

De kracht van participatie

Een bestuurskundig onderzoek naar de invloed van het instapeconomieprogramma van de gemeente Den Haag op de sociale integratie en mentale gezondheid van deelnemers

Student: Iris Fengler (s2393573)

Datum: 6 juni 2024

Docent: Dr. J. Been

Opleiding: Public Administration: Economics & Governance

Woordenaantal: 15063

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	3
2. Theoretisch kader	6
2.1 Het Grossman's Demand for Health Model.....	6
2.1.1 Het Grossman model en gezondheid	6
2.1.2 Beperkingen van het Grossman model.....	8
2.2 Latente functies van werk.....	9
2.3 Sociale causatie hypothese & sociale selectiehypothese.....	11
2.4 Roltheorie en sociale integratiehypothese	12
2.4.1 Roltheorie.....	12
2.4.2 Sociale integratiehypothese	15
2.5 Hypotheses	17
3. Institutioneel raamwerk	20
4. Methoden	23
4.1 Dataset.....	23
4.2 Data en variabelen	23
4.2.1 Beschrijving data en variabelen.....	23
4.2.2 Beschrijvende statistiek.....	25
4.3 Regressies.....	28
4.3.1 OLS-regressies	28
4.3.2 Simultaneous Equation Model (SEM)	30
5. Resultaten	32
5.1 Instapwerk, frequentie van sociaal contact en gezondheid.....	32
5.2 Instapwerk, sociaal contact als motivatie, stress en geluk.....	34
5.3 Sociale integratie en mentale gezondheid.....	35
5.4 Robuustheidscontroles	38
5.4.1 Instapwerk, frequentie van sociaal contact en gezondheid per stichting	38
5.4.2 Instapwerk, sociaal contact als motivatie, stress en geluk per stichting	41
6. Conclusie	45
7. Discussie	48
8. Literatuurlijst	50

Samenvatting

Ondanks een daling in het totale aantal bijstandsgerechtigden in Nederland, groeit het aantal langdurig bijstandsgerechtigden. Deze groep kampt vaak met gezondheidsproblemen, schulden en een beperkt sociaal netwerk, die in de huidige aanpak van gemeenten vaak buiten beschouwing worden gelaten. Dit onderzoek richt zich op de vraag of deelname aan het instapeconomieprogramma de sociale integratie en mentale gezondheid van deelnemers verbetert, en in hoeverre deze twee aspecten elkaar beïnvloeden. Eerder onderzoek richtte zich op andere periodes en programma's, terwijl dit onderzoek specifiek langdurig bijstandsgerechtigden als focus heeft. Op basis van de literatuur wordt een positief effect van instapwerk op sociale integratie en mentale gezondheid verwacht, en dat deze elkaar versterken. Dit onderzoek is gebaseerd op enquêtes onder deelnemers aan het instapeconomieprogramma op drie locaties in Den Haag Zuidwest. Hoewel de resultaten van de OLS-regressies overwegend positieve regressiecoëfficiënten laten zien, is er door het ontbreken van significantie geen overtuigend bewijs voor een positieve relatie tussen de duur van deelname en zowel sociale integratie als mentale gezondheid. De resultaten van een *Simultaneous Equation Model* suggereren dat deze aspecten complementen zijn, maar ook hier ontbreekt significantie. Robuustheidscontroles wijzen op locatiegebonden variaties. Er zijn indicaties dat sociale integratie en mentale gezondheid verbeteren na deelname aan het programma, maar vervolgonderzoek met meer observaties en longitudinale data is nodig om deze relatie te bevestigen. Gezien de positieve richting van de resultaten, wordt aanbevolen het instapeconomieprogramma uit te breiden.

