

Participatiekansen voor mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt

Verkennd onderzoek naar instrumenten voor intake en de kans op participatiesucces

26 september 2012

Drs. Mariëtte van Hooff
m.m.v. Drs. Ilse Hento



1. Inleiding

Aanleiding

Het SW-bedrijf Intos is in februari 2011 gestart met een project gericht op een nauwkeurige intake van mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt, met daaraan gekoppeld een traject gericht op participatie, hetgeen zich zou moeten vertalen in een stijging op de participatieladder. Het project bij Intos is gerealiseerd in het kader van het ESF-A project 'Voluit geactiveerd!' van de gemeente Gennep, waarbij Intos als lokale re-integratieaanbieder uitvoerder is. De intakeprocedure is ontwikkeld in samenwerking met Mariëtte van Hooff van Van Hooff Arbeidskundig Advies en wordt geëvalueerd op doelmatigheid en effecten.

Om de resultaten in kaart te brengen heeft Van Hooff Arbeidskundig Advies aan Hento policy support gevraagd mee te werken aan een verkennend onderzoek en een eerste analyse te maken van de resultaten. Het verslag van dit verkennend onderzoek ligt voor u.

Verkennend onderzoek

Het project bij Intos behelst een groot aantal elementen, waaronder een zeer uitgebreide intake aan de hand van een aantal (gevalideerde) instrumenten. De verwachting is dat een uitgebreide intake, met name als het gaat om kenmerken en beleving van de gezondheidssituatie, leidt tot meer participatiesucces. Door een goede screening kan nauwkeurig worden ingeschat waar mensen staan op de participatieladder, welke begeleiding zij nodig hebben, welke doelen realistisch zijn en wat het te verwachten eindresultaat zal zijn.

De volgende hoofdvragen zijn leidend voor ons onderzoek:

- is er samenhang tussen de al of niet gezondheidsbevorderende beleving, instelling en houding in relatie tot werk, gemeten aan de hand van de AVEM-test en participatiesucces?
- Is er samenhang tussen bepaalde onderdelen in de persoonlijke situatie en participatiesucces?
- Wordt de intake verbeterd door de inzet van de vragenlijsten, kunnen consulenten zich hierdoor een beter beeld vormen van de cliënten en daardoor het 'beste' traject uitstippelen met de grootste kans op succes.
- Welke (onderdelen van) de ingezette instrumenten¹ leveren daadwerkelijk een effectieve bijdrage?

Deze vragen leiden tot de volgende deelvragen voor *dit verkennende onderzoek*:

- Wat is de startsituatie van mensen? Op welke trede van de participatieladder worden zij bij aanvang van het traject ingeschaald? En welke kenmerken hebben zij?

¹ Onder 'instrument' wordt in dit onderzoeksverslag verstaan: gevalideerde tests en vragenlijsten.

- Wat is de beleving, instelling en houding ten opzichte van werk van de cliënten? Hangt het behoren tot een bepaald type, zoals dat uit de AVEM naar voren komt, samen met de trede op de participatieladder bij instroom en uitstroom? Verschillen de typen in het aantal contacten gedurende het traject?
- Hoe ziet het participatiesucces wat binnen dit project bereikt wordt eruit?

Uitgebreide intake

Het project wordt gekenmerkt door een uitgebreide intakeprocedure. De intakegesprekken die gevoerd worden krijgen meer diepgang door de inzet van verschillende vragenlijsten volgens een protocol. Dit geeft de consultant meer houvast bij het vormen van zijn/haar mening over de cliënt en verplicht de cliënt om een mening te geven over de (beleving van de) eigen situatie. Voor verdere achtergronden met betrekking tot de theoretische onderbouwing zie bijlage 1. Voor toelichting op de gehanteerde instrumenten zie bijlage 2.

Opbouw van dit rapport

De rapportage is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 gaat in op de startsituatie van de deelnemers aan het traject: welke kenmerken hebben zij, hoe is hun houding en beleving met betrekking tot werk en waar staan zij op de participatieladder. Hoofdstuk 3 gaat in op het aantal contacten en de begeleiding in het traject, welk participatiesucces bereikt is en of er een samenhang is met (een aantal dimensies) in de gezondheidssituatie, gemeten met de AVEM. In hoofdstuk 4 wordt in hoofdlijnen samengevat welke antwoorden er zijn gevonden op de onderzoeksvragen en wat nog verder onderzoek verdient.

Met dank aan...

Hierbij wil ik Intos en vooral ook de consultants bedanken voor hun inzet en medewerking, de samenwerking, gegeven feed-back en het trouw aanleveren van de gevraagde gegevens!

2. Kenmerken deelnemers

In dit hoofdstuk worden de kenmerken van de deelnemers aan het traject beschreven. Achtereenvolgens komen een aantal achtergrondkenmerken aan bod, zoals geslacht, leeftijd, woonsituatie en de uitkeringssituatie. Ook gaan we in op de gezondheidssituatie, de capaciteiten, motivatie en wensen en de trede op de participatieladder van de deelnemers op het moment van intake.

2.1 Achtergrondkenmerken

In totaal zijn er 107 deelnemers² in het onderzoek waar zowel achtergrondgegevens als kenmerken van het traject van zijn geregistreerd. Daarvan is 54% man en 46% vrouw. Ruim een kwart van de deelnemers is jonger dan 40 jaar (27%), 36% is tussen de 40 en 55 jaar oud, en 37% is tussen de 55 en 65 jaar oud. De woonsituatie van de deelnemers ziet er als volgt uit: 41% van de participanten woont alleen, de overige participanten wonen of in bij ouders of familie (11%), of wonen samen, al dan niet met partner en/of kinderen (45%). Van de laatste groep zorgt 16% alleen voor de kinderen. Een klein percentage heeft een LAT-relatie. Bijna de hele groep heeft een gemeentelijke uitkering (93%), slechts een klein deel heeft geen gemeentelijke uitkering (6%), bij een enkeling is de uitkering niet vermeld (1%).

In tabel 2.1 staan de belangrijkste percentages weergegeven.

Tabel 2.1 Kenmerken participanten bij aanmelding

Kenmerken	Percentage (N=107)
Geslacht	
Man	54
Vrouw	46
Leeftijd	
Jonger dan 40 jaar	27
Tussen de 40 en 55 jaar	36
Tussen 55 en 65 jaar	37
Woonsituatie	
Alleen	41
Inwonend	11
Samen	45 (16% alleen met kinderen)
Anders	2
Burgerlijke staat	
Alleenstaand	29
Gehuwd/samenwonend	33
Gescheiden	36
Weduwe/weduwnaar	2

² Drie deelnemers bleken gaandeweg het traject toch niet tot de doelgroep te horen, zij zijn in de analyses wel meegenomen, omdat zij wel het intakeprotocol hebben doorlopen.

Problemen en ondersteuning

Wat betreft burgerlijke staat valt het grote aantal alleenstaande (29%) en gescheiden (36%) participanten op. Bij de gescheiden deelnemers is nog vaak sprake van verregaande problematiek rondom de scheiding (schulden van de ex-partner, ruzie, problemen met huisvesting, contact rondom de kinderen verloopt moeizaam of men mag de kinderen niet meer zien, enz.)

Bijna de helft van de deelnemers heeft al eerder een ondersteunend of activerend traject gevolgd (46%). Bij aanmelding van de cliënten door de gemeente bij Intos wordt verder gewag gemaakt van schuldenproblematiek (26%), verslavingsproblematiek die (mogelijk) nu nog speelt (16%), of een detentieverleden (7%).

Men doet dan ook in veel gevallen (al of niet vrijwillig) een beroep op professionele ondersteuning: 39% van de deelnemers heeft structureel contact met schuldhulpverlening, maatschappelijk werk, Dichterbij (zorginstelling) of de GGZ, meer dan de helft van deze groep heeft zelfs met 2 of 3 van de genoemde instellingen contact.

2.2 Gezondheidssituatie participanten

Het project kent door het kader van de ESF-subsidie in principe drie soorten participanten:

- arbeidsbelemmerden/gedeeltelijk arbeidsgeschikten,
- 55-plussers,
- niet-uitkeringsgerechtigden.

Uiteindelijk blijkt het aantal deelnemende 55-plussers (37%) lager dan verwacht en het aantal deelnemende arbeidsbelemmerden (57%) hoger dan verwacht. In het vervolg van het traject blijkt dat een deel van de 55-plussers tevens arbeidsbelemmerd is. Het aantal deelnemende niet-uitkeringsgerechtigden is relatief klein (6%).

Combinatie van beperkingen is fors

In de aanmeldingsformulieren van de gemeente is ruimte opgenomen om aan te geven of bekend is of er sprake is van mogelijke beperkingen. Bij ongeveer de helft van de deelnemers wordt een mogelijke of geconstateerde fysieke beperking gemeld, bij 16% is dat een psychische beperking en bij bijna een kwart (23%) beide.

Bij de intake worden door de consultants verschillende vragenlijsten ingezet die mede structuur geven aan de gevoerde gesprekken³. Na de uitgebreide intake hebben de consultants, mede op basis van vragenlijsten en daarover gevoerde gesprek(ken) in het instroomformulier aangegeven hoe zij tegen mogelijke beperkingen aankijken. Hierin zit een opvallende verschuiving t.o.v. de

³ Op de resultaten van de verschillende instrumenten willen we in een vervolgonderzoek nader ingaan. Voor een overzicht van de gebruikte lijsten zie bijlage 2.

aanmeldgegevens: iets minder fysieke (37%) en psychische (12%) klachten, maar bijna een verdubbeling van het aantal deelnemers met psychische én fysieke klachten (41%). Zie ook tabel 2.2.

Belastbaarheid vanuit eerder onderzoek

In een aantal gevallen is er bij aanmelding reeds eerder onderzoek uitgevoerd, gericht op medische indicatie van structurele beperkingen en inzetbaarheid en/of psychisch en arbeidskundig onderzoek. Hierbij dient opgemerkt te worden dat er verschillende onderzoeken bij zijn die een jaar of langer geleden hebben plaatsgevonden, waarbij weliswaar urenbeperkingen worden aangegeven, maar dat er tevens vaak wordt aangegeven dat na een jaar heronderzoek plaats dient te vinden.

Uit de cijfers blijkt dat 4% als volledig arbeidsongeschikt werd aangemerkt, bij 22% werd een urenbeperking aangegeven, bij eveneens 22% werd geen urenbeperking aangegeven (bij iets minder dan de helft van deze groep is overigens wel een structurele beperking vastgesteld). Bij 24% van de aanmeldingen is nader onderzoek tijdens het traject gewenst. Grofweg de helft van de deelnemers (namelijk degenen zonder urenbeperking en degenen waarbij geen medische indicatie is ingevuld) lijkt dus vanuit de gegevens die voor aanmelding bekend waren, volledig aan de slag te kunnen gaan. Bij een kwart is nader onderzoek nodig en bij een kwart is er een urenbeperking of volledige arbeidsongeschiktheid.

Tabel 2.2 Gezondheidssituatie participanten bij aanmelding

Kenmerken	Percentage (N=107)
Doelgroep	
Niet-uitkeringsgerechtigd	6
Arbeidsbelemmerd	57
55+	37
Beperking gemeld bij aanmelding	
Fysiek	49
Psychisch	16
Beide	23
Geen/niet ingevuld	12
Beperking gemeld na intake	
Fysiek	37
Psychisch	12
Beide	41
Geen/niet ingev	9
Eerdere medische indicatie	
Geen urenbeperking	22
Wel urenbeperking	22
Volledig arbeidsongeschikt	4
Nader onderzoek nodig	24
Niet ingevuld/nvt	28

2.3 Capaciteiten

Naast lichamelijke en psychische factoren spelen capaciteiten een grote rol bij de kansen op (arbeids)re-integratie: kan iemand zich staande houden in onze huidige maatschappij, hoe kijkt iemand naar zichzelf, welke startkwalificaties heeft iemand (behaalde certificaten en diploma's), over welke sleutelkwalificaties beschikt iemand (basale werknemersvaardigheden), welke randvoorwaarden zijn nodig om in een werksituatie te kunnen functioneren, maar ook: welke (werk)ervaring heeft iemand al opgedaan.

Zelfredzaamheid bij een derde beperkt

Wat betreft de capaciteiten van de deelnemers blijkt dat bij 30% van de aanmeldingen door de gemeente melding wordt gemaakt van een beperkt IQ en/of lage zelfredzaamheid. De overige 70% is niet beperkt naar inschatting van de gemeente.

De consulenten hebben bij de intake gekeken naar het zelfbeeld van de deelnemers. Bijna vier op de tien deelnemers (38%) heeft naar mening van de consulenten geen reëel zelfbeeld, er is soms sprake van overschatting van eigen kunnen en mogelijkheden, maar eveneens van onderschatting. Ongeveer de helft van de deelnemers (52%) heeft wensen die lijken overeen te stemmen met hun capaciteiten, ervaring en mogelijkheden.

Helpt deelnemers beschikt niet over startkwalificatie

Kijkend naar de hoogst afgesloten opleiding dan zien we dat bijna de helft van de cliënten geen diploma bezit (44%). De overige 56% heeft de opleiding wel met een diploma afgerond: 25% heeft een Vmbo-diploma, 15% een Mbo-diploma en 5% heeft een opleiding op Hbo-niveau afgerond.

In 18% van de gevallen wordt bij aanmelding aangegeven dat de Nederlandse taal de 2^e taal is van de deelnemer, of beperkt beheerst wordt. De consulenten geven na intake in 25% van de gevallen aan dat het (Nederlands) spreken onder gemiddeld is (= lager dan dat wat in de gemiddelde functie in Nederland vereist wordt), waarbij in 4 gevallen nauwelijks communicatie in het Nederlands mogelijk is.

Sleutelkwalificaties

Na de uitgebreide intake hebben de consulenten de capaciteiten van de deelnemers ingeschat met behulp van de Melba systematiek. Hierbij wordt een score van 1 (ver onder gemiddeld⁴) tot 5 (ver boven gemiddeld) gegeven op 29 sleutelkwalificaties; algemene werknemersvaardigheden die essentieel zijn om überhaupt in een werksituatie te kunnen functioneren. De 29 sleutelkwalificaties zijn verdeeld over vijf hoofdgroepen (zie tabel 2.3).

⁴ Melba score 3 is het niveau van de gemiddelde Nederlander, ofwel het niveau wat vereist is om in een gemiddelde functie in Nederland te kunnen functioneren.

Bij 92 van de 107 deelnemers is een Melba analyse gemaakt. De consultants vinden sommige Melba items lastig in te schatten op basis van gesprekken en afgenomen testen (bij teamwork, leiderskwaliteit, zorgvuldigheid en rekenen wordt in 7 tot 10 van de 92 analyses niets ingevuld). De gegeven scores zijn slechts een eerste indicatie, maar ze dwingen de consultant wel om na te denken over de gevolgen van het aangegeven niveau voor het traject en een eventuele werksituatie.

Het valt op dat de gemiddelde score op de sociale (2,33) en cognitieve (2,43) kenmerken het laagst is, gevolgd door psychomotoriek (2,5), werkuitvoering (2,51) en schoolse vaardigheden (2,53). Spreken heeft de hoogste gemiddelde score (2,7), leiderskwaliteit de laagste (1,9). De capaciteiten van de doelgroep liggen dus op alle fronten lager dan die van de gemiddelde Nederlander.

Tabel 2.3 Melba sleutelkwalificaties met gemiddelde scores

Cognitieve kenmerken 2,43	Sociale kenmerken 2,33	Werkuitvoering 2,51	Psycho-motoriek 2,50	Schoolse vaardigheden 2,53
Werkplanning 2,4	Assertiviteit/weerbaarheid 2,3	Uithoudingsvermogen 2,4	Energetische inzet 2,4	Lezen 2,5
Bevattingvermogen 2,5	Leiderskwaliteit 1,9	Frustratietolerantie 2,5	Fijne motoriek 2,6	Rekenen 2,5
Oplettendheid 2,5	Contactvaardigheid 2,5	Kritische controle 2,4	Reactiesnelheid 2,5	Schrijven 2,4
Concentratievermogen 2,3	Kritisch beoordelen 2,4	Ordenend vermogen 2,7		Spreken 2,7
Leren/Onthouden 2,4	Ontvangen van kritiek 2,3	Stiptheid 2,6		
Probleemoplossing 2,3	Teamwork 2,6	Zelfstandigheid 2,4		
Omschakeling 2,5		Zorgvuldigheid 2,6		
Voorstellingsvermogen 2,5		Verantwoording 2,5		

Moeilijk plaatsbare groep

Tevens is aan de consultants gevraagd om gedetailleerd aan te geven waar eventueel rekening mee moet worden gehouden, om de persoon in een werksituatie te kunnen laten functioneren. Dit kunnen bijvoorbeeld ergonomische aanpassingen zijn, fysieke beperkingen, een urenbeperking, maar ook de eis om tegemoet te komen aan affiniteiten, wil het traject kans van slagen maken. Dit laatste is bijvoorbeeld essentieel bij mensen met ADHD of ADD, omdat zij anders de gevraagde concentratie niet kunnen opbrengen, maar ook bij mensen die alle moed op een geslaagd traject verloren hebben en daardoor niet gemotiveerd lijken.

Bij 22% van de deelnemers wordt hier niets aangegeven, terwijl bij veel van hen in voorgaande teksten in het instroomformulier wel degelijk aandachtspunten aangegeven worden. Bij 50% worden 2 of meer aspecten aangegeven. Aangezien

het hierbij gaat om essentiële factoren, waarmee in een toekomstige werksituatie rekening gehouden moet worden, geeft dit hoge percentage aan hoe lastig plaatsbaar de groep is.

Werktempo en begeleidingsbehoefte

In het instroomformulier is aangegeven of de consulent verwacht dat er sprake zal zijn van een lager werktempo en zo ja, waardoor dit dan veroorzaakt wordt. Bij meer dan de helft van de deelnemers wordt een verwacht tempoverlies aangegeven. Er zijn diverse redenen aangegeven, bijvoorbeeld doordat extra instructie nodig is, er concentratieverlies is, men extra pauzes nodig heeft door energieproblemen, of doordat het handelingstempo vertraagd is. Bij ruim 80% worden 2 of meer oorzaken aangegeven.

Daarnaast is in het instroomformulier gevraagd naar mogelijk te verwachten kwaliteitsverlies: bij 22% van de participanten wordt dit verwacht.

Wat betreft de benodigde begeleiding op de werkplek wordt bij drie kwart van de participanten een kanttekening gemaakt: bij een kwart is extra begeleiding na (aangepaste) instructie niet meer echt nodig, bij 16% moet begeleiding af en toe binnen komen lopen, bij 28% is regelmatige begeleiding nodig (in de nabijheid aanwezig of onmiddellijk bereikbaar), bij 5% is continue aansturing vereist. Bij een kwart is begeleiding op de werkplek niet van toepassing of is er geen kanttekening aangegeven.

Wel werkervaring, maar lang geleden of wisselende baantjes

Wat betreft werkervaring in betaald werk heeft 15% van de deelnemers geen werkervaring. Van deze groep heeft een derde wel enige stage-ervaring en een derde heeft wel ervaring met vrijwilligerswerk.

Meer dan de helft (54%) van de deelnemers heeft werkervaring, waarbij men langer dan 3 maanden bij eenzelfde werkgever in dienst was. Bij slechts 4% is de werkervaring recent⁵, of nu nog voortdurend: het gaat dan om een gering aantal, vaak onregelmatige uren, bijvoorbeeld 8 uur per week als oproepkracht bij een bedrijf.

Een vijfde deel van de participanten heeft wel werkervaring opgedaan, maar dan in veel wisselende baantjes en/of steeds minder dan drie maanden bij eenzelfde werkgever.

Soort werk is divers

Het soort werkzaamheden is zeer divers en passend bij het over het algemeen lage opleidingsniveau: in 21% van de gevallen gaat het om productie- of technisch werk, 17% heeft (enige) werkervaring in schoonmaak of verzorging, 16% in de bouw- of transportsector (voeger, dakdekker, chauffeur, magazijn), en 7% is werkzaam geweest in administratieve of ICT richting. Daarnaast worden richtingen als post, verkoop en horeca enige malen genoemd. Het overige beeld is zeer divers: men heeft kortdurend baantjes gehad in heel verschillende richtingen of werkervaring is onbekend of ontbreekt.

In tabel 2.4 staan de capaciteiten van de participanten weergegeven.

⁵ Recent is in dit onderzoek omschreven als: minder dan 2 jaar geleden.

Tabel 2.4 Capaciteiten participanten

Kenmerken	Percentage (N=107)	
Zelfredzaamheid/IQ		
Beperkt	30	
Niet beperkt	70	
Zelfbeeld		
Reëel	52	
Niet reëel	38	
Niet ingevuld/nvt	9	
Hoogst afgesloten opleiding		
Geen/lagere school	37	
Certificaat	7	
VMBO diploma	25	
MBO	15	
HBO/univ	5	
Niet ingevuld/nvt	10	
Spreeken (Melba)		
Onder gemiddeld	26	
Gemiddeld	61	
Niet ingevuld/nvt	12	
Rekening houden met		
Niets aangegeven	22	
Urenbeperking, aangepaste tijden	8	
Staan/zitten/lopen, ergonomisch	7	
Groepsgrootte, teamsamenstelling	1	
Affiniteit	4	
2 aspecten genoemd	18	
3 of meer aspecten genoemd	32	
Niet ingevuld/nvt	9	
Verwacht tempoverlies		
Ja	55	
Door 1 oorzaak		19% (N=55)
Door combinatie van 2 oorzaken		30%
Door combinatie van 3 oorzaken		51%
Nee	25	
Niet ingevuld/nvt	20	
Begeleidingsbehoefte		
Instructie	24	
Af en toe aanwezig	16	
Regelmatig	28	
Continue	5	
Geen	7	
Niet ingevuld	21	
Werkervaring betaald werk		
Geen	15	
Werkervaring > 3 mnd bij dezelfde werkgever	54	
Los vaste baantjes	21	
Niet ingevuld/nvt	10	

Beroepsrichting werkervaring	
Productie/techniek	21
Schoonmaak/verzorging	17
Bouw/logistiek	16
Administratie/ICT	7
Overig	39

2.4 Motivatie en wensen

In 41% van de aanmeldingen wordt door de gemeente twijfel aangegeven met betrekking tot motivatie voor het traject, bij de overigen is hier geen twijfel over aangegeven.

Meer dan de helft is gemotiveerd

Na de uitgebreide intake is de consulenten gevraagd naar hun algemene indruk van de cliënt wat betreft uiterlijk en gemotiveerdheid: 57% van de cliënten komt dan gemotiveerd over, 30% als niet gemotiveerd. Het gaat hier om de indruk van de consulent, gebaseerd op houding van de client, het nakomen van afspraken, verbale en non-verbale communicatie, ingevulde vragenlijsten en mogelijke tegenstrijdigheden.

