

Sociaal uitgesloten burgers in kaart

Sociale uitsluiting blijkt een omvangrijk probleem. In Den Haag heeft gemiddeld één op de negen volwassenen hiermee te maken. Sociale uitsluiting betekent een stapeling van problemen op het gebied van sociale participatie, toegang tot sociale grondrechten, materiële deprivatie en culturele inpassing. Voorts blijkt sprake van een sterke relatie tussen sociale uitsluiting en gezondheid: 86% van de sociaal uitgesloten Hagenaars kampt met gezondheidsproblemen. Zelfregie en eigen kracht zijn zorgwekkend en het gebruik van professionele zorg is niet vanzelfsprekend. Onderstaand artikel geeft een beeld van hoe vaak en bij wie sociale uitsluiting voorkomt, bevat citaten van mensen die tot deze kwetsbare groep behoren en geeft de reacties van professionals en beleidsmakers. De onderzoekers achten de sociaal uitgesloten burgers bij uitstek een doelgroep voor de sociale wijkteams. Deze staan immers voor een outreachende aanpak en hulp bieden zonder dat er sprake is van een actieve hulpvraag.

Addi van Bergen en Renske Gilissen

Sociale uitsluiting

Van sociale uitsluiting is sprake als mensen niet volledig kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven als gevolg van individuele en maatschappelijke factoren. Het onvermogen om volledig te kunnen deelnemen uit zich op vier dimensies:

1 Sociale participatie

Betrokkene heeft weinig contact met de burens, geen mensen om op terug te vallen bij narigheid, ervaart leegte, mist gezelligheid, voelt zich vaak in de steek gelaten en kan met niemand praten over dagelijkse problemen.

2 Materiële deprivatie

Dit houdt in dat mensen om financiële redenen het huis niet kunnen verwarmen, niet bij familie op bezoek kunnen gaan of lid kunnen worden van een vereniging en moeite hebben met rondkomen.

3 Toegang tot sociale grondrechten

Er is sprake van geen prettige leefomgeving, een minder goede woning en beperkte toegang tot gezondheidszorg en tandarts.

4 Normatieve integratie

Kenmerken zijn het niet-naleven van dominante normen en waarden zoals glas naar de glasbak brengen, af en toe iets voor de burens doen en geld aan goede doelen geven en weinig maatschappelijke betrokkenheid.

Inleiding

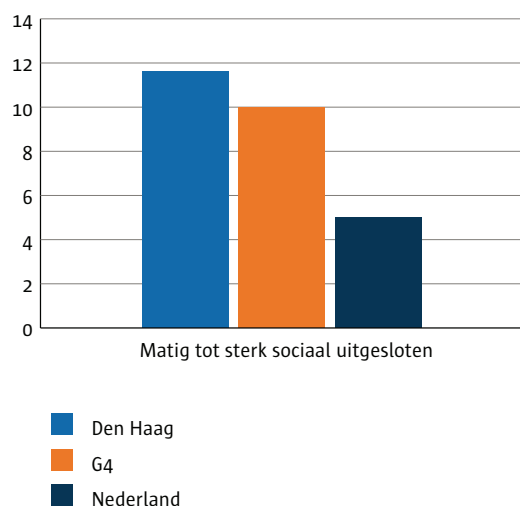
Sociale uitsluiting is een breed begrip. Het verwijst naar het niet volledig kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven (zie kader). Binnen de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) worden sociaal uitgesloten burgers beschouwd als een belangrijke, kwetsbare risicogroep.

Recent heeft de gemeente Utrecht met financiering van de Academische Werkplaats G4-USER* onderzoek gedaan naar sociale uitsluiting in Nederland. Dit onderzoek omvat drie delen. Ten eerste is cijfermatig onderzocht hoe vaak sociale uitsluiting voorkomt en bij wie het voorkomt. Vervolgens is aan sociaal uitgesloten mensen gevraagd hoe zij de uitsluiting ervaren en hoe zij naar de toekomst kijken. Ten slotte zijn de resultaten aan uitvoerende professionals en beleidsmakers voorgelegd met de vraag wat zij nodig of wenselijk vinden voor deze kwetsbare doelgroep. Dit artikel richt zich op sociaal uitgesloten burgers in de vier grote steden Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht met een extra focus op de sociaal uitgesloten bevolking van Den Haag.

Het artikel bevat deels resultaten beschreven in de factsheet 'Sociaal uitgesloten in de grote stad'.¹

* G4-USER is de Academische Werkplaats OGGZ van de vier grote steden. Binnen G4-USER werken de GGD'en en Programmamanagers Maatschappelijke Opvang van Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht samen met de universiteiten VUMC/InGeest, LUMC, ErasmusMC en UMC St. Radboud. www.g4-user.nl

Figuur 1. Percentage volwassenen van 19 jaar en ouder dat matig tot sterk uitgesloten is in Den Haag, G4 en Nederland. Gezondheidsenquête 2012.



De Social Exclusion Index for Health Surveys (SEI-HS)

De SEI-HS meet elke dimensie van sociale uitsluiting met een aantal vragen. De vraagstelling in de gezondheidsenquête om sociale uitsluiting te meten bestaat uit achttien items, verdeeld over de vier dimensies van sociale uitsluiting. Hoe meer vragen ongunstig worden beantwoord, hoe meer problemen en hoe groter de mate van sociale uitsluiting is. Voor een hoge score op de sociale uitsluitingsindex is een opeenstapeling van problemen in meerdere dimensies nodig. Er worden drie gradaties van uitsluiting onderscheiden: ‘niet of nauwelijks’, ‘enigszins’ en ‘matig tot sterk’ uitgesloten. De afkappunten zijn dusdanig gekozen dat 10% van de volwassen Nederlandse bevolking enigszins uitgesloten is en 5% matig tot sterk. Deze laatste mensen vormen de ‘sociaal uitgesloten groep’.

Opzet van het onderzoek

Vanuit G4-USER is een vraagstelling ontwikkeld voor het meten van sociale uitsluiting: de Social Exclusion Index for Health Surveys (SEI-HS; zie kader).² In 2012 namen landelijk 19 GGD'en de vraagstelling op in de gezondheidsenquête voor volwassenen van 19 jaar en ouder. In totaal hebben 258.928 mensen in Nederland de SEI-HS ingevuld, 28.289 in de G4 en 4.403 in Den Haag.

In de vervolgfase van het onderzoek zijn 118 sociaal uitgesloten burgers in Den Haag, Utrecht en Amsterdam benaderd voor een persoonlijk interview. Zij waren geselecteerd uit een groep van 446 respondenten met een hoge score op de SEI-HS en met gegeven toestemming voor vervolgonderzoek. In totaal zijn 52 interviews afgenomen: 22 interviews met respondenten van Nederlandse, elf van Surinaamse, tien van Turkse en negen van Marokkaanse herkomst. Als insteek voor het interview is bewust de algemene en brede term ‘gezondheid’ gekozen. Zo is er minder kans op vertekening van de antwoorden. Wanneer respondenten vooraf weten dat het onderzoek gaat over sociale uitsluiting, zullen zij mogelijk de vragen ook vanuit dat perspectief beantwoorden. Interviewers met een Nederlandse, Turkse, Marokkaanse en Surinaamse herkomst bezochten de mensen aan huis. De duur van de semi-gestructureerde interviews varieerde van een half tot anderhalf uur. Tijdens het interview kwamen de verschillende dimensies van sociale uitsluiting aan de orde en werd gevraagd naar de gezondheid, de ervaren uitsluiting en het toekomstperspectief van de respondenten.

Ten slotte zijn de onderzoeksresultaten voorgelegd aan drie focusgroepen met uitvoerende professionals en beleidsmedewerkers uit onder andere de gezondheidszorg, sociale domein, OGGZ en werk en inkomen. Hen is gevraagd of het geschetste beeld herkenbaar is en wat vanuit hun kennis en ervaring wenselijk of nodig is voor deze groep.

De interviews en focusgroepen zijn gecodeerd in Maxqda en thematisch geanalyseerd.

Resultaten

Aantal sociaal uitgesloten burgers

In de grote stad zijn twee keer zo veel volwassenen (10%) matig tot sterk sociaal uitgesloten dan landelijk (5%) het geval is. In Den Haag is meer dan het dubbele (11,6%) van de volwassen bevolking matig tot sterk uitgesloten (figuur 1). Dit komt neer op ongeveer 45.500 Haagse burgers. In vergelijking met de andere grote steden is het percentage dat sociaal uitgesloten is in Den Haag hoger dan in Amsterdam (9,1%) en Utrecht (7,4%) en iets lager dan in Rotterdam (12,2%).



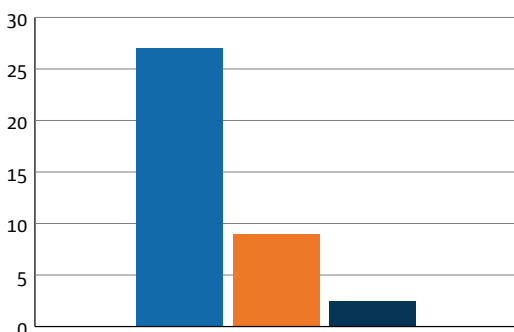
Wie zijn sociaal uitgesloten?

Tabel 1 toont het percentage van sociaal uitgesloten burgers naar geslacht, leeftijd, herkomst, wijk, opleiding, werksituatie en burgerlijke staat in Den Haag, de G4 en Nederland. Mannen en vrouwen zijn even vaak sociaal uitgesloten. Lager opgeleiden, niet-werkenden en/of uitkeringsgerechtigden en mensen die gescheiden zijn, zijn vaker sociaal uitgesloten. Opvallend is dat meer 19- tot en met 64-jarigen sociaal uitgesloten zijn dan oudere mensen (65+). Wat betreft herkomst zijn er ook duidelijke verschillen te zien: alle groepen van niet-Nederlandse herkomst zijn vaker sociaal uitgesloten dan de groep van Nederlandse herkomst. Vooral bij mensen van Turkse afkomst ligt het percentage hoog (tabel 1).

Sociale uitsluiting en gezondheid

Er is een verband tussen sociale uitsluiting en gezondheid. Meer dan 80% van de Nederlandse volwassenen die matig tot sterk sociaal uitgesloten zijn heeft gezondheidsproblemen. In Den Haag is dit percentage nog hoger (86%). Van de sociaal uitgesloten Hagenaars heeft 64% twee of meer chronische lichamelijke aandoeningen, ondervindt 50% ernstige problemen met gehoor, zicht en/of mobiliteit en rapporteert 49% symptomen die duiden op een hoog risico op een angststoornis en/of depressie. Ook is er een sterk verband met de ervaren gezondheid. Ruim een kwart van de sociaal uitgesloten Hagenaars ervaart zijn gezondheid als (zeer) slecht. Dit percentage ligt veel hoger dan onder Hagenaars die enigszins of niet of nauwelijks sociaal uitgesloten zijn (figuur 2).

Figuur 2. Percentage Hagenaars van 19 jaar en ouder dat hun gezondheid als (zeer) slecht ervaart, uitgesplitst naar personen die matig tot sterk uitgesloten zijn, enigszins uitgesloten of niet of nauwelijks sociaal uitgesloten zijn.



- Matig tot sterk sociaal uitgesloten
- Enigszins sociaal uitgesloten
- Niet of nauwelijks sociaal uitgesloten

Tabel 1. Percentage van burgers van 19 jaar en ouder dat matig tot sterk sociaal uitgesloten is naar geslacht, leeftijd, herkomst, wijk, opleiding, werksituatie en burgerlijke staat in Den Haag, G4 en Nederland. Gezondheidsenquête 2012

	Den Haag*	G4	Nederland
Totaal	12	10	5
Geslacht			
Man	11	11	5
Vrouw	12	10	5
Leeftijd			
19-64	13	11	6
65+	7	8	3
Herkomst			
Nederlands	4	4	3
Marokkaans	24	21	21
Turks	29	29	24
Surinaams	24	20	17
Overig niet-westers	29	23	22
Overig westers	8	8	6
Wijk			
Wijk met achterstand	25	17	16
Wijk zonder achterstand	8	8	4
Opleiding			
Geen, LO	36	29	17
MAVO, LBO	14	14	6
HAVO, VWO, MBO	9	10	4
HBO, WO	5	3	2
Werksituatie			
Niet-werkend	22	18	8
Werkend	5	6	3
Burgerlijke staat			
Gehuwd of samenwonend	8	7	3
Ongehuwd, nooit geweest	14	12	8
Gescheiden	22	22	15
Weduwe of weduwnaar	8	12	5

* De percentages in Den Haag wijken iets af van eerder gerapporteerde percentages in de Gezondheidsmonitor Den Haag 2014. Dit komt doordat de SEI-HS is bijgesteld.



Hoe ervaren sociaal uitgesloten mensen het zelf?

Moeite met rondkomen

In de interviews vertellen sociaal uitgesloten burgers hoe sociale uitsluiting hun gezondheid beïnvloedt. Meer dan 80% van de sociaal uitgesloten mensen heeft moeite met rondkomen. Men ervaart veel stress als gevolg daarvan. Dit heeft ook tot gevolg dat men onzekerheid en angst voelt over wat er nog te wachten staat wat betreft onverwachte kosten, incasso en acties van deurwaarders.

“Ik vraag me af wat moet ik morgen doen, hoe kan ik boodschappen doen, is het geld wel voldoende of niet? Er is geen dag zonder stress. Continu stress.” (Vrouw, 70 jaar, Surinaamse afkomst.)

Werkloosheid maakt het de geïnterviewden moeilijker een gezondere leefstijl vast te houden. Mogelijk komt dit door het ontbreken van een structurele dagbesteding en/of alternatieve dagelijkse activiteiten en verlies van sociale contacten met collega's.

“Met werk heb je dat niet, dan ben je met je werk bezig en laat je dat soort dingen staan zeg maar. En nu zit je thuis en dan gebruik je af en toe drankjes, sigaret en dat speelt ook een rol.” (Man, 57 jaar, Surinaamse afkomst.)

Een kwart van het aantal sociaal uitgesloten mensen had in het voorgaande jaar een medisch lichamelijke of tandheelkundige behandeling nodig, maar heeft deze niet ontvangen. Het eigen risico, het ontbreken van een aanvullende ziektekostenverzekering en niet-vergoede zorg zijn de meest genoemde redenen.

“Ik heb mijn aanvullende tandartsverzekering moeten opzeggen. Mijn tanden zijn niet goed, maar ik moet ermee leven, ik kan me niets veroorloven momenteel.” (Man, 40 jaar, Turkse afkomst.)

Overlast in de buurt en slechte huisvesting worden veel genoemd als reden voor klachten als astma, allergie, slaapproblemen, stress en somberheid.

“Want ik ben moe hier, sinds het eerste jaar dat ik in dit huis zit is het al continu reparaties. Geluid, het lijkt alsof we boven op de straat slapen.” (Vrouw, 59 jaar, Turkse afkomst.)

Ook depressieve gevoelens, eenzaamheid en het gevoel er niet bij te horen, beïnvloeden de gezondheid negatief.

“Ik denk dat als ik gelukkig zou zijn, ehh, meer plezier zou hebben, meer lachen, meer gezelligheid en zo, meer knuffelen, dat zou denk ik mijn gezondheid ten goede komen.” (Vrouw, 56 jaar, Nederlandse afkomst.)

Relatie met gezondheid

Sociale uitsluiting kan dus tot een slechtere gezondheid leiden, maar ook andersom kan een slechte gezondheid tot sociale uitsluiting leiden. Tijdens de interviews werd regelmatig verteld dat gezondheid van invloed is op sociale participatie. Een slechte gezondheid belemmert mensen om sociale contacten met bijvoorbeeld familie te kunnen onderhouden.

“Ik ben nou bijvoorbeeld al bijna drie maanden niet bij die jongen van mij geweest. Het is niet ver, maar voor mij is het even te ver. Ik heb blaasproblemen en COPD ook nog.” (Vrouw, 66 jaar, Nederlandse afkomst.)

Een jonge vrouw vertelt dat zij door gezondheidsproblemen de aansluiting met leeftijdsgenoten mist.

“Ik heb een heel ander leven dan mijn leeftijdsgenoten. Zij hebben gewoon een vaste baan, huisje, boompje, beestje. Mijn leven speelt zich af in het ziekenhuis, in dat wereldje. Dat is vrij eenzaam en een moeilijk bestaan.” (Vrouw, 31 jaar, Surinaamse afkomst.)

Ook leiden gezondheidsproblemen vaak tot hogere zorgkosten, waardoor mensen in financiële problemen kunnen komen.

“We lopen bij een paar dingen wel achter natuurlijk [betalingen]. Want er komt steeds wat boven op. De kosten voor de psychiater moeten we later ook nog terugbetalen.” (Man, 62 jaar, Nederlandse afkomst.)

Zelfregie, eigen kracht, meedoen: nu en in de toekomst

Bij sociaal uitgesloten burgers is zelfregie niet vanzelfsprekend. Zelfregie gaat over het zelf bepalen en richting geven aan het leven.³ In de G4 heeft bijna de helft (45%) van het aantal volwassenen dat matig tot sterk sociaal uitgesloten is het gevoel het eigen leven niet meer in de hand te hebben.



Casus uit Den Haag: Emine's verhaal*

Emine is 46 jaar en woont in Den Haag. Zij heeft drie kinderen, twee zoons en een dochter. Haar dochter is anderhalf jaar geleden verongelukt. Dit is voor Emine een groot verlies, waar zij zeer emotioneel over vertelt: 'Ik heb haar het graf in moeten dragen. Ze was mijn alles, mijn mama, mijn anne (Turks voor moeder), mijn zielsverwant, mijn leven, mijn vriendin, mijn man.' Emine is iemand die graag voor anderen klaar staat. Ze omschrijft zichzelf als "iemand die houdt van mensen, die weet hoe een goede buur te zijn, die geeft om haar omgeving en de mensen om haar heen, iemand die helemaal niet van zichzelf houdt.

Iemand die heel erg op zijn familie en kinderen is gericht." Het gezin heeft veel financiële problemen, die tot kopzorgen leiden. Ook al werkt haar man hard, ze hebben niet genoeg geld om alle rekeningen te betalen. Emine heeft ook het gevoel dat dit komt doordat zij als mensen met een Turkse afkomst een achterstand hebben in de maatschappij en ten onrechte worden buitengesloten.

* In verband met de privacy zijn de naam en persoonsgegevens gefingeerd.

Veel geïnterviewden hebben heftige gebeurtenissen meegemaakt zoals ziekte of overlijden van dierbaren, het verlies van werk en echtscheiding. Ook ervaringen met geweld en criminaliteit worden veel genoemd, als slachtoffer van bijvoorbeeld bedreiging, verkrachting, stalken, uithuisplaatsing of inbraak, maar ook als dader van huiselijk geweld of delicten. Deze gebeurtenissen lijken het leven te hebben ontregeld en er is niet altijd voldoende veerkracht aanwezig om met die gebeurtenissen om te gaan.

"Drie jaar geleden, ik ben verkracht, in mijn eigen huis hier. En niet aangeven of zo, uit bangigheid, want hij heeft bedreigd en alles. Ik kon gewoon geen kant meer op en nog steeds niet." (Vrouw, 35 jaar, Nederlandse afkomst.)

Het merendeel van de geïnterviewden lukt het niet om hun problemen zelf of met de hulp van anderen op te lossen. Professionele hulp zoeken is niet voor iedereen vanzelfsprekend. Gebrek aan vertrouwen, vaak als gevolg van eerdere minder goede ervaringen met hulpverlening, het niet actief aanpakken van problemen en het hechten aan de eigen zelfstandigheid spelen hierbij een rol.

"Ik ga naar een psychiater omdat ik geen kinderen heb en dat kwam door mij. Ik werd er heel ziek van want ik kon het niet accepteren. Maar het leek alsof ze me niet wilden helpen." (Vrouw, 47 jaar, Marokkaanse afkomst.)

"Nee, nee, ik kan het zelf, daar heb ik een ander niet bij nodig... Dat zit niet in mijn karakter, want ik heb een gloeiende hekel aan psychiaters." (Man, 39 jaar, Nederlandse afkomst.)

Ondanks de problemen en beperkingen staan veel sociaal uitgesloten burgers ook positief in het leven.

"In het leven is het niet waard om verdrietig te worden, je druk te maken om dingen zolang je gezondheid maar in orde is. Als je maar een stukje brood hebt, als je niet afhankelijk bent van mensen, dan ben je de rijkste mens die er is." (Vrouw, 59 jaar, Turkse afkomst.)

"Eigen kracht, ja, gezond eten, drinken. Ik zelf koken, kan niet, maar toch koken, voet pijn, dik maken, langzaam, langzaam koken." (Vrouw, 79 jaar, Surinaamse afkomst.)

Meedoen wordt door de meeste geïnterviewden belangrijk gevonden, al is de invulling voor iedereen anders: zich aan de regels houden, stemmen, de omgeving netjes houden, kinderen aanspreken op hun gedrag. Men zoekt manieren om sociale contacten te hebben en iets te betekenen voor de maatschappij. Dit kan door middel van vrijwilligerswerk of het verlenen van mantelzorg.

"Het gekke is dat ik ondanks dat ik dan mijn handicap heb, ik mijn vroegere vriendin die een auto-ongeluk heb gehad, help [...] en daar ben ik weer mantelzorger van want ik zorg ervoor dat ze mee naar buiten gaat en dat ze een boodschapje doet." (Vrouw, 34 jaar, Nederlandse afkomst.)

Anderen zijn gefocust op betaald werk en zien andere activiteiten niet als opstap hiernaartoe. Ze voelen zich door het aanbod zelfs gekwetst.

“Als ik maar een baan krijg. Ze zijn nog steeds aan het bezuinigen. Hoe kan ik dan een baan vinden?”
(Vrouw, 47 jaar, Marokkaanse afkomst.)

Regelmatige hulpverlening of medische behandeling geeft mensen een gevoel van aansluiting.

Toekomstverwachting

In de interviews is ook gevraagd naar de toekomstverwachting: hoe ziet uw leven er over vijf jaar uit? Sommige respondenten wilden geen antwoord geven op de vraag, “Dat weet alleen god”, maar over het algemeen was het geschetste toekomstbeeld weinig rooskleurig. De meeste respondenten zien geen verbeteringen in de toekomst, eerder achteruitgang.

“Vallah dat zou ik dus niet weten. Door mijn gezondheidsproblemen is dat een probleem. Ik kan niet van te voren organiseren. Ik ben vandaag in deze toestand, het is niet duidelijk wat er morgen nog van mij is.” (Man, 47 jaar, Turkse afkomst.)

Op de vraag of en welke hulp men nodig heeft om de eigen situatie te verbeteren werd het vaakst genoemd meer medische zorg, zonder extra kosten en beter aansluitende zorg. Verder wensen de meeste geïnterviewden meer financiële tegemoetkomingen en een betere woning.

“Het enige dat ik wil is dat ze ons huis maken, zodat ze beter zijn. Dubbelglas, betere deuren. Het is hier koud en het water loopt hier langs de muren naar beneden.” (Vrouw, 63 jaar, Marokkaanse afkomst.)

Men wil graag hulp bij het verbeteren van de wijk, het vinden van betaald werk of vrijwilligerswerk en remigratie naar het land van herkomst. Ook voorzieningen voor sociale contacten en praktische hulp bij het ‘de weg vinden in Nederland’ werden genoemd. Bij alle initiatieven zijn eenvoudigere regels en makkelijke toegang belangrijk.

Individualisering, bureaucrativering en snel veranderende wet- en regelgeving werken sociale uitsluiting in de hand.

Professionals aan het woord

Wat vinden professionals en beleidsmedewerkers wenselijk voor deze doelgroep? Adviezen en goede voorbeelden (‘good practices’) vanuit de focusgroepen.

De uitvoerende professionals en beleidsmedewerkers die deelnamen aan de focusgroepen herkennen de problematiek en de doelgroep die uit dit onderzoek naar voren komen. “Deze mensen zien wij elke dag”, was de reactie. De professionals constateren een spanningsveld tussen de algemene maatschappelijke ontwikkelingen en de mogelijkheden en beperkingen van deze groep mensen. Individualisering, bureaucrativering en snel veranderende wet- en regelgeving werken sociale uitsluiting in de hand. Ook ziet men het risico van intergenerationele overdracht.

“Mijn moeder kon ook van een dubbeltje een gulden toentertijd maken; heeft nooit het gevoel dat ze weinig geld had. Maar de generatie die er nu is, de kinderen die niet naar voetbal kunnen, de kinderen die fout eten, die generatie waar het zich weer kan gaan herhalen, de kans is natuurlijk veel groter als je in zo’n omgeving zit.”

De professionals herkennen ook de stapeling van problematiek en het onvermogen van mensen om hierin verandering te brengen. De doelgroep zelf durft geen hulp te vragen, weet de weg niet, doet geen moeite (meer) of herkent zelf de hulpvraag niet. Dit betekent volgens de professionals niet dat deze mensen ‘zielig’ zijn. Mensen helpen elkaar, zijn soms met een heel klein netwerk heel tevreden of met weinig middelen heel creatief.

“Iedereen probeert een zekere waardigheid vast te houden. Maar het kan soms flinterdun zijn.”

Oplossingen ziet men niet zozeer in het creëren van nieuw aanbod, maar eerder in het toegankelijker maken van bestaand aanbod. Door bijvoorbeeld meer en vaker ervaringsdeskundigen in te zetten, kan beter worden aangesloten bij de zelfregie van de cliënt: prikkelen en op zoek gaan naar de drijfveren. De toegankelijkheid kan ook worden verbeterd door procedures te vereenvoudigen en informatie bij overheden en instanties begrijpelijker te maken, met name bij financiële voorzieningen.

Good practice: In Den Haag is, in een stadsdeel waar veel inwoners met lage sociaal-economische status (SES) weinig gebruikmaakten van voorzieningen, door de hulpverleners een overzicht gemaakt van regelingen. Dit overzicht wordt gebruikt door hulpverleners in de keten die bij lage SES gezinnen op huisbezoek gaan, zodat daar de informatie wordt overgedragen.



De belangrijkste troef vindt men de sociale wijkteams. Deze zijn bij uitstek geschikt om laagdrempelige hulp te bieden en in te zetten op participatie en verbindingen met de buurt. Een outreachende aanpak is daarbij wel van belang om deze groep te bereiken.

Good practice: Een wijkteam in Den Haag probeert mensen te motiveren om open te staan voor een gesprek. Gewoon door de dialoog aan te gaan met die mensen die het afhouden. Door te zorgen dat mensen elkaar gaan zien in de wijken en elkaar helpen.

De professionals maken zich zorgen over het verdwijnen van aangepast werk, het gebrek aan instroomtrajecten en arbeidsbemiddeling voor de meest kwetsbare groep en over de ontoereikendheid van de financiële hulpverlening. Schuldenproblematiek komt onder deze groep veel voor en staat de oplossing van andere problemen in de weg.

De mate van zelfregie en eigen kracht zijn zorgwekkend en het gebruik van professionele zorg is niet vanzelfsprekend.

Beschouwing

Sociale uitsluiting blijkt een omvangrijk probleem. In Den Haag heeft gemiddeld één op negen volwassenen hiermee te maken. Het risico op sociale uitsluiting is het hoogst bij laagopgeleiden, mensen zonder werk, mensen van niet-Nederlandse herkomst, bewoners van wijken met achterstand en mensen die gescheiden zijn. Kenmerkend voor sociale uitsluiting is de stapeling van problematiek op het gebied van sociale participatie, toegang tot sociale grondrechten, materiële deprivatie en culturele inpassing. Het is niet verwonderlijk dat er in dit onderzoek zo'n sterke relatie gevonden wordt tussen sociale uitsluiting en gezondheid: 86% van de sociaal uitgesloten Hagenaars kampt met gezondheidsproblemen. De interviews bevestigen dit beeld.

In de grote stad komt sociale uitsluiting twee keer meer voor dan landelijk het geval is. De hiervoor genoemde risicogroepen voor sociale uitsluiting bevinden zich relatief vaak in de grote steden. Nader onderzoek is nodig om te bevestigen of het hoge voorkomen van sociale uitsluiting in de grote stad aan de verschillen in de bevolkingssamenstelling ligt of dat er andere factoren een rol spelen. Den Haag telt, evenals Rotterdam, relatief veel mensen die sociaal uitgesloten zijn. Een verklaring voor het hoge voorkomen ten opzichte van Amsterdam en

De belangrijkste troef vindt men de sociale wijkteams.

Utrecht is niet eenvoudig te geven. Den Haag scoort ten opzichte van de andere grote steden niet extra ongunstig op tevredenheid met de woning, maar wél het meest ongunstig van de grote steden op buurtcohesie (stelling 'Mensen in de buurt kunnen slecht met elkaar opschieten'). Den Haag scoort ook relatief hoog op het aantal mensen met depressieve gevoelens.⁴ Depressieve gevoelens worden net als sociale uitsluiting vaker gezien bij lager opgeleiden, mensen zonder werk en mensen met een Turkse herkomst. Deze groepen komen in Den Haag relatief vaak voor. Na correctie van deze factoren bleef het verschil in de omvang van depressie vergeleken met de andere grote steden staan.⁴

Een opmerkelijke uitkomst is dat sociale uitsluiting meer voorkomt onder volwassenen van 19 tot 64 jaar dan onder senioren van 65 jaar en ouder. Verdiepende analyses laten zien dat senioren op alle dimensies van sociale uitsluiting beter scoren dan volwassenen van 19-64 jaar. Het verschil is vooral groot bij de dimensies Materiële deprivatie en Toegang tot sociale grondrechten. Zo hebben senioren minder vaak moeite met rondkomen, komt het bij hen minder vaak voor dat zij een medische of tandheelkundige behandeling nodig hadden maar die niet ontvingen en zijn zij positiever over de buurt en de woning waar zij wonen.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat het is gelukt om deze kwetsbare groep te interviewen. Met name niet westerse, sociaal uitgesloten mensen vormen een moeilijk bereikbare groep. De hoge non-respons (66/118) – onder respondenten van Marokkaanse herkomst was er weinig respons (21%) – is vergelijkbaar met ander onderzoek (respons van 63% bij respondenten van Nederlandse herkomst, 77% bij Surinaamse herkomst en 32% bij Marokkaanse en Turkse herkomst).⁵ De intensieve werving en persoonlijke aanpak hebben positief bijgedragen. Ook de beloning van vijftien euro (Hemakaart) was bij veel respondenten zeer welkom en heeft zeker bijgedragen aan het willen deelnemen aan het interview.

Ook positief is dat dit onderzoek intermediairs heeft betrokken. Door het terugkoppelen van de resultaten in de focusgroepen was het mogelijk een breder perspectief op de problematiek te krijgen, met inzicht in oplossingsrichtingen. Een nadeel is dat de gesprekken in de focusgroepen plaatsvonden net voor de ingang van de decentralisaties in de zorg en dat bij de deelnemende professionals en beleidsmakers nog niet geheel bekend was hoe een en ander zou gaan functioneren.



Dit onderzoek laat zien dat sociale uitsluiting een relevant thema is. De mate van zelfregie en eigen kracht zijn zorgwekkend en het gebruik van professionele zorg is niet vanzelfsprekend. De sociaal uitgesloten groep is bij uitstek een doelgroep voor de sociale wijkteams. Aandachtspunten voor de wijkteams zijn een outreachende aanpak en hulp bieden zonder dat er sprake is van een actieve hulpvraag.

Sociale uitsluiting is een belangrijk concept omdat het een verbinding legt tussen het sociale en het medische domein. Ook in het kader van preventie en het terugdringen van gezondheidsachterstanden is sociale uitsluiting een actueel thema.

REFERENTIES

- 1 Bergen APL van, Loon A van, Ballering C, Carlier B, Aangeenbrug M. **Sociaal uitgesloten in de grote stad**. Gemeente Utrecht Volksgezondheid, 2014.
- 2 Bergen APL van, Hoff SJM, Schreurs H, Loon A van, Hemert AM van (submitted) Social Exclusion Index for Health Surveys (SEI-HS). **A prospective nationwide study to extend and validate a multidimensional social exclusion questionnaire**.
- 3 Brink C. **Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid**. De begrippen ontward. Kerndossier 5. Movisie & Aandacht voor Iedereen. 2013.
- 4 Uitewaal PJM, Gilissen R. **Depressie in Den Haag in vergelijking met de andere drie grote steden nader bekeken**. Epidemiologisch Bulletin 2014; 49(1) 12-18.
- 5 Carlier BE, Ameijden EJC van, Brink CL van den, Bouwman-Notenboom AJ, Bergen APL van. **Enquêteonderzoek onder achterstandsgroepen: non-respons en interne validiteit**. Utrecht: GG&GD Utrecht, 2007.

OVER DE AUTEURS

Mw. Ir. A.P.L. van Bergen is epidemioloog, Gemeente Utrecht Volksgezondheid. E-mail: a.van.bergen@utrecht.nl

Mw. Dr. R. Gilissen is epidemiologisch onderzoeker, GGD Haaglanden. E-mail: renske.gilissen@ggdhaaglanden.nl