1. Inleiding

In 2023 telde Nederland 336 duizend bijstandsgerechtigden (CPB, 2023). Hoewel er de laatste jaren als gevolg van een steeds krappere wordende arbeidsmarkt een daling te zien is in het totale aantal bijstandsgerechtigden, steeg het aantal Nederlanders dat al minstens vijf jaar een bijstandsuitkering ontving in 2022 voor het negende achtereenvolgende jaar. In 2022 ontving de helft van alle bijstandsgerechtigden de uitkering al vijf jaar, terwijl dit percentage in 2016 nog een derde was (Braamse, 2023; De Jonge, 2022). Deze cijfers suggereren dat langdurig bijstandsgerechtigden moeilijk kunnen uitstromen naar betaald werk vanwege hun afstand tot de arbeidsmarkt.

Voor een aanzienlijk deel van de bijstandsgerechtigden zou perspectief op betaald werk niet reëel zijn, onder meer door stapeling van problematiek (SCP, 2023). Bijstandsgerechtigden kampen vaak met problematiek op verschillende levensdomeinen zoals gezondheid, schulden, huisvesting, arbeidsbeperkingen en criminaliteit, en hebben doorgaans een beperkt sociaal netwerk (Doove et al., 2018; SCP, 2023). Gemeenten lijken zich echter hoofdzakelijk te focussen op bijstandsgerechtigden die relatief makkelijk naar betaald werk begeleid kunnen worden. Dit brengt mogelijk het risico met zich mee dat langdurig werklozen minder ondersteuning ontvangen, waardoor het aantal langdurig bijstandsgerechtigden blijft toenemen (Van Echtelt, 2022).

Het SCP (2023) benadrukt dat de eenzijdige focus van de Participatiewet op de uitstroom naar betaald werk mogelijk leidt tot het buiten beschouwing laten van problematiek van bijstandsgerechtigden op andere levensgebieden. Daarom pleit het SCP (2023) voor een bredere benadering van bijstandsgerechtigden die niet alleen gericht is op de uitstroom naar betaald werk en ook alternatieve vormen van participatie omvat, ter vergroting van het sociale netwerk van bijstandsgerechtigden en het bestrijden van eenzaamheid (SCP, 2023).

Om aan deze bredere benadering van bijstandsgerechtigden gehoor te geven is de gemeente Den Haag in de regio Zuidwest een pilot gestart, bekend als de instapeconomie. De instapeconomie richt zich op maatschappelijke participatie van deelnemers en het verbeteren van de leefomstandigheden in de wijk (Gemeente Den Haag, 2022). Deelnemers aan de instapeconomie verrichten laagdrempelige werkzaamheden met een maatschappelijke waarde voor de wijk (Gemeente Den Haag, 2022). Er wordt individuele begeleiding en maatwerk geboden om aan te sluiten bij de capaciteiten van de deelnemers (Gemeente Den Haag, 2022). Instapwerk kan zorgen voor meer structuur en sociale integratie in het leven van deelnemers

(Brouwer et al., 2018). Naast het bevorderen van sociale integratie heeft instapwerk mogelijk ook een positief effect op de mentale gezondheid van deelnemers, wat kan leiden tot maatschappelijke baten in welzijnsaspecten. Zo kan instapwerk leiden tot een afname van het gebruik van GGZ- en WMO-ondersteuning, vergelijkbaar met regulier werk (SCP, 2023). Begeleiding van langdurig werklozen via instapbanen kan dus positieve effecten hebben op de samenleving als geheel.

Dit onderzoek richt zich op de effecten van het instapeconomieprogramma in Den Haag Zuidwest op de sociale integratie en mentale gezondheid van deelnemers en in hoeverre deze aspecten elkaar beïnvloeden. Uit de literatuur blijkt over het algemeen een positief effect van regulier werk en vrijwilligerswerk op sociale integratie en mentale gezondheid (Drake et al., 2013; Li & Ferraro, 2005; Luciano et al., 2014; Lum & Lightfoot, 2015; Modini et al., 2016; Moen et al., 1992; Musick & Wilson, 2003; Rueda et al., 2012; Van Willigen, 2000). Het ontbreekt echter aan onderzoek naar het effect van instapwerk op deze aspecten onder langdurig bijstandsgerechtigden. Eerdere onderzoeken naar het effect van actief arbeidsmarktbeleid op sociale integratie en de mentale gezondheid van langdurig werklozen, zoals onderzoek van Ivanov et al. (2020) en Reynolds et al. (2010), vonden niet plaats in Nederland en waren gericht op andere programma's en periodes. Een belangrijke bijdrage van dit onderzoek is de specifieke gerichtheid op langdurig bijstandsgerechtigden, de groep met de grootste afstand tot de arbeidsmarkt, waar nog weinig onderzoek naar is verricht. De beleidsfocus op de uitstroom naar werk kan leiden tot het buiten beschouwing laten van de multiproblematiek waar deze groep vaak mee kampt, terwijl het instapeconomieprogramma juist gericht is op hun maatschappelijke participatie.

Beter inzicht in deze groep kan resulteren in effectievere interventies om hun problematiek aan te pakken en hun positie in de samenleving te verbeteren. Daarom is het van belang te onderzoeken in hoeverre instapwerk in Den Haag Zuidwest bijdraagt aan veranderingen in zowel de sociale integratie als de mentale gezondheid van deelnemers, en hoe deze aspecten zich tot elkaar verhouden. Sociale integratie via (vrijwilligers)werk kan worden beschouwd als een complement voor mentale gezondheid, waarbij het bevorderen van sociale steun en deelname aan collectieve doelen een positieve invloed hebben op mentale gezondheid (House et al., 1988; Jahoda, 1982; Li & Ferraro, 2005; Musick & Wilson, 2003). Volgens Musick et al. (1999) zouden de gezondheidseffecten van vrijwilligerswerk het grootst zijn bij degenen met een laag niveau van sociale integratie. Een verbetering in mentale gezondheid kan op zijn

beurt leiden tot een toename in sociale relaties. Door te begrijpen hoe instapwerk de dynamiek tussen sociale integratie en mentale gezondheid beïnvloedt, kan beter inzicht worden verkregen in de mechanismen die de potentiële effecten van instapwerk op kwetsbare groepen bepalen.

Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag: *In hoeverre draagt het instapeconomieprogramma in de regio Zuidwest van de gemeente Den Haag bij aan veranderingen in de sociale integratie en mentale gezondheid van deelnemers, en hoe verhouden deze zich tot elkaar?*

De empirische analyse is gebaseerd op enquêtegegevens verkregen onder deelnemers aan het instapeconomieprogramma. Om een mogelijk effect op de sociale integratie en mentale gezondheid te identificeren, wordt specifiek gekeken naar verschillen tussen deelnemers die net zijn gestart met het programma en deelnemers die al langer deelnemen. Verder wordt onderzocht in hoeverre er sprake is van complementariteit tussen sociale integratie en mentale gezondheid. Eerst worden OLS-regressies uitgevoerd om het effect van instapwerk op zowel sociale integratie als mentale gezondheid te onderzoeken. Vervolgens worden de mate van complementariteit en de mogelijke versterkende effecten tussen sociale integratie en mentale gezondheid geschat middels een *Simultaneous Equation Model* (hierna: SEM). Ten slotte worden robuustheidscontroles uitgevoerd om te onderzoeken of de resultaten variëren afhankelijk van de stichting waar het instapeconomieprogramma wordt uitgevoerd.

In het volgende hoofdstuk worden verschillende theorieën besproken die het mogelijke effect van instapwerk op sociale integratie en mentale gezondheid kunnen verklaren. Op basis hiervan worden hypothesen geformuleerd. In hoofdstuk 3 wordt het instapeconomieprogramma nader toegelicht aan de hand van een institutioneel raamwerk. In het vierde hoofdstuk wordt de methodologie beschreven, waarin de gebruikte data, variabelen en analyses van het onderzoek worden toegelicht. In hoofdstuk 5 worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Vervolgens worden conclusies getrokken en beleidsaanbevelingen geformuleerd. Tot slot worden in de discussie beperkingen van het onderzoek besproken en aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal het Grossman model (1972) als basis worden genomen, waarin gezondheid wordt beschouwd als een investeringsgoed. Dit economische model zal uitgebreid en aangevuld worden met verschillende theorieën die de relatie tussen (vrijwilligers)werk en mentale gezondheid verklaren. Deze uitbreiding richt zich op het identificeren en analyseren van de mechanismen die verklaren of en hoe (vrijwilligers)werk de mentale gezondheid van individuen beïnvloedt binnen het kader van het Grossman model. Hierbij wordt gekeken naar hoe verschillende theorieën elkaar aanvullen en verrijken, en hoe deze bijdragen aan een meer holistisch begrip van de relatie tussen (vrijwilligers)werk, sociale integratie en mentale gezondheid. De besproken theorieën worden onderbouwd door literatuur en vormen de basis voor de hypothesen aan het einde van dit hoofdstuk.

2.1 Het Grossman's Demand for Health Model

Het Grossman's Demand for Health Model, ontwikkeld door Michael Grossman, beschouwt gezondheid als investeringsgoed en biedt een theoretisch kader om de vraag naar de *commodity* goede gezondheid te begrijpen. Volgens het Grossman model investeren individuen in gezondheid zolang de marginale baten opwegen tegen de marginale kosten van gezondheid (Grossman, 1972).

2.1.1 Het Grossman model en gezondheid

Gezondheid wordt in het Grossman model (1972) beschouwd als een duurzaam kapitaalgoed, waarvan individuen een initiële voorraad bezitten. Na verloop van tijd neemt deze voorraad in een toenemend tempo af. Het individu, door Grossman ook wel de producent genoemd, kan de gezondheidsvoorraad verhogen door te investeren in medische zorg, lichaamsbeweging, dieet, huisvesting en eigen tijd. Daarnaast is de productiefunctie van gezondheid mede afhankelijk van bepaalde omgevingsvariabelen, waarvan volgens Grossman (1972) de belangrijkste variabele het opleidingsniveau van de producent is. Het opleidingsniveau beïnvloedt de efficiëntie van het productieproces van gezondheid.

Het niveau van individuele gezondheid is dus niet exogeen, maar hangt ten minste gedeeltelijk af van middelen die worden geïnvesteerd in de productie ervan. De gevraagde gezondheidsvoorraad is negatief gecorreleerd met de schaduwprijs ervan, die afhankelijk is van meerdere variabelen naast de prijs van medische zorg. Naarmate mensen ouder worden, stijgt de schaduwprijs van gezondheid. Dit komt door de afnemende marginale baten van

gezondheid, zoals minder inkomsten uit werk, en stijgende marginale kosten doordat het steeds moeilijker wordt om een bepaald gezondheidsniveau te bereiken. Daarnaast daalt de schaduwprijs van gezondheid naarmate het opleidingsniveau stijgt, gezien hoogopgeleide mensen volgens Grossman (1972) efficiënte producenten van gezondheid zijn. De prijs van gezondheid kan naast leeftijd en opleidingsniveau beïnvloed worden door kapitaal, loon en andere variabelen. Het veronderstelde mechanisme bij loon werkt als volgt: hoe hoger het uurloon, hoe groter de waarde van een toename van gezonde tijd. De voordelen van gezondheid zouden twee veronderstelde componenten hebben: een consumptievoordeel, waarbij individuen direct nut ervaren van een betere gezondheid, en een investeringsvoordeel, dat verwijst naar de positieve invloed van gezondheid op het inkomen van het individu (Laporte, 2015).

Het Grossman model (1972) gaat ervan uit dat individuen investeren in hun gezondheid als een kapitaalgoed om hun productiviteit en daarmee hun inkomen te verhogen. De impliciete rationaliteit van het model veronderstelt dat individuen vooruitkijken en streven naar het optimaliseren van opbrengsten, waarbij het individu bij het nemen van beslissingen rekening houdt met toekomstige gevolgen (Laporte, 2015). De nadruk wordt gelegd op de rol van financiële prikkels en de afweging van marginale kosten en baten bij het nemen van beslissingen over gezondheidsinvesteringen. De opbrengst van gezondheid wordt in niet-financiële termen gemeten, in de vorm van gezonde dagen, die indirect bijdragen aan welvaart door extra gezonde tijd beschikbaar te maken voor productieve werkactiviteiten. Deze toename in productiviteit vertaalt zich vervolgens naar financiële welvaart.

Het Grossman model (1972) voorspelt dat wanneer de marginale baten van gezondheid niet opwegen tegen de marginale kosten, er geen investeringen in gezondheid zullen plaatsvinden. Dit resulteert in het uitblijven van verbeteringen in de gezondheidstoestand. Dit kan zich volgens Grossman (1972) voordoen in situaties waarin de marginale baten van gezondheid laag zijn en de marginale kosten hoog, mogelijk als gevolg van beperkte kansen op de arbeidsmarkt veroorzaakt door een afstand tot de arbeidsmarkt. Volgens Grossman (1972) zal er zonder vooruitzicht op een verhoogd inkomen geen investering plaatsvinden in gezondheid, wat resulteert in het uitblijven van verbeteringen in gezondheid.

2.1.2 Beperkingen van het Grossman model

Hoewel Grossman (1972) een duidelijk kader biedt om het gezondheidsniveau van individuen te verklaren vanuit een economisch investeringsperspectief, heeft het model ook tekortkomingen. Het model steunt op assumpties die leiden tot een versimpelde weergave van de werkelijkheid. Volgens verschillende kritieken is de benadering te simplistisch wat betreft de veronderstellingen over hoe mensen omgaan met hun gezondheid, hoe ze gezondheidsbeslissingen nemen en hoe gezondheid wordt beïnvloed (Sepehri, 2015; Zweifel, 2012).

Sepehri (2015) bekritiseert het Grossman model door te stellen dat het de mate van controle die consumenten hebben over hun gezondheidstoestand lijkt te overdrijven. Dit komt door de veronderstelling van volledige informatie over de gezondheidstoestand en de effectiviteit van verschillende gezondheidsinputs. Daarnaast houdt het model geen rekening met onzekerheid en informatieasymmetrie bij het nemen van gezondheidsbeslissingen (Sepehri, 2015).

Zweifel (2012) benadrukt dat het model ervan uitgaat dat mensen een lange en vaste planningshorizon hebben, wat veronderstelt dat ze precies weten hoe ze hun gezondheid in de toekomst kunnen beheren. Dit is volgens Zweifel (2012) niet realistisch vanwege de onzekerheid over de toekomst en het feit dat mensen niet altijd een duidelijk plan hebben voor hun gezondheid. Ook betwijfelt Zweifel (2012) of het model realistisch is in de veronderstelling dat mensen hun gezondheidsvoorraad altijd kunnen herstellen naar een optimaal niveau, ongeacht hun gezondheidstoestand.

De veronderstelde rationaliteit van het Grossman model (1972) impliceert dat alle individuen in staat zijn om gezondheidsinvesteringen te doen. Het is echter mogelijk dat bepaalde groepen, zoals langdurig bijstandsgerechtigden, hierin worden belemmerd. Dit kan te wijten zijn aan een laag inkomen, een slechte gezondheidstoestand, of een gebrek aan bewustzijn over de mogelijkheden van gezondheidsinvesteringen. Volgens Grossman's model zouden deze individuen zich bewust moeten zijn van de noodzaak tot gezondheidsinvesteringen en in staat moeten zijn om beslissingen in daden om te zetten. Het model houdt geen rekening met de mogelijkheid dat sommige individuen niet in staat zijn om gezondheidsinvesteringen te doen, zelfs als ze zich bewust zijn van de voordelen ervan.

Sepehri (2015) merkt op dat Grossman's benadering van gezondheid te individualistisch en mechanistisch is, en dat hierbij ten onrechte de interacties tussen gezondheid en de sociale en

fysieke omgeving van het individu genegeerd worden. Door de focus op het individu als producent van gezondheid wordt geen rekening gehouden met verschillende sociale en gemeenschapsfactoren die van invloed kunnen zijn op de gezondheid van het individu. Dit is van belang omdat sociale integratie een rol zou kunnen spelen in zowel de fysieke als mentale gezondheid van individuen, wat relevant is voor dit onderzoek en later in dit hoofdstuk aan bod zal komen wanneer het effect van sociale integratie op mentale gezondheid besproken wordt.

Verder maakt Grossman's benadering geen onderscheid tussen verschillende aspecten van gezondheid, zoals fysieke en mentale gezondheid (Abramson et al., 2024). Als gevolg hiervan worden verschillende vormen van gezondheid op dezelfde manier behandeld, terwijl de mechanismen die de verschillende vormen van gezondheid beïnvloeden en mediëren zouden kunnen verschillen. Dit zou kunnen leiden tot verschillende conclusies over de invloed van gezondheidsinvesteringen op welvaart. Daarom zou betoogd kunnen worden dat er onderscheid gemaakt dient te worden tussen fysieke en mentale gezondheid.

Bovendien is het model sterk gesimplificeerd omdat het zich uitsluitend richt op financiële prikkels. Individuen zouden echter ook gemotiveerd kunnen worden om te investeren in hun gezondheid en te gaan werken door niet-financiële prikkels of beloningen. (Vrijwilligers)werk zou ook niet-financiële functies met zich mee kunnen brengen. Op deze functies zal in de volgende paragraaf verder worden ingegaan.

2.2 Latente functies van werk

Het Grossman model benadrukt de financiële voordelen van werk als de drijvende kracht achter de investeringen van individuen in gezondheid. Naast de financiële voordelen die voortvloeien uit werk in de vorm van inkomen, die centraal staan in het Grossman model, wordt in de literatuur uitgebreid ingegaan op andere voordelen die het doen van werk met zich meebrengt. Door Jahoda (1982) worden dit ook wel de latente functies van werk genoemd, zoals sociale interactie, tijdstructurering en persoonlijke identiteit. Deze functies kunnen los worden gezien van de manifeste functie van werk, namelijk het genereren van inkomen. Jahoda (1982) beweert dat latente functies van werk belangrijker zijn voor de mentale gezondheid dan puur financiële functies. Vanuit dit perspectief is elke vorm van werk gunstiger dan werkloosheid; zelfs in banen die onzeker of laagbetaald zijn, kunnen werknemers profiteren van deze latente voordelen (Brereton et al., 2008; Jahoda, 1982).

Deze opvatting sluit aan bij de functionalistische benadering van werk, waarbij werk wordt geassocieerd met vijf psychologische functies: tijdsstructuur, sociale contacten, deelname aan collectieve doelen, status en identiteit, en regelmatige activiteit (Brereton et al., 2008; Jahoda, 1982; Warr, 1987). Ivanov et al. (2020) benadrukken dat met name functies zoals sociale doelen, status en identiteit een cruciale rol spelen bij de positieve effecten van werk op het welzijn van werknemers.

Warr (1994) breidde de functionalistische benadering van werk uit met het vitamine model, dat bestaat uit negen elementen van werk die essentieel zouden zijn voor welzijn en mentale gezondheid (Flatau et al., 2000). Deze elementen omvatten de mogelijkheid tot controle, gelegenheid voor het gebruik van vaardigheden, extern gegenereerde doelen, variatie, kwaliteit van de omgeving, beschikbaarheid van geld, fysieke veiligheid, gelegenheid voor interpersoonlijk contact en gewaardeerde sociale positie (Flatau et al., 2000; Warr, 1994). Welzijn en mentale gezondheid zouden ook negatief beïnