rekening gehouden met de doelgroep en het zorgsysteem in ons land. De vertaling vanuit het Engels van de domeinen en de criteria voor waardering van zelfredzaamheid zijn diverse keren herzien. Dit om ze zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de Nederlandse praktijk en bij door Nederlandse professionals gebruikte begrippen (zie kader).

Vergelijking met andere meetinstrumenten

Een vrij letterlijke vertaling van de Amerikaanse SSM's is eerst vergeleken met de Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS), de Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP) van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de Camberwell Assessment of Needs (CAN) en de DSM-IV. Dit zijn meetinstrumenten en schalen die al gebruikt worden door zorgverleners en andere professionals in de zorg. Met name de formulering van de criteria van de domeinen Geestelijke gezondheid, Fysieke gezondheid, Verslaving, en ADL-vaardigheden werden naar aanleiding van deze vergelijking aangepast.

Aanpassingen met hulp van het werkveld

De ZRM is door de projectgroep gepresenteerd aan het behandelteam van de Geïntegreerde Voorziening Zuidoost. Dit team bestaat uit professionals van diverse instellingen: GGD Amsterdam, Jellinek Reclassering, Dienst Werk en Inkomen (DWI), Stichting Streetcornerwork (SSCW) Harddrugsteam en Maatschappelijke Opvang instellingen HVO-Querido en het Leger des Heils. In vier bijeenkomsten zijn alle domeinen en de formulering van criteria nauwkeurig beoordeeld. De formulering van criteria en



van de domeinnamen zijn zo aangepast. Het domein 'Familiërelaties' is bijvoorbeeld 'Gezinsrelaties' geworden, omdat dit beter aangeeft dat het hier gaat om zelfredzaamheid binnen relaties tussen samenwonende leden van het gezin. Een voorbeeld van herziening op het niveau van criteria, is de herformulering binnen het domein 'Dagbesteding'. Criteria van niveau 3 en 4 zijn geherformuleerd in termen van laag- en hoogdrempelige dagbesteding, begrippen waar vooral professionals van DWI en SSCW dagelijks mee werken.

Input vanuit Rotterdam

Voor de laatste herziening van de ZRM is dankbaar gebruik gemaakt van de input vanuit Rotterdam. In de Maasstad is de ZRM onder de aandacht gekomen bij de Jongerenloketten die de zorg voor kwetsbare (zwerf)jongeren coördineren en regisseren. Een beleidsmedewerker van de GGD Rotterdam Rijnmond heeft feedback vanuit deze loketten verzameld en voorstellen gedaan om de toepasbaarheid van de ZRM bij deze jongere doelgroep te vergroten. Zo is een opleidingscomponent in het domein 'Dagbesteding' toegevoegd. Daarnaast is een aantal criteria van het domein 'Huisvesting' herzien zodat dit domein ook op cliënten binnen instellingen van toepassing is.

Gaat u de ZRM gebruiken? Mail ons!

De ZRM is een gratis instrument. Het staat iedereen dan ook vrij om de ZRM te downloaden en te implementeren binnen zijn of haar organisatie. Het wordt door de projectgroep zeer gewaardeerd wanneer u ons op de hoogte stelt als u besluit de ZRM te gebruiken. Zo houden we goed overzicht over waar en op welke wijze de ZRM wordt toegepast. U kunt dit doen door een email te sturen naar onderstaand adres.

Oefenen is belangrijk

We adviseren professionals die aan de slag willen met de ZRM eerst de handleiding goed te bestuderen. Daarnaast is het raadzaam een aantal keren in groepsvorm te oefenen in het gebruik, omdat dit een betrouwbare afname van de ZRM bevordert. Als u behoefte heeft aan meer uitleg of training, kunt u via de projectgroep een training volgen. De trainingen bestaan uit een uitgebreide uitleg over de achtergrond van de ZRM en de wijze waarop de verschillende domeinen worden gescoord. Informeer u bij de projectgroep naar de mogelijkheden en kosten voor een training bij uw organisatie.

Wilt u de ZRM niet zelf aanpassen?

Om te voorkomen dat verschillende versies van de ZRM gaan circuleren, raden we gebruikers af om de ZRM zelf aan te passen. Loopt u tegen problemen aan, dan kunt u contact op nemen met de projectgroep. Knelpunten worden verzameld in het kader van de verdere ontwikkeling van de ZRM.

Meer weten?

De ZRM is een instrument in ontwikkeling. De GGD Amsterdam doet op dit moment, in samenwerking met de GGD Rotterdam Rijnmond, onderzoek naar betrouwbaarheid en validiteit van het instrument. De eerste resultaten van dit onderzoek zijn positief. Zodra een nieuwe versie verschijnt, zullen we u hierover informeren. U kunt ook zelf contact met ons opnemen voor vragen over de ZRM, mail dan naar zrm@ggd.amsterdam.nl. Kijk voor meer informatie ook op www.zelfredzaamheidmatrix.nl.

Colofon

Deze factsheet is een uitgave van het cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering van de GGD Amsterdam, edg@ggd.amsterdam.nl, 020- 555 5495.

Redactie: Anton Janssen, Johan Osté, Jan Vlierhuis, Thijs Fassaert, Steve Lauriks en Sanne van Meeteren
Jaar van uitgave: 2011

Fotografie: Beeldbank gemeente Amsterdam en afd. Communicatie GGD Amsterdam. De personen op de foto's zijn niet gerelateerd aan het onderwerp van deze factsheet.

Vormgeving & druk: Leijten Drukkerij



De Zelfredzaamheid-Matrix (2010)

DOMEIN	1 – acute problematiek	2 – niet zelfredzaam	3 – beperkt zelfredzaam	4 – voldoende zelfredzaam	5 – volledig zelfredzaam
Inkomen	Geen inkomsten, hoge en groeiende schulden	Onvoldoende inkomsten en/of spontaan of ongepast uitgeven, groeiende schulden	Komt met inkomsten aan basisbehoeften tegemoet; gepast uitgeven; indien sprake is van schulden zijn deze tenminste stabiel; bewindvoering/inkomensbeheer	Komt aan basisbehoeften tegemoet zonder uitkering; heeft schulden in eigen beheer en deze verminderen	Inkomsten zijn voldoende, goed financieel beheer; heeft inkomen en mogelijkheid om te sparen
Dagbesteding	Geen dagbesteding en veroorzaakt overlast	Geen dagbesteding maar geen overlast	Laagdrempelige dagbesteding/arbeidsactivering	Hoogdrempelige dagbesteding/arbeidstoeliding of seizoensgebonden werk en/of volgt opleiding voor startkwalificatie	Vast werk of volgt opleiding hoger dan startkwalificatie
Huisvesting	Dakloos en/of in nachtopvang	Voor wonen ongeschikte huisvesting en/of huidige huur/hypotheek is niet betaalbaar; dreigende huisuitzetting	In veilige, stabiele huisvesting maar slechts marginaal toereikend; in onderhuur; niet-autonome huisvesting	Huishouden heeft veilige, toereikende huisvesting; (huur) contract met bepalingen; gedeeltelijk autonome huisvesting	Huishouden heeft veilige, toereikende huisvesting; regulier (huur)contract; autonome huisvesting
Gezinsrelaties	Sprake van huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing	Leden van het gezin gaan niet goed met elkaar om; potentieel huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing	Leden van het gezin erkennen problemen en proberen negatief gedrag te veranderen	Relationele problemen tussen leden van het gezin zijn niet (meer) aanwezig	Communicatie tussen gezinsleden is consistent open; gezinsleden ondersteunen elkaar
Geestelijke gezondheid	Een gevaar voor zichzelf of anderen; terugkerende suicide-ideatie; ernstige moeilijkheden in het dagelijks leven door psychische problemen	Terugkerende geestelijke gezondheidsproblemen die het gedrag kunnen beïnvloeden, maar geen gevaar voor zichzelf/anderen; aanhoudende functioneringsproblemen door psychische symptomen	Milde symptomen kunnen aanwezig zijn maar zijn voorbijgaand; enkel matige functioneringsmoeilijkheden door psychische problemen; behandeltrouw is minimaal	Minimale symptomen die voorspelbare reactie zijn op stressoren in het leven; marginale beperking van functioneren; goede behandeltrouw	Symptomen zijn afwezig of zeldzaam; goed of superieur functioneren in een groot aantal diverse activiteiten; niet meer dan de dagelijkse besommeringen of zorgen
Fysieke gezondheid	Heeft direct medische aandacht nodig; een noodgeval/ kritieke situatie	Een (direct/chronische) medische aandoening die regelmatige behandeling vereist en die op dit moment niet behandeld wordt en matige beperking van (lichamelijke) activiteiten t.g.v. en lichamelijk gezondheidsprobleem	Een (chronische) medische aandoening wordt behandeld; behandeltrouw is echter minimaal en de lichamelijke gezondheidsproblemen leiden tot een lichte beperking in mobiliteit en activiteit	Erkent behoefte aan hulp voor de (chronische) medische aandoening; goede behandeltrouw	Er zijn geen directe of voortdurende medische problemen



DOMEIN	1 – acute problematiek	2 – niet zelfredzaam	3 – beperkt zelfredzaam	4 – voldoende zelfredzaam	5 – volledig zelfredzaam
Verslaving	Voldoet aan criteria voor ernstig misbruik/verslaving; resulterende problemen zijn zo ernstig dat institutionalisering of hospitalisatie noodzakelijk kan zijn	Voldoet aan criteria voor verslaving; preoccupatie met gebruiken en/of bemachtigen van middelen; afkick- of ontwijkend gedrag zichtbaar; gebruik resulteert in ontwijken of verwaarlozen van essentiële activiteiten van het dagelijks leven	Gebruik binnen de laatste zes maanden; aanwijzingen voor aan middelengebruik gerelateerde sociale, werkgerelateerde, emotionele of fysieke problemen; gebruik interfereert niet met essentiële activiteiten van het dagelijks leven; behandeltrouw is minimaal	Cliënt heeft gedurende de laatste zes maanden gebruikt maar er zijn geen sociale, werkgerelateerde, emotionele of fysieke problemen ten gevolge van het gebruik zichtbaar; geen aantoonbaar voortdurend of gevaarlijk middelengebruik, goede behandeltrouw	Geen middelengebruik/misbruik in de laatste zes maanden
ADL-vaardigheden	Ernstige beperkingen op alle of bijna alle gebieden van zelfzorg en complexe vaardigheden	Belangrijk probleem op één of meer gebieden van zelfzorg (eten, wassen, aankleden, naar toilet gaan) en belangrijk onvermogen tot het uitvoeren van meerdere complexe vaardigheden	Voorziet in de meeste maar niet alle basisbehoeften van het dagelijks leven; de zelfzorg is op peil, maar belangrijk onvermogen tot uitvoeren van één of meerdere complexe vaardigheden	Voorziet in alle basisbehoeften van het dagelijks leven; alleen ondergeschikte problemen (bijvoorbeeld slordig zijn, gedesorganiseerd)	Geen problemen van deze aard; goed in staat op alle gebieden te functioneren
Sociaal netwerk	Gebrek aan noodzakelijke steun van familie/vrienden. Geen contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Ernstig en kommvool sociaal isolement wegens onvermogen tot communiceren met anderen en/of wegens terugtrekken uit sociale relaties	Familie/vrienden hebben niet de vaardigheden/financiële mogelijkheden om te helpen. Nauwelijks contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Blijvend, belangrijk probleem als gevolg van actief of passief terugtrekken uit sociale relaties	Enige steun van familie/vrienden. Enige contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Duidelijk probleem in maken of onderhouden van ondersteunende relaties	Voldoende steun van familie/vrienden. Weinig contacten met eventuele foute vrienden	Gezond sociaal netwerk. Geen foute vrienden
Maatschappelijke participatie	Niet van toepassing door crisissituatie; in 'overlevingsmodus'	Maatschappelijk geïsoleerd en/of geen sociale vaardigheden en/of gebrek aan motivatie om deel te nemen	Nauwelijks participierend in maatschappij; gebrek aan vaardigheden om betrokken te raken	Enige maatschappelijke participatie (bijv. adviesgroep, steungroep) maar er zijn hindernissen zoals mobiliteit, discipline, of kinderopvang	Actief participierend in de maatschappij
Justitie	Zeer regelmatig (maandelijks) contact met politie/justitie. Openstaande zaken	Regelmatig (meerdere keren per jaar) contact met politie/justitie. Lopende zaken	Incidenteel contact met politie/justitie. Geen lopende zaken	Zelden contact met politie/justitie Strafblad	Geen contact met politie/justitie. Geen strafblad

© GGD Amsterdam. S. Lauriks, M.C.A. Buster, M.A.S. de Wit, S. van de Weerd, en G. Tichelaar.



Colofon

Dit onderzoeksrapport is afgerond eind 2011 en gepubliceerd in september 2012

Copyright 2012
SDA Print + Media, Amsterdam (voor drukversie)

Auteurs

Tjerk Kamann, GGD Amsterdam, Urban Social Exclusion Research (G4-USER)
Dr. Matty de Wit, GGD Amsterdam, Urban Social Exclusion Research (G4-USER)

Foto op omslag: door Belew Fikre tijdens beeldproject Mankracht, onder begeleiding van Lieselot Moed

Financiers project Mankracht:
ZONMw
GGD Amsterdam
Dienst Werk en Inkomen Amsterdam
Achmea

Partners in de uitvoering project Mankracht:
Dienst Werk en Inkomen Amsterdam
Radar - Advies
Pantar Amsterdam
Dienst Onderzoek en Statistiek Amsterdam

GGD Amsterdam
Cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering (EDG)
Nieuwe Achtergracht 100
1018 WT Amsterdam
Tel. (020) 555 5495
Fax (020) 555 5160
E-mail edg@ggd.amsterdam.nl
Internet www.gezond.amsterdam.nl
EDG reeks 2011/3 ISBN 978-90-5348-182-0