Van 72% wordt het uiterlijk als schoon en verzorgd beoordeeld, van 17% als niet schoon/verzorgd.

Vervolgens is in kaart gebracht of er wel of niet een duidelijke werkwens bestaat, uitgaande van de persoon zelf. Hieruit komt naar voren dat 31% van de mensen die de intake doorlopen geen intrinsieke reden kan noemen om (meer) te gaan werken (of denkt niet te kunnen werken)⁶. Bij 46% is er een duidelijke reden benoemd om te gaan werken (bijvoorbeeld 'geld verdienen'), bij 16% is er wel een duidelijke wens maar is de reden niet duidelijk.

Aanpassing in werk belangrijker dan soort werk

Wat betreft het soort werk waar de voorkeur naar uitgaat, is na de intake slechts in 3% van de gevallen een duidelijke richting aan te geven die zonder voorbehoud een reële kans van slagen biedt. Bij 31% is de richting wel bekend, maar is er een duidelijk voorbehoud (er moet een opleiding gevolgd worden, kan de cliënt het werk in die richting lichamelijk wel aan, het arbeidsmarktperspectief is slecht, enz.) Voor een grote groep (36%) is de richting niet zo belangrijk, maar is het belangrijker dat op de werkplek rekening gehouden kan worden met bepaalde voorwaarden, zoals extra rustpauzes, teamsamenstelling, beperkt takenpakket, enz.

Uiteindelijk sluit bij 26% de wens aan bij ervaring of opleiding. Bij 44% sluit de wens wel aan bij ervaring of opleiding, maar is er twijfel over haalbaarheid gezien

⁶ Het gaat hierbij om een diverse groep: mensen met een laag cognitief niveau, mensen met vergaande spanningsklachten of verdeckte psychische of fysieke klachten, een groep die denkt niet veel te kunnen en een groep die de moed heeft opgegeven. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de zestiger die zeer gefrustreerd is doordat twee jaar solliciteren tot niets heeft geleid, zich uiteindelijk neergelegd heeft bij het feit dat betaald werk schijnbaar niet meer mogelijk is en inmiddels thuis en in de directe omgeving redelijk zijn draai gevonden heeft en nu een traject krijgt aangeboden. Zie ook bijlage 1 onder 'motivatie'.

het huidige functioneren en arbeidsmarktperspectief, en bij 7% wordt de wens als niet reëel beoordeeld.

Sociale ondersteuning beperkt aanwezig

Verder is gekeken naar de sociale ondersteuning die de deelnemer krijgt: is de omgeving stimulerend om weer aan het werk te gaan en om te ondersteunen bij problemen die zich voordoen. Hieruit komt naar voren dat er een grote groep is (39%), die niemand in de omgeving heeft die de trajectdeelnemer een zetje geeft om het traject te starten of vol te houden en/of voor andere dingen klaar staat. Een kwart (24%) krijgt wel ondersteuning van een vriend(in), een familielid (ouder, broer of zus), of in een enkel geval vanuit een LAT-relatie. Voor 30% van de mensen is er sociale ondersteuning in de directe leefomgeving (meestal partner of al oudere kinderen). Uit contactgegevens met de cliënten blijkt dat de partner niet altijd ondersteunend is, maar ook een belemmerende factor kan zijn (uit de contactgegevens blijkt dat er in een beperkt aantal gevallen mannen zijn die liever niet zien dat hun vrouw buitenshuis aan de slag gaat, meestal zijn dit mannen van allochtone afkomst).

In tabel 2.5 zijn de motivatie en wensen van de deelnemers opgenomen.

Tabel 2.5 Motivatie en wensen

Kenmerken	Percentage (N=107)
Algemeen beeld	
Schoon/verzorgd uiterlijk, gemotiveerd	50
Schoon/verzorgd, ongemotiveerd	22
Niet schoon/verzorgd, gemotiveerd	8
Niet schoon/verzorgd, ongemotiveerd	8
Niet ingevuld/nvt	11
Reden om te willen werken	
Geen intrinsieke reden of kan niet	31
Reden helder	46
Reden niet helder	16
Niet ingevuld/nvt	7
Wens soort werk	
Voorwaarden belangrijker dan richting	36
Richting bekend met voorbehoud	31
Richting bekend zonder voorbehoud	3
Nvt/niet ingevuld/geen/onbekend	30
Realiteit wens	
Niet reëel	7
Wens sluit aan	26
Wens sluit aan, maar...	44
Niet ingevuld/nvt	22
Sociale ondersteuning	
Stimulerend in dagelijkse omgang	30
Stimulerend op afstand	24
Geen stimulans omgeving	39
Niet ingevuld/nvt	7

2.5 Testgegevens participanten

Bij alle deelnemers aan het traject is een uitgebreide intake afgenomen aan de hand van een aantal vragenlijsten.

Een van de vragenlijsten, de AVEM, betreft gedrag, houding en beleving ten opzichte van arbeid. Dit is een van oorsprong Duits/Oostenrijkse test die in het Nederlands vertaald is. Er is hier gebruik gemaakt van een door ons aangepaste versie.

Gezondheidsbevorderende houding of interventie nodig

Op basis van de AVEM kunnen mensen in vier typen worden ingedeeld:

1. G-type: gezondheidsondersteunende houding, verder genoemd 'gezond' type (geen interventie nodig).
2. S-type: een kenmerkende houding van zichzelf ontzien, verder genoemd 'motivatie type' (mogelijk interventie gericht op motivatie nodig).
3. Risico type A: er is sprake van verhoogde betrokkenheid en minder afstand kunnen nemen, verder genoemd 'inspanningstype' (interventie nodig gericht op gezondheid).
4. Risico type B: er is sprake van een sterk beperkte psychische belastbaarheid, verder genoemd 'burnout type' (interventie nodig gericht op gezondheid).

In dit onderzoek is bij 77 deelnemers de AVEM afgenomen. Bij de overigen was dit niet het geval door verschillende oorzaken: er was grote weerstand tegen het traject en/of het invullen van een vragenlijst; het was op dat moment al duidelijk dat de cliënt niet tot de doelgroep behoorde; richting voor de deelnemer was op dat moment al duidelijk waardoor de lijst overbodig was; in de loop van het project zijn twee nieuwe consultants aangenomen die al intakes gedaan hadden voor zij de AVEM leerden hanteren.

Van de personen die de AVEM hebben ingevuld blijken de meesten tot het burnout type te horen: 47% behoort tot dit type⁷. Ongeveer 12% behoort tot het 'gezond' type, 17% tot het motivatietype en 13% tot het inspanningstype. Daarnaast is 12% een gecombineerd type, hetgeen betekent dat op geen van de vier typen een percentage hoger dan 50% is gescoord. In tabel 2.6 is de verdeling opgenomen.

Tabel 2.6 Gezondheidstype

Gezondheidstype	Percentage (N=77)
G Gezond	12
S Motivatie	17
A Inspanning	13
B Burnout	47
Gecombineerd type	12

⁷ Op basis van alle deelvragen (66 in totaal) worden percentages toegekend aan de vier gezondheidstypen. Als een persoon op een van vier typen meer dan 50% scoort dan is dat het overwegende gezondheidstype. Als op geen van de vier typen de 50% wordt gehaald dan is het een gecombineerd type.

Er zijn iets meer vrouwen dan mannen die tot het burnout type behoren (51% vrouw en 43% man, tegenover 47% gemiddeld), maar het betreft hier geen significant verschil (het verschil kan dus ook op toeval berusten). Ook naar leeftijd, woonsituatie of uitkering zijn er geen verschillen tussen de verschillende gezondheidstypen⁸.

2.6 Start participatieladder

Zowel de gemeente als de consultant van Intos hebben de deelnemers ingedeeld op de participatieladder. De participatieladder bestaat uit 6 treden. In tabel 2.2. is de indeling te zien zoals die door de gemeente en de professional van Intos zijn geregistreerd bij aanvang van het traject.

Tabel 2.7 Instroom op participatieladder, in percentages

Participatieladder	Volgens gemeente (N=107)	Volgens professional (N=107)
Geïsoleerd	15	13
Sociale contacten buitenshuis	24	53
Deelname georganiseerde activiteiten	16	15
Onbetaald werk	22	10
Betaald werk met ondersteuning	8	0
Betaald werk	3	3
Niet ingevuld	12	6

Verschillen in beoordeling participatieladder

Te zien is dat de indeling op de participatieladder aanzienlijk verschillend wordt beoordeeld door de gemeente en de consultant. Volgens de consultant bevindt meer dan de helft van de deelnemers (53%) zich op trede 2, en heeft sociale contacten buitenshuis. Daarmee schalen zij ruim twee keer zo vaak de deelnemers op dit niveau in dan de gemeente dat doet (24%). De gemeente schaaft de deelnemers over het algemeen iets hoger in dan de professionals. Zo verricht volgens de gemeente 22% onbetaald werk (trede 4) tegenover 10% volgens de professional. Betaald werk (trede 5/6) wordt volgens de gemeente door 11% uitgevoerd tegenover 3% volgens de professional. Trede 1 – geïsoleerd – wordt nagenoeg gelijk beoordeeld (15% en 13%), evenals trede 3, deelname aan georganiseerde activiteiten (16% en 15%). Verder valt op dat bij aanmelding door de gemeente twee keer zo vaak niets wordt ingevuld over de trede waarop de cliënt zich bevindt als door de professional na intake (12% tegenover 6%).

⁸ De aantallen zijn klein waardoor verschillen met behulp van de chi-kwadraat toets moeilijk te toetsen zijn vanwege (te) geringe celvulling.

Burnouttype vaker geïsoleerd

Er is een samenhang tussen de instroom op de participatieladder en het gezondheidstype. Deelnemers die tot het burnout type behoren bevinden zich relatief vaker op de laagste trede van de participatieladder: 28% tegenover 14% gemiddeld⁹. Op trede 2 op de participatieladder – sociale contacten buitenshuis – bevinden zich relatief veel deelnemers die tot het inspanningstype behoren (80% tegenover 56% gemiddeld). Voor beide types geldt dat daar relatief veel winst valt te behalen. In het volgende hoofdstuk zien we of dit inderdaad het geval is. Onbetaald werk (trede 4) komt relatief vaker voor bij het 'gezond' type en het motivatietype (22 en 31% tegenover 13% gemiddeld).

⁹ Als instroomcode op de participatieladder wordt in het vervolg de beoordeling van de professionals van Intos gebruikt.

3. Traject en participatiesucces

In dit hoofdstuk kijken we naar een aantal aspecten van het traject en de eindresultaten van het traject. Ook wordt gekeken naar de samenhang met het gezondheidstype vanuit de AVEM en een aantal dimensies die daarbij een rol spelen.

3.1 Trajectgegevens

Trajectlengte

Bij een op de vijf participanten (20%) heeft niet de fase van het opdoen van werkervaring bereikt. Diverse redenen lagen hieraan ten grondslag. De medische of psychische beperking bleek te groot, ziekte duurde te lang in relatie tot de tijdsperiode van het project, men raakte tussentijds uit de running, en in een heel enkel geval was er door een scala aan factoren toch te veel (verklaarbare) weerstand (bijvoorbeeld verborgen alcoholisme). Een enkeling behoorde toch niet tot de doelgroep, bijvoorbeeld doordat men toch niet als 'arbeidsbelemmerd' werd verklaard na nader onderzoek.

Dit betekent niet dat er met deze 20% geen succes behaald is en dat zij niet in beweging gekomen zijn. Zo zijn er mensen doorverwezen naar een arts, psycholoog of andersoortige hulpverlening, of men is wel met een taalcursus gestart.

Van de aangemelde deelnemers kreeg 43% een kort traject aangeboden (drie maanden), 37% kreeg een lang traject (zes maanden). De lengte van het traject werd daarbij niet alleen bepaald door kenmerken van de participant, maar had ook te maken met datum van aanmelding (het project had een begrenste looptijd, mensen die tegen het einde van het project werden aangemeld kregen niet meer altijd een traject van 6 maanden).

Trajectinhoud en doel

Na de intake werd bij 17% van de deelnemers aanvullende medische of psychische informatie opgevraagd en bij 21% vond aanvullend psychologisch of medisch/arbeidskundig onderzoek plaats (in 24% van de aanmeldingen werd ook om aanvullend onderzoek gevraagd, zie tabel 2.2). Bij 8% van de participanten werd door de consultant zelf nader onderzoek uitgevoerd met behulp van Ida-toetsen.¹⁰

Gezien de achtergrond van de participanten is het niet verwonderlijk dat 28% het traject is gestart op een beschermde leer-werkplek bij Intos (waarvan 7% op een externe werkplek zoals Gennep Zuid). In 20% van de gevallen is men gestart met (soms uitbreiding van) vrijwilligerswerk, 13% kreeg een leer-werkplek bij een werkgever en bij 14% was er in eerste instantie sprake van voorbereiding op

¹⁰ Ida staat voor Instrument voor de Diagnostiek van Arbeidsvaardigheden, bestaande uit veertien arbeidstoetsen van verschillende moeilijkheidsgraden, die betrekking hebben op de verschillende sleutelkwalificaties zoals die met Melba kunnen worden vastgelegd.

(regulier) werk middels training (sollicitatietraining, computervaardigheid, taaltraining). Doorverwijzing naar hulpverlening vond bij 4% plaats. Doel van het traject was vaak meerledig: bij 27% van de deelnemers ging het om 2 of meer te bereiken doelen. Bij 14% ging het puur om meer inzicht in mogelijkheden en belastbaarheid, bij een kwart ging het om activering, gewenning en training, bij 15% om daadwerkelijke plaatsing en bij 6% was het doel hulpverlening.

Gekeken naar het soort werkzaamheden blijkt dat ruim een kwart van de participanten een eerste werkplek kreeg richting verzorging/gastvrouw/facilitair werk, 12% kreeg productiewerk; andere richtingen zoals schoonmaak, transport en logistiek, groen en administratie zijn redelijk gelijk vertegenwoordigd (rond de 5 tot 7%).

Trajectverloop

De opstart van de trajecten verloopt niet altijd even makkelijk, bij 32 participanten is sprake van problematisch verzuim door medische of psychische klachten (een aantal trajecten zijn immers in gang gezet om te onderzoeken of klachten daadwerkelijk tot uitval leiden), 3 maal is er alleen een urenaanpassing nodig, 6 maal is er problematisch gedrag op de werkplek, bijvoorbeeld doordat men niet voldoet aan kwaliteitseisen of vereist werktempo, bij 5 deelnemers wordt geconstateerd dat men niet gemotiveerd is of geeft de deelnemer zelf aan dat hij/zij ontevreden is. Bij 27 deelnemers verloopt alles volgens plan en voldoet men aan de eisen en afspraken.

Van 39 deelnemers die in de eerste fase een (leer)werkplek vonden was dat een plek die daarna gecontinueerd kon worden, bij 12 deelnemers was een wisseling nodig of stopte het traject (bijvoorbeeld door fysieke klachten) en in 3 gevallen werd de (leer)werkplek beëindigd door de werkgever.

Tabel 3.1 Trajectverloop, in aantallen

Kenmerk		Aantal
Verloop traject eerste 3 maanden	Verzuim door medische of psychische klachten	32
	Ureanaanpassing	3
	Problematisch gedrag op werkvloer	6
	Niet gemotiveerd of ontevreden	5
	2 of meer genoemd	4
	Voldoet aan eisen	27
	nvt	30
Verandering van werkplek binnen eerste 3 mnd	Ja, werkgever stopt	3
	Ja, werknemer wisselt of het lukt niet	12
	Ja, het was een tijdelijke oplossing	5
	Nee	39
	nvt	50

Trajectverlenging

Bij 35 trajecten is bij de gemeente verlenging van het traject aangevraagd en verkregen. Het kan zijn dat een traject enige tijd heeft stilgelegen door (tijdelijke) fysieke klachten, of dat het wachten was op nader onderzoek. Maar het kan ook zijn dat een traject van drie of zes maanden te kort bleek en dat er op korte termijn resultaten te verwachten waren, waarbij begeleiding nog even noodzakelijk was. Ook is er een groep waarbij het uiteindelijk toch zinvol geacht werd om een WSW indicatie aan te vragen; door de wachtlijstproblematiek kunnen deze mensen voorlopig niet instromen en zij krijgen een overbruggingstraject aangeboden.

Contactmomenten

De trajectgegevens bestaan verder o.a. uit het aantal contactmomenten dat deelnemers hebben gehad met de consulent en waaruit voor de consulent weer een vervolgactie voortkwam. Dit kan bijvoorbeeld een evaluatiegesprek zijn, een thuisbezoek bij de deelnemer, met de deelnemer meegaan naar het UWV, bezoek aan de werkplek van de deelnemer, of een telefonisch contact met (schuld)hulpverlening, waarna dat weer verder gecommuniceerd moet worden met deelnemer en/of schuldeiser. Het aantal contactmomenten van de deelnemers verschilt. Zo heeft bijna een derde (32%) minder dan 10 contactmomenten gedurende het hele traject gehad, iets meer dan een derde (35%) heeft 10 tot 20 contactmomenten gehad en een nagenoeg gelijk percentage (34%) heeft meer dan 20 contactmomenten gehad gedurende het traject.

Er zijn geen (significante) verschillen gevonden voor de vier gezondheidstypen vanuit de AVEM en het aantal contactmomenten. Wel is te zien dat het inspanningstype relatief vaak – meer dan 30 –contactmomenten kent (40% tegenover 18% gemiddeld) en zien we bij het motivatietype juist weinig – 0 tot 10 – contactmomenten (62% tegenover 30% gemiddeld).

Tabel 3.2 Geregistreeerde contacten

Aantal geregistreeerde contacten consulent	% (N=107)	AVEM Type
0-10	32	62% Motivatietype
11-20	35	
21-30	20	40% Inspanningstype
31-40	11	
meer dan 40	3	

3.2 Uitstroom

Vroegtijdige beëindiging traject

Bij 37 participanten (35%) is het traject binnen de gegeven tijd beëindigd, bij 70 mensen (65%) is de trajecttijd volledig benut (in een aantal gevallen met verlenging).

Van de 37 participanten waarbij het traject eerder werd staan de uitstroomgegevens in tabel 3.3. Van deze groep is 8% succesvol doordat men bij een werkgever aan de slag kon (of uren kon uitbreiden, zodat men uit de

uitkering is). Financieel gezien is voor de gemeente bovendien nog 8% van de groep van 37 succesvol doordat de partner meer uren ging werken, 5% kreeg een Wajong uitkering en 5% is verhuisd. Bij 57% van de groep is sprake van dermate ernstige klachten dat het traject eerder beëindigd is. Een deel hiervan kon doorverwezen worden naar een zorgtraject (16%). Dan zijn er nog 6 mensen (16%) waarbij aangetekend is dat zij niet tot de doelgroep behoren, de aangegeven reden is divers (variërend van in overleg teruggetrokken door gemeente tot inmiddels WAO gerechtigd).

Tabel 3.3 Vroegtijdige beëindiging in percentages

Kenmerken	Percentage (N=37)
Beëindiging door	
Zorgtraject	16
Medische klachten	30
Psychische klachten	11
Verhuizing	5
Wajong uitkering	5
Betaald werk	8
Werk partner	8
Geen doelgroep	16

Gerealiseerde uitstroom en uren

De uiteindelijke uitstroom is te vinden in tabel 3.4. Een tiende van de participanten is doorverwezen naar een zorgtraject, iets grotere groep (15%) stroomt uit met dermate grote medische of psychische problemen dat op dit moment een activiteit in de vorm van regelmatige werkzaamheden niet tot de mogelijkheden behoort. Een kwart verricht activiteiten ter overbrugging na bijvoorbeeld WSW of Wajong toekenning, een vijfde deel verricht vrijwilligerswerk en 15% van de participanten stroomt uit naar betaald werk. Daarnaast is er nog een groep van 17% die bestaat uit deelnemers waarvan het traject verlengd is en nu nog geen concreet resultaat hebben geboekt (bijvoorbeeld bezig met solliciteren), deelnemers waarbij scholing het vervolg is, deelnemers waarbij geen tastbaar resultaat geboekt is en/of niet tot de doelgroep hoorden.

Het aantal uren wat bij uitstroom gerealiseerd is loopt sterk uiteen. Van degenen die uitstromen naar een zorgtraject is er in één geval sprake van 4 uur vrijwilligerswerk, de overigen hebben geen arbeidsmatige activiteiten, zoals dat

ook het geval is bij de groep met medische/psychische beperkingen en de groep 'overig'. Ook binnen de andere categorieën komen enkelingen voor die (nog) geen daadwerkelijke uren dagbesteding hebben (bijvoorbeeld als het traject verlengd is), of waarbij die niet geregistreerd zijn.

Tabel 3.4 Uitstroom en uren in percentages

Kenmerken	Percentage (N=107)
Uitstroom	
Zorgtraject	11
Medische/psychische beperking	15
Activering/WSW ter overbrugging	24
Vrijwilligerswerk	19
Betaald werk	14
Overig	17
Aantal uren uitstroom	
Geen/niet van toepassing	46
1-10	23
11-20	21
Meer dan 20	11

Er is tevens door de onderzoeker van de gegevens gekeken naar de verwachting voor de toekomst. Op basis van trajectverloop, persoonlijke kenmerken, uiteindelijke plaatsing en door bij twijfel de consultant te bevragen is een inschatting gemaakt van afhankelijkheid van verdere begeleiding in de toekomst. Het gaat hierbij om een indruk en niet om 'harde' cijfers, maar naar verwachting zal 46% van de groep van 107 participanten afhankelijk blijven van een of andere vorm van stimulans en/of begeleiding om aan het werk te kunnen blijven (bijvoorbeeld de groep die aangewezen is op WSW), om het (niet betaalde) werk vol te kunnen houden en/of om in de toekomst aan welke vorm van arbeidsmatige activiteiten deel te gaan nemen. Bij een kwart van de participanten schatten we in dat tijdelijke begeleiding nodig is (jobhunting, aan het werk helpen, bij betaald werk nog even de vinger aan de pols houden, problematische thuissituatie, verslavingsproblematiek). Bij 16% van de 107 participanten (in het algemeen uitstromend op trede 4 en 6) lijkt sprake te zijn van een stabiele situatie en/of voldoende vaardigheden om zich bij problemen zelf adequaat te kunnen redden.

Uitstroom en participatieladder

De professionals hebben aan het einde van het traject ook de uitstroom op de participatieladder geregistreerd. In tabel 3.4 is te zien wat de instroom en de uitstroomcode is volgens de professionals.

Tabel 3.5 Instroom en uitstroom op participatieladder, in percentages

Participatieladder	Instroom (N=107)	Uitstroom (N=99)¹¹
Geïsoleerd	13	2
Sociale contacten buitenshuis	53	18
Deelname georganiseerde activiteiten	15	12
Onbetaald werk	10	51
Betaald werk met ondersteuning	0	1
Betaald werk	3	15
Weet niet/niet ingevuld	6	1

Er is een duidelijke stijging op de participatieladder zichtbaar. Zo bleek bij aanvang van het traject iets meer dan de helft van de deelnemers zich op trede 2 te vinden –sociale contacten buitenshuis -, aan het einde van het traject verricht de helft van de deelnemers onbetaald werk, en bevindt zich daarmee op trede 4 van de participatieladder. Het percentage dat zich op de laagste trede bevindt – geïsoleerd – is gedaald van 13 naar 2%, en het percentage dat nu betaald werk verricht – al dan niet met ondersteuning – is gestegen van 3 naar 16%.

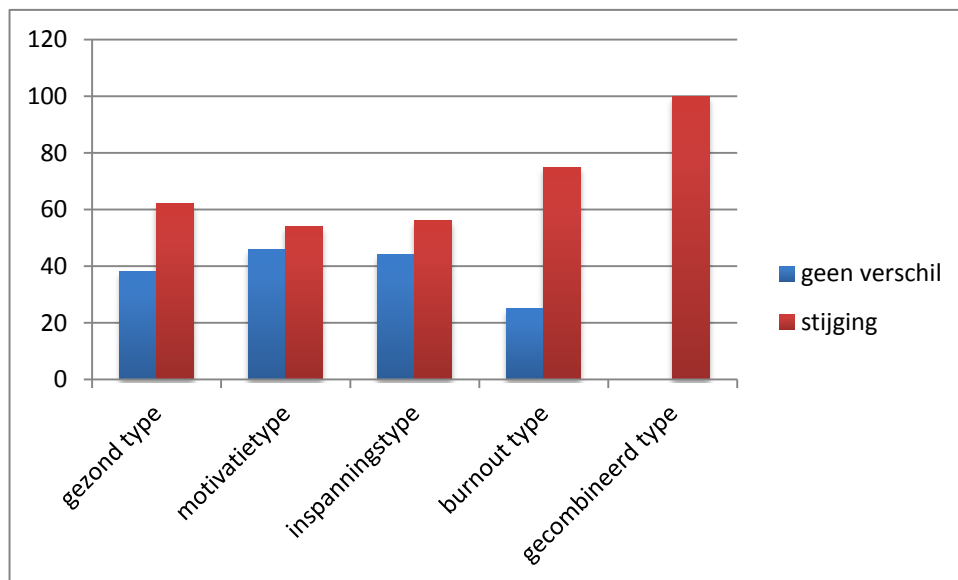
Interessant is om te kijken waar de grootste stijgingen (of dalingen) zitten en of dat gerelateerd is aan kenmerken van de deelnemer en/of kenmerken van het traject. Er is slechts één deelnemer die gedaald is op de participatieladder. Het betreft hier een daling van betaald werk naar betaald werk met ondersteuning. Eén op de drie deelnemers heeft geen stap – niet naar boven, maar ook niet naar beneden – op de participatieladder gezet. Tweederde van de deelnemers is wel gestegen op de participatieladder, waarvan de meerderheid zelfs twee treden of meer is gestegen op de participatieladder (zie tabel 3.5).

Geen samenhang tussen stijging en gezondheidstype AVEM

Alhoewel er wel een samenhang is tussen het gezondheidstype en de instroom op de participatieladder, is die samenhang er niet met de uitstroom op de participatieladder. Ook is er geen samenhang tussen het gezondheidstype en een eventuele stijging op de participatieladder. Wel is het zo, zoals we al verwachtten in hoofdstuk 2, dat het burnout type vaak stijgt op de participatieladder. Maar dit hangt meer samen met het feit dat het burnout type relatief vaak start op trede 2, en daar bevinden zich relatief veel stijgers op de participatieladder. Het gecombineerde type – dus geen overwegend gezondheidstype – kent alleen maar stijgers op de participatieladder (zie figuur 3.3).

¹¹ Hierbij zijn de participanten die vroegtijdig zijn uitgestroomd wegens verhuizing, werk van de partner en die niet tot de doelgroep behoren niet meegenomen.

Figuur 3.3 Gezondheidstype en participatiesucces



Ambitieniveau hangt wel samen met participatiesucces

Binnen de gezondheidstypen van de AVEM spelen 11 dimensies een rol¹². Ook deze dimensies zijn gerelateerd aan het participatiesucces, te weten een stijging op de participatieladder. Daaruit blijkt dat alleen dimensie 2 – ambitie met betrekking tot werk – een samenhang vertoont met een stijging op de participatieladder. Terwijl gemiddeld 71%¹³ een stijgt op de participatieladder, zijn degenen met een meer dan gemiddeld ambitieniveau relatief vaak gestegen op de ladder (83%).

¹² Het betreft de dimensies: ‘subjectieve betekenis van werk’, ‘ambitie met betrekking tot werk’, ‘inspanningsbereidheid’, ‘streven naar perfectie’, ‘afstand kunnen nemen’, ‘opgeven bij mislukkingen’, ‘actief omgaan met problemen’, ‘innerlijke rust en evenwichtigheid’, ‘beleving van succes’, ‘levenstevredenheid’, ‘ervaren van sociale ondersteuning’.

¹³ Voor de hele groep geldt dat gemiddeld tweederde gestegen is op de participatieladder, maar aangezien niet bij alle personen het gezondheidstype met de AVEM is geïnventariseerd, ligt het percentage ‘stijgers’ hier iets hoger. Gesteld kan worden dat de groep waarbij de AVEM niet is ingezet minder vaak gestegen is op de participatieladder dan de groep waarbij de AVEM wel is ingezet.

4. **Blik op de onderzoeksvragen**

In dit hoofdstuk kijken we in hoofdlijnen terug op de antwoorden op de onderzoeksvragen en geven we aan waar we vervolgonderzoek op zouden willen richten.

4.1 **Terugblik: startsituatie**

De eerste vraag die we in dit verkennend onderzoek willen beantwoorden heeft betrekking op de startsituatie van de deelnemers. We hebben verschillende facetten in kaart gebracht die, uitgaande van ons theoretisch model, een rol spelen bij het kansrijk zijn als deelnemer aan het project: het in beweging komen en stijgen op de participatieladder.

De gemeente geeft in het eindverslag van het project¹⁴ aan dat het gaat om de 'harde kern' van de bijstandsgerechtigden, die voorafgaand aan het project slecht in beeld was.

Achtergrondkenmerken

De cijfers uit dit onderzoek bevestigen het beeld van een groep met een grote afstand tot de arbeidsmarkt en slechte perspectieven: leeftijd (meer dan een derde boven de 55 jaar), woonsituatie (41% alleen wonend, 16% alleen met kinderen), burgerlijke staat (36% gescheiden met vaak nog problemen met de ex-partner), een kwart heeft schuldenproblematiek, 39% van de deelnemers heeft structureel contact met professionele ondersteuning, waarvan zelfs 22% met 2 of 3 instellingen.

Opvallend is dat bijna de helft van de participanten al eerder een traject heeft gehad. Dit wil overigens niet zeggen dat dit een mislukt traject was: het kan bijvoorbeeld gaan om (psychische) ondersteuning die ertoe bijgedragen heeft dat men beter heeft leren omgaan met klachten.

Gezondheidssituatie

De ervaren fysieke en psychische klachten zijn groot, opvallend is het verschil tussen de gemelde klachten bij aanmelding door de gemeente en de klachten die na de intake naar voren komen: maar liefst 41% blijkt uiteindelijk fysieke én psychische klachten te hebben. De psychische klachten zijn voor de gemeente minder zichtbaar. Wat betreft inzetbaarheid blijkt desondanks vanuit eerder uitgevoerd medisch en/of arbeidsdeskundig onderzoek dat grofweg de helft van de deelnemers inzetbaar is, een kwart met een urenbeperking en bij een kwart moet dit nader onderzocht worden.

Capaciteiten

Bij een derde van de participanten is de zelfredzaamheid beperkt en vier op de tien onderschat of overschat de eigen mogelijkheden. De helft beschikt niet over een startkwalificatie, de algemene werknemersvaardigheden liggen op alle fronten onder het niveau van de gemiddelde Nederlander, met name cognitieve

¹⁴ Voluit geactiveerd! Eindrapportage ESF-A project gemeente Gennep, juli 2012

en sociale items scoren lager. Bij een kwart ligt het niveau van (Nederlands) spreken onder het niveau van wat een gemiddelde functie vraagt. Bij de helft van de deelnemers zijn 2 of meer essentiële randvoorwaarden benoemd waarmee rekening gehouden dient te worden bij het functioneren in een werksituatie. Bij meer dan de helft wordt een verwacht tempoverlies aangegeven, evenals benodigde extra begeleiding. Drie kwart heeft werkervaring, maar meestal langer dan 2 jaar geleden en bij bijna een kwart hiervan alleen in 'los vaste' baantjes.

Motivatie en wensen

Meer dan de helft van de deelnemers is gemotiveerd om aan het traject te beginnen, bij 46% is de reden hiervoor ook helder. Bij slechts 3% is de werkrichting waarin voorkeuren en kansen en liggen na de intake duidelijk en zonder voorbehoud realiseerbaar, bij een derde met een voorbehoud (eerst een opleiding volgen, eerst ondervinden of het fysiek haalbaar is, het arbeidsmarktperspectief is slecht, enz.) Voor het zo noodzakelijke 'steuntje in de rug' is een kwart aangewezen op ondersteuning op afstand en maar liefst 40% ervaart geen sociale ondersteuning.

Startsituatie op de participatieladder

In tabel 2.7 staat de startsituatie op de participatieladder centraal. Gezien voorgaande is het niet vreemd dat slechts 3% van de deelnemers op trede 6 participeert (betaald werk met beperkt aantal uren of op oproepbasis). Opvallend is het verschil tussen wat bij aanmelding door de gemeente wordt aangegeven. Na de intake geven de consultants twee maal zoveel aan dat deelnemers op trede 2 (sociale contacten buitenshuis) zitten, terwijl de gemeente het aantal mensen dat onbetaald werk of werk met ondersteuning verricht veel hoger inschat. Gezien de uitgebreidheid van de intake, de veelvuldige gesprekken en de vertrouwensband die ontstaat met de consultant (die immers ook het traject verder begeleid) mogen we ervan uitgaan dat het beeld van de consultant reëel is.

4.2 AVEM en participatie

In dit project is voor het eerst in Nederland de (aangepaste) AVEM vragenlijst ingezet in het kader van participatie en re-integratie. De tweede onderzoeksvraag in dit verkennend onderzoek heeft betrekking op deze test. Wat is de beleving, instelling en houding ten opzichte van werk van de cliënten? Hangt het behoren tot een bepaald type, zoals dat uit de AVEM naar voren komt, samen met de trede op de participatieladder bij instroom en uitstroom? Verschillen de typen in het aantal contacten gedurende het traject?

Afname van de AVEM

Bij bijna drie kwart van de participanten is de vragenlijst afgenomen tijdens de intakeprocedure. Bij de overigen was dit niet het geval door verschillende oorzaken: er was grote weerstand tegen het traject en/of het invullen van een vragenlijst; het was op dat moment al duidelijk dat de cliënt niet tot de doelgroep behoorde; richting voor de deelnemer was op dat moment al duidelijk waardoor de lijst overbodig was; in de loop van het project zijn twee nieuwe consultants aangenomen die al intakes gedaan hadden voor zij de AVEM leerden hanteren.

Uitslag van de AVEM: type en samenhang met participatieladder bij instroom

De uitslag van de AVEM kan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden. Allereerst op type: de test geeft weer of, en voor welk percentage men tot een bepaald type wordt gerekend, waarbij sprake is van een meer of minder gezondheidsbevorderende houding en beleving ten opzichte van werk. Uit bijna de helft van de afgenomen testen komt een burnout type (risicotype B) naar voren, slechts 12% hoort bij het gezonde type, waarbij geen interventie nodig is.

Er blijkt samenhang te zijn tussen type en instroom op de participatieladder. Het burnouttype bevindt zich relatief vaker op trede 1 (geïsoleerd), het inspanningstype (risicotype A) bevindt zich vaker op trede 2 (sociale contacten buitenshuis), het gezonde en het motivatietype bevinden zich vaker op trede 4 (onbetaald werk).

Type en aantal contacten

Er zijn geen (significante) verschillen gevonden voor de vier gezondheidstypen vanuit de AVEM en het aantal contactmomenten met de consultant. Wel is te zien dat het inspanningstype relatief vaak – meer dan 30 – contactmomenten kent (40% tegenover 18% gemiddeld) en zien we bij het motivatietype juist weinig – 0 tot 10 – contactmomenten (62% tegenover 30% gemiddeld). Oorzaak hiervan kan zijn dat er bij het motivatietype minder sprake is van een gevoel van psychische overbelasting en er daardoor minder stimulans nodig is als men maar eenmaal de eerste stappen gezet heeft. Verder onderzoek naar onderlinge samenhang met andere persoonskenmerken kan hier meer duidelijkheid scheppen.

Uitslag van de AVEM: type en samenhang participatieladder bij uitstroom

Alhoewel er wel een samenhang is tussen het gezondheidstype en de instroom op de participatieladder, is die samenhang er niet met de uitstroom op de participatieladder. Ook is er geen samenhang tussen het gezondheidstype en een eventuele stijging op de participatieladder.

Dit is op zich niet vreemd, aangezien de AVEM geen uitspraken doet over relatief stabiele persoonlijkheidskenmerken, maar over houdings- en belevingsaspecten. En beleving is sterk afhankelijk van omgevingsfactoren. Verwacht kan worden dat een tweede afname van de AVEM aan het einde van het traject een ander beeld geeft, wat samenhangt met ervaringen met het traject en het al of niet bereikt hebben van doelen.

Wel is het zo, zoals we al verwachtten in hoofdstuk 2, dat het burnout type vaak stijgt op de participatieladder. Dit valt samen met het feit dat veel burnout types vaak starten op trede 2, en daar bevinden zich ook de meeste stijgers op de participatieladder. Het gecombineerde type – dus geen overwegend gezondheidstype – kent alleen maar stijgers op de participatieladder (zie figuur 3.3).

Ambitieniveau hangt wel samen met participatiesucces

Een tweede invalshoek om de testuitslag van de AVEM te interpreteren zijn de verschillende dimensies (zie bijlage 2 voor een beschrijving). Binnen de gezondheidstypen van de AVEM spelen 11 dimensies een rol. Ook deze dimensies zijn gerelateerd aan het participatiesucces, te weten een stijging op de participatieladder. Daaruit blijkt dat alleen dimensie 2 – ambitie met betrekking

tot werk – een samenhang vertoont met een stijging op de participatieladder. Terwijl gemiddeld 71% een stijgt op de participatieladder, zijn degenen met een meer dan gemiddeld ambitieniveau relatief vaak gestegen op de ladder (83%). Vraag is nog of en hoe de dimensies samenhangen met persoonlijke kenmerken en de andere testgegevens.

Mening van de consulenten

Van de ingezette instrumenten wordt de AVEM door de consulenten het meest positief beoordeeld: de uitslag laat een duidelijk beeld zien, deelnemers herkennen zich hierin (dit wekt vertrouwen), het beeld bevestigt vaak al bestaande vermoedens en vormt een goed uitgangspunt voor gesprek en het vaststellen van trajectdoelen en/of interventies. Wel kost het invullen bij mensen met beperkte taalbeheersing veel tijd (gemiddelde afnametijd was 17 minuten, in een enkel geval was dit 45 minuten).

4.3 Participatiesucces?

De derde onderzoeksvraag waar we in dit verkennend onderzoek mee aan de slag zijn gegaan heeft betrekking op de door het project bereikte mate van 'participatiesucces'. In hoofdstuk 3 zijn we ingegaan op diverse facetten van de uitgevoerde trajecten, trajectverloop en uitstroom.

Participatiesucces, uitval en lengte van het traject

De mate van participatiesucces kan worden gemeten aan de hand van de mate van uitval tijdens het traject en lengte van de trajecten. Bij een op de vijf participanten (20%) is het traject uiteindelijk niet opgestart in de zin van het opdoen van werkervaring. Dit betekent echter niet dat er met deze groep geen succes behaald is en dat zij niet in beweging gekomen zijn. Zo zijn er mensen doorverwezen naar een arts, psycholoog of andersoortige hulpverlening, of men is wel met een taal cursus gestart. Deze interventie kan op persoonlijk vlak veel betekenen voor de participant. Het kan ook zijn dat een aantal van deze mensen in een latere fase wel degelijk een volgende stap kunnen zetten.

Lengte van de trajecten is in dezen geen goede maat, aangezien de lengte van trajecten tevens is bepaald door datum van aanmelding (het project had een looptijd van één jaar). Verlenging van het traject speelde/speelt bij 35 trajecten, ook dit zegt niet zoveel over succesvolle participatie: het kan zijn dat iemand toch meer tijd nodig heeft dan vooraf ingeschat door externe factoren, zoals onderzoeksresultaten die op zich laten wachten, of tussentijdse medische problemen. Verlenging zegt wel iets over verwachte succesvolle participatie na verlenging en/of het niet direct beschikbaar zijn van bijvoorbeeld een geïndiceerde plaats binnen de WSW.

Participatiesucces en verloop van het traject

De mate van succesvolheid van het project kan ook bekeken worden aan de hand van bereikte doelen en hoeveelheid tijdsinvestering van de consulent.

Mede door de uitgebreide intake konden de gestelde doelen goed op de persoon worden afgestemd. Doel van het traject was vaak meerledig: bij meer dan een kwart van de deelnemers ging het om 2 of meer te bereiken doelen. Bij slechts 15% ging het om daadwerkelijke plaatsing.

Meer dan een kwart van de trajecten is opgestart binnen de beschermde omgeving van Intos, een vijfde is buiten Intos aan de slag gegaan met vrijwilligerswerk, 13% kreeg een leer-werkplek bij een werkgever en 14% werd voorbereid op werk. Gezien de kenmerken van de deelnemers zijn dit mooie cijfers. Ruim een kwart van de participanten kreeg een eerste werkplek richting verzorging/gastvrouw/facilitair werk en nog eens 12% richting productiewerk. De hoeveelheid contactmomenten lopen sterk uiteen. De gegevens vindt u in tabel 3.2. Het zou interessant zijn om de geïnvesteerde tijd in vervolgonderzoek af te zetten ten opzichte van persoonskenmerken, motivatie en soort beperking en/of om deze te vergelijken met de tijdsinvestering bij soortgelijke projecten.

Participatiesucces en uitstroom

Een andere invalshoek biedt een aantal facetten die met de uitstroom te maken hebben: waar stromen mensen naar uit, hoeveel uur en komen ze daarmee uit de uitkering. Uit de verzamelde gegevens (zie tabel 3.4) blijkt dat de uitstroomcijfers in het verlengde liggen van de cijfers bij het opstarten van de trajecten: 14% stroomt uit naar betaald werk, 19% stroomt uit naar vrijwilligerswerk en 24% heeft een activerings- of overbruggingstraject i.v.m. de indicatie WSW. Over het geheel genomen is het aantal uren van de uitstroom beperkt: slechts 11% van het totaal aantal participanten is meer dan 20 uur aan het werk (in totaal is 32% meer dan 10 uur aan de slag). Het zou interessant zijn om ook deze cijfers te relateren aan andere onderzoeksgegevens, zoals persoonskenmerken, soort beperking en motivatieaspecten.

Uiteindelijk gevolg is wel dat er in totaal 23 uitkeringen voor de gemeenten Gennep en Mook en Middelaar beëindigd zijn, verhuizingen niet meegerekend¹⁵. In hoeverre het blijvende resultaten zijn is moeilijk in te schatten. Wij hebben als onderzoekers een poging gedaan om op basis van alle verzamelde gegevens (en bij twijfel door de consultant te bevragen) een mening te vormen over verdere afhankelijkheid van begeleiding. Naar onze verwachting zal 46% van de groep van 107 deelnemers afhankelijk blijven van een of andere vorm van stimulans en/of begeleiding om aan het werk te kunnen blijven (bijvoorbeeld de groep die aangewezen is op WSW), om het (niet betaalde) werk vol te kunnen houden en/of om in de toekomst aan welke vorm van arbeidsmatige activiteiten deel te gaan nemen.

Participatiesucces en participatieladder

In principe is de meest eenvoudige maat voor participatiesucces de stijging op de participatieladder. Iemand wordt aangemeld en bij de meeste cliënten is de trede op de participatieladder al vermeld. Maar het blijkt dat de inschatting vanuit de gemeente verschilt met die door de consultants bij Intos. Logisch, aangezien de consultants meer informatie verkrijgen tijdens de uitgebreide intake. Bij enkele deelnemers speelt ook een rol dat zij bij de gemeente (als uitkeringsverstrekende instantie) niet 'het achterste van hun tong' laten zien, terwijl de consultant gedurende het traject makkelijker een vertrouwensband kan opbouwen. Uitgaande van de inschatting door de consultants blijkt dat er uiteindelijk een duidelijke stijging op de participatieladder zichtbaar is (tabel 3.5). Het percentage dat zich op de laagste trede bevindt –geïsoleerd – is gedaald van

¹⁵ Voluit geactiveerd! Eindrapportage ESF-A project gemeente Gennep, juli 2012

13 naar 2%, en het percentage dat nu betaald werk verricht – al dan niet met ondersteuning – is gestegen van 3 naar 16%. Tweederde van de deelnemers is gestegen op de participatieladder, waarvan de meerderheid zelfs twee treden of meer is gestegen op de participatieladder

Participatiesucces en persoonlijke groei

De meeste cijfers tot nu toe gaan over de participanten als groep. Het is echter de vraag wat voor effecten het traject op individueel niveau heeft. In de eindrapportage van de gemeente worden een aantal persoonlijke verhalen opgetekend.

De consultants geven aan dat een eventuele stijging op de participatieladder lang niet altijd de behaalde groei (en de daarvoor gedane moeite) weergeeft. Of mensen door het traject beter toegerust zijn om de draad weer op te pakken, of er sprake is van daadwerkelijke empowerment, of het zelfbeeld veranderd is en of capaciteiten en mogelijkheden gegroeid zijn wordt niet altijd duidelijk door een stap op de participatieladder. Soms worden er in persoonlijk opzicht hele grote stappen gezet, die de consultant ook veel begeleidingstijd kosten die echter niet meteen tot een hogere trede leiden. Het zou zinvol zijn om te bezien of er als aanvulling nog een andere 'maat' gevonden kan worden voor behaald succes. Bedoeling was om de WHOQoL vragenlijst te laten fungeren als een nameting, door deze bij beëindiging van het traject nogmaals af te nemen. Dit is echter alleen in het begin van het project bij enkele deelnemers toegepast, aangezien de consultants al heel snel het idee hadden dat de eerste invulling bij intake erg sociaal wenselijk gebeurde (het is een eendimensionale vragenlijst die heel makkelijk te manipuleren is). Dit geeft wel input voor een goed gesprek, maar biedt onvoldoende houvast om als uitgangspunt te dienen voor een vergelijking met een tweede meting om zo groei aan te kunnen geven. Dit is een bekend fenomeen als het gaat om effectmeting van empowerment: bij een eerste meting is de kans groot op sociaal wenselijke antwoorden, of op vertekening doordat het zelfbeeld niet reëel is, waardoor bij een tweede meting scores zelfs lager kunnen liggen dan bij de oorspronkelijke meting (bijvoorbeeld doordat de ingezette training effect heeft gehad en het zelfbeeld bij de tweede meting meer reëel is).

4.4 Aanbeveling

Zoals in de inleiding is aangegeven is dit slechts een verkennend onderzoek om de eerste antwoorden op een deel van de onderzoeksvragen van het project te presenteren.

De gevonden antwoorden bieden voldoende reden om verder te gaan op de ingeslagen weg:

- De ingezette instrumenten geven de consultant houvast bij het scheppen van een band met de deelnemer en het bepalen van trajectdoelen en/of interventies, de deelnemer wordt direct betrokken bij het eigen traject.
- De AVEM laat diverse samenhangen zien, die het waard zijn om verder te onderzoeken. Het is zinvol om in vervolgonderzoek nader in te zoomen op de uitkomsten van de ingezette instrumenten en vooral naar de onderlinge samenhang van de verschillende dimensies van de verschillende testen. Daarnaast ligt er nog een scala aan vragen met betrekking tot mogelijke

- samenhang tussen scores op de verschillende instrumenten, persoonlijke kenmerken, motivatie, trede op de participatieladder en participatiesucces. Om op die manier verder zicht te krijgen op mogelijke voorspellende factoren voor uitstroom en participatiesucces. Zo blijkt de dimensie 'ambitieniveau' vanuit de AVEM samen te hangen met stijging op de participatieladder. Maar hangt deze ook samen met 'motivatie' zoals die in het begin van het traject door de consulent is aangegeven? En/of met opleidingsniveau, of met beperkingen zoals die uit de andere testen naar voren komen? Hangen andere testuitslagen samen met uitval, of met stijging op de participatieladder?
- Door verdere analyse kunnen ook mogelijke overlappings van de ingezette instrumenten in kaart gebracht worden en kan het totaal aan tijdsinvestering van consulent en belasting van de deelnemer teruggebracht worden. Doel is om tot een makkelijk hanteerbaar instrumentarium te komen, waarmee consulenten na een korte training aan de slag kunnen. Om zo aan de ene kant gedurende de intake essentiële informatie voor het traject en de trajectdoelen te krijgen. En aan de andere kant om de deelnemer zelf meer te betrekken bij het traject door hem/haar het gevoel te geven dat er serieus wordt gekeken naar mogelijkheden en door hem/haar meer bewust te maken van factoren die een rol spelen en waar rekening mee gehouden moet worden.
 - Het lijkt zinvol om verder na te denken over het in kaart brengen van 'participatiesucces'. Als dit naar mening van de consulenten niet alleen goed kan worden uitgedrukt in een stijging op de participatieladder, welke aanvullende opties zijn er dan?

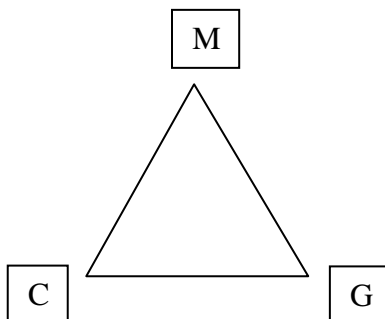
We hopen middels deze eerste aanzet in elk geval een meer genuanceerd beeld van de betrokken groep participanten te geven. Tevens willen we waardering uiten voor de inspanningen van de participanten om zich staande te houden in een steeds ingewikkelder wordende samenleving en die door deelname aan het project durven te streven naar een zinvollere bijdrage aan de maatschappij en proberen om een betere uitgangspositie te verwerven. Daarnaast is dit verkennend onderzoek aanleiding om op zoek te gaan naar enige financiële middelen om vervolgonderzoek in gang te kunnen zetten.

Bijlage 1

Theoretische achtergrond intakeprocedure en gebruikte instrumenten

Het triade model

Gebaseerd op het triade-model van Poiesz kan de kans dat de klant erin slaagt een succesvol re-integratietraject aan te gaan, berekend worden als het product van de volgende factoren: *Motivatie x Capaciteit x Gelegenheid*.



Elke factor kan met een waarde tussen 0 en 1 worden uitgedrukt. Is iemand maximaal gemotiveerd, heeft hij/zij alle benodigde capaciteiten en is de gelegenheid optimaal dan is de kans van slagen $1 \times 1 \times 1$ ($\times 100\%$) = 100%. Ofwel: indien één van deze factoren heel laag is, is de kans op een succesvol traject ook meteen heel laag. Dit betekent dat om een goede inschatting te kunnen maken van kans van slagen van een traject er naar alle drie de factoren gekeken zal moeten worden.

Motivatie

Kan intrinsiek zijn (wil graag aan de slag, zoekt een zinvolle werkplek, wil iets betekenen, interne drive), of extrinsiek (financieel voordeel, gedwongen door partner, enz.) Wordt beïnvloed door reeds eerder opgedane ervaringen, huidige ervaringen en omgeving. Eenvoudig gezegd is het in beweging komen (en in beweging willen blijven komen) uit te drukken met:

$VPR \times VIEK = ACTIE^{16}$ (VPR: verwacht positief resultaat, VIEK: vertrouwen in eigen kunnen)

Ofwel:

'Het levert me wat op' \Rightarrow 'Ik denk dat ik het kan' \Rightarrow 'Ik ga het doen!'

VPR	VIEK
<ul style="list-style-type: none"> - Inschatting van voor- en nadelen - Inschatting van de kans op succes 	<ul style="list-style-type: none"> - Eigen succeservaringen - Succeservaringen van anderen - Aanmoediging - Gezonde spanning

Bij mensen die al langere tijd uit het arbeidsproces zijn, of veel negatieve ervaringen hebben opgedaan in het verleden, zal de motivatie vaak laag zijn. De inschatting van het eigen succes

¹⁶ Arjan van Dam, De kunst van het falen, 2009

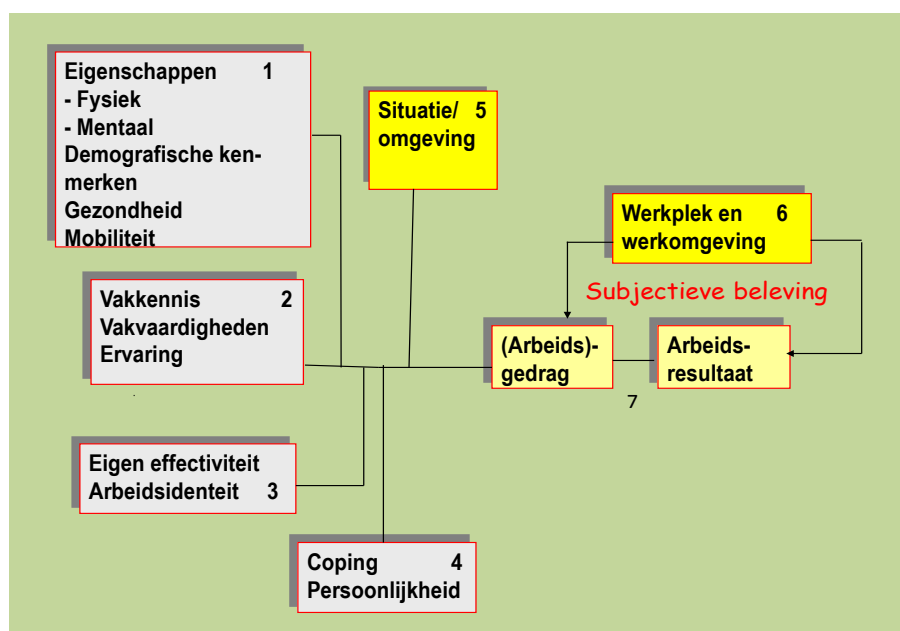
is waarschijnlijk laag, de inschatting van nadelen van het weer gaan werken vaak groter dan de voordelen. Bovendien is sociale steun vanuit de omgeving soms ver te zoeken en/of mogelijk bestaan er vooroordelen m.b.t. werken bij een Sociale Werkvoorziening of meedoen aan een project. Voor het op gang komen van een traject is een "stok achter de deur", externe motivatie, bijvoorbeeld door een duidelijke dwingende houding vanuit de gemeente, een vereiste. Daarnaast is vooraf duidelijkheid verschaffen over wat de bedoeling is van gesprekken en onderzoeken essentieel.

In de intake is het dan ook van belang om zicht te krijgen op zelfbeeld, beleving van de huidige situatie, voor- en nadelen voor de cliënten om mee te doen en zicht op stimulans vanuit de omgeving, om motivatie en motiverende factoren goed in te kunnen schatten. Deze elementen komen met name in de WHOQOL vragenlijst en de AVEM naar voren. Daarnaast spelen factoren als: heeft de cliënt specifieke wensen en hoe reëel zijn die, hoe 'vastomlijnd' zijn die wensen, is er concessieruimte essentieel.

Is een traject eenmaal op gang dan wordt het opdoen van succeservaringen en/of het horen van succeservaringen van anderen van wezenlijk belang.

Capaciteit

Uitgangspunt voor het bepalen van de factoren die een rol spelen bij het inschatten van capaciteiten is het model van Roe, door Gerrichhausen e.a. (1993) en door Bos/Van Hooff (2002) aangevuld (zie figuur 1).



Figuur 1 Model van Roe (aangevuld)

Om te komen tot adequaat en wenselijk arbeidsgedrag en arbeidsresultaat (hoe iemand zich op een werkplek gedraagt en tot welke resultaten men komt) wordt voor een belangrijk deel beïnvloed door zijn/haar mogelijkheden en capaciteiten op diverse gebieden (de grijze vakjes).

Fysieke en psychische gezondheidsaspecten, mobiliteit, specifieke vakvaardigheden, opgedane werkervaring, maar ook arbeidsidentiteit, effectiviteit van handelen en persoonlijkheidsaspecten moeten in kaart gebracht worden. Om meer zicht te krijgen op de eigen beleving van fysieke en psychische aspecten en relevante persoonlijkheidsaspecten worden in de intake naast de WHOQOL en AVEM ook de VAR en 4DKL ingezet (wanneer nodig!)

Een belangrijk deel van de aangegeven factoren komt terug in het Melba profiel in het instroomformulier (namelijk: wat kan iemand concreet laten zien wat betreft handelen en gedrag op basis van zijn/haar capaciteiten), met daarbij vermeld een aantal randvoorwaarden die nodig zijn om iemand optimaal te laten functioneren in de praktijk. De Melba score vormt een weerslag van de afgenomen gevalideerde vragenlijsten, de Melba zelfbeoordelingslijst en de gevoerde gesprekken.

Gelegenheid

Krijgt iemand ook daadwerkelijk de gelegenheid om aan het werk te gaan? Mensen boven de 50 komen op dit moment maar zeer moeizaam aan een nieuwe baan, ondanks veel motivatie en voldoende capaciteiten. Middels aan te bieden trajecten krijgen mensen een nieuwe kans. Maar van belang is wel een passende kans, anders is er onherroepelijk een negatieve invloed op arbeidsgedrag en resultaat (en vervolgens op succeservaringen en motivatie, kans op negatieve spiraal). Ofwel: dat wat de klant wil en kan moet goed afgestemd zijn op dat wat in het traject wordt aangeboden. Dit vereist het aanbieden van een geschikte werkplek (vanuit perspectief van de klant!) met benodigde aanpassingen. Wat wel of niet past wat betreft het kunnen, wat mogelijk is wat betreft de elementaire werknemersvaardigheden en waar mogelijke aandachtspunten liggen voor begeleiding is met een profielvergelijking volgens Melba vast te stellen. Hiermee wordt in elk geval voorkomen dat er motivatieproblemen ontstaan doordat men cliënten over- of ondervraagt.

Maar er speelt nog meer. In bovenstaand schema is met nummer 5 de beïnvloeding vanuit de thuis- of werksituatie en de omgeving weergegeven. Een aantal klanten zal belemmeringen ondervinden vanuit:

- Woonsituatie (geen vaste woon- of verblijfplaats, tijdelijke woonruimte, slechte huisvesting)
- Economische situatie (bestaande of dreigende schuldenproblematiek)
- Juridische situatie (vroegere of huidige strafvervolging)
- Sociale situatie (geïsoleerd zijn, problemen in huiselijke sfeer, verzorging kinderen)
- Begeleiding en stimulans (formeel en informeel netwerk).

Al deze factoren samen bepalen of iemand überhaupt in de gelegenheid is om tot een traject te komen en dit vol te houden. Reden om deze factoren in de intake expliciet aan de orde te laten komen. Dit betekent ook dat er mogelijk naast een aangeboden werktraject andere acties op andere terreinen ondernomen moeten worden. Op plaatsen waar de lijnen naar maatschappelijk werk, verslavingszorg, etc. zeer kort zijn worden de beste re-integratiesuccessen bereikt.

Bijlage 2

Gebruikte instrumenten

De aangereikte instrumenten zijn niet allemaal bij iedereen ingezet, maar op basis van de vraagstelling van de consultant (waar wil men meer over weten). Er heeft hiervoor een korte training plaatsgevonden en er is een onderzoeksprotocol uitgewerkt. Alleen WHOQOL en AVEM zijn standaard ingezet (wanneer mogelijk). De verschillende instrumenten zijn niet zozeer ingezet om een eenduidige score 'die alles zegt' vast te stellen, maar veel meer om vanuit verschillende perspectieven meer zicht te krijgen op het functioneren van de participant en hoe hij/zij over zichzelf denkt. Dit om een basis te hebben om in zo kort mogelijke tijd zoveel mogelijk voor het traject relevante informatie te verzamelen en om de consultants meer armslag te geven om hun keuzes op te baseren. De inzet van de instrumenten is alleen zinvol wanneer zij gecombineerd worden met een gedragsgericht interview; gegeven antwoorden, tegenstellingen in antwoorden, vragen die niet beantwoord konden worden, antwoorden die niet in overeenstemming zijn met het algemeen beeld of andere informatie bieden allemaal essentiële gespreksstof. De instrumenten zijn mede ingezet vanuit onderzoekspunt: op basis van vervolgonderzoek willen we de toegevoegde waarde van (onderdelen van) de instrumenten nader bekijken.

AVEM: *Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster*

De AVEM is te gebruiken voor allerlei vraagstellingen op het gebied van arbeid en gezondheid. Op grond van de test zijn uitspraken mogelijk over gezondheidsbevorderende of in gevaar brengende houding en beleving bij het uitvoeren van werk. Deze vragenlijst kent vooral uitspraken met betrekking tot gewoontes, gedrag, instelling en houding in relatie tot werk. Zo kunnen gezondheidsrisico's al in een vroeg stadium herkend worden en kunnen tevens preventieve maatregelen worden afgeleid. Uitkomsten zijn allereerst vooral te gebruiken in het kader van persoonsgerichte interventies (ondersteuning bij begeleiding, coaching, supervisie). Daarnaast zijn uitkomsten van de AVEM, als deze ingezet wordt in bepaalde beroepsrichtingen of bij bepaalde doelgroepen, ook te gebruiken bij aanpassingen van de organisatie van arbeid die de gezondheid ten goede komt. De AVEM bestaat uit 66 vragen en geeft een beeld met betrekking tot:

- 4 persoonstypes (gezondheidsbevorderende houding/beleving of interventies nodig: type G, S, Risicotype A en B),
- score op 11 dimensies (subjectieve betekenis van werk, ambitie met betrekking tot werk, inspanningsbereidheid, streven naar perfectie, afstand kunnen nemen, opgeven bij mislukkingen, actief omgaan met problemen, innerlijke rust en evenwichtigheid, beleving van succes, levenstevredenheid, ervaren van sociale ondersteuning)
- met betrekking tot arbeidsengagement (dimensie 1 t/m 5), persoonlijke kracht (dimensie 6 t/m 8) en algemeen levensgevoel (dimensie 9 t/m 11).

Op basis van eerder onderzoek hebben we een aantal vragen in de AVEM wat betreft woordkeuze en zinsbouw aangepast. In Duitsland is in een onderzoek met een beperkt aantal deelnemers geconstateerd dat de test een voorspellende waarde heeft voor het re-integratiesucces van de bij het onderzoek betrokken personen. Vraag is of datzelfde geldt in de Nederlandse situatie en dan voor participatiesucces.

WHOQoL-Bref: *Verkorte World Health Organization Quality of Life*

Om de ervaren kwaliteit van leven in kaart te brengen is gekozen voor de WHOQoL-Bref, met de bedoeling om deze in te zetten bij de intake, maar tevens bij beëindiging van het traject als nameting om te bezien of er door het traject sprake is van verbeterde ervaren kwaliteit van leven. De WHOQoL-Bref bestaat uit 26 items die beantwoord worden op een 5-punts Likertschaal (de waarden van de punten verschilt per vraag). Deze vragenlijst meet kwaliteit van leven in vier domeinen: fysieke gezondheid, psychologische gezondheid, sociale relaties en tevredenheid met de omgeving. De WHOQoL-Bref bevat items als: "Bent u tevreden met uw leefomstandigheden?" Inzet van het instrument als nameting bleek niet zinvol: bij de intakes constateerden de consultants al snel dat dit instrument zeer sociaal wenselijk of heel sterk vanuit de doelen van de cliënt ingevuld werd.

4DKL: Vierdimensionale Klachtenlijst

De 4DKL is een vragenlijst voor het meten van vier symptoomdimensies: 'distress', depressie, angst en somatisatie. De achterliggende conceptualisering houdt in dat distress de normale uiting is van een stressproces, terwijl depressie, angst en somatisatie berusten op abnormale reactiepatronen in het kader van verschillende psychiatrische stoornissen. De scores op de 50 vragen, met betrekking tot ervaren klachten gedurende de afgelopen week, kunnen snel inzicht geven in de noodzaak om iemand door te sturen naar GGZ of andere hulpverlening. Mensen met voornamelijk distressklachten - het surmenagesyndroom, ook wel aangeduid met overspannenheid - blijken in het algemeen een goede prognose te hebben wat betreft hun klachten na twee maanden. De prognose wordt evenwel beduidend minder gunstig als zij behalve distressklachten ook duidelijke verschijnselen van depressie, angst en/of somatisatie vertonen.

VAR: Vragenlijst ArbeidsReintegratie

De VAR is een gevalideerd screeningsinstrument van de meest voorkomende psychosociale factoren die bij diverse klachten een rol kunnen spelen, en die een eventueel herstelproces kunnen vertragen. Het brengt risicofactoren op het snijvlak van arbeid, gezondheid en welzijn in kaart. De VAR wordt o.a. gebruikt als hulpmiddel bij de reïntegratiebegeleiding van mensen die verzuimen vanwege lichamelijke of psychische klachten. Er zijn 70 beweringen waar men op moet reageren en deze zijn gerelateerd aan een achttal schalen: distress, klachteninterferentie, werkdruk, arbeidsonvrede, regelmogelijkheden, belastende thuissituatie, perfectionisme/ijverigheid, vermijding/onzekerheid. Verwacht wordt dat een aantal onderdelen overlappen of samenhangen met enkele items van de AVEM en 4DKL.

Melba: Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit

Als afsluiting van de intake wordt in het instroomformulier een Melba persoonsprofiel opgesteld. Hierbij wordt een score van 1 (ver onder gemiddeld) tot 5 (ver boven gemiddeld) gegeven op 29 sleutelkwalificaties; algemene werknemersvaardigheden die essentieel zijn om überhaupt in een werksituatie te kunnen functioneren. De 29 sleutelkwalificaties zijn verdeeld over vijf hoofdgroepen (zie ook tabel 2.4). Melba wordt ingezet bij arbeids(re) integratie, arbeidstoeleiding, training, selectie van nieuwe werknemers, werkaanpassing, preventie van ziekteverzuim en uitval. Het is een referentiekader voor het kijken naar en vastleggen van arbeidsvaardigheden; het is tevens mogelijk om met dezelfde 'bril' naar de vereisten van een functie of takenpakket te kijken en om daarna persoon en werkplek te matchen. Het is niet mogelijk om alleen op basis van een intake bij iedereen een betrouwbaar persoonsprofiel op te stellen, maar het invullen van een profiel dwingt de consultant om 'pas op de plaats' te maken (heb ik niets over het hoofd gezien, mis ik nog essentiële informatie) en vergemakkelijkt de beeldvorming over wat nodig is om de betreffende persoon in een (werk)situatie te kunnen laten functioneren.

Zelfbeoordelinglijst Melba

De consultants zijn gecertificeerd om te werken met het Melba systeem en hebben van daar uit ook de beschikking over een gestandaardiseerde zelfbeoordelingslijst. Deze lijst bevat per Melba item steeds 2 tot 4 uitspraken, waarop de participant kan antwoorden met 'waar' of 'niet waar'. De lijst dient hierbij niet om zonder meer een 'Melba-score' te bepalen, maar om binnen redelijke tijd een beeld te krijgen van het referentiekader van de participant en om daar in een gesprek verder op in te zoomen.

IDA: Instrument ten behoeve van de Diagnostiek van Arbeidsvaardigheden

Een van de consultants is tevens gecertificeerd om IDA toe te passen. Deze bestaat uit een koffertje met een veertiental gestandaardiseerde arbeidstoetsen van verschillende moeilijkheidsgraad, die betrekking hebben op de verschillende Melba-items. De arbeidstoetsen zijn eventueel een aanvulling op andere informatiebronnen. Op basis van de gerichte vragen die de onderzoeker heeft kunnen de betreffende IDA-toetsen geselecteerd en afgenomen worden.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding	1
Hoofdstuk 2 Kenmerken deelnemers.....	3
2.1 Achtergrondkenmerken	
2.2 Gezondheidssituatie participanten	
2.3 Capaciteiten	
2.4 Motivatie en wensen	
2.5 Testgegevens participanten	
2.6 Start participatieladder	
Hoofdstuk 3 Traject en participatiesucces.....	15
3.1 Trajectgegevens	
3.2 Uitstroom	
Hoofdstuk 4 Blik op de onderzoeksvragen.....	22
4.1 Terugblik: startsituatie	
4.2 AVEM en participatie	
4.3 Participatiesucces?	
4.4 Vervolg	
Bijlage 1 Theoretische achtergrond intakeprocedure en gebruikte instrumenten.....	29
Bijlage 2 Gebruikte instrumenten.....	32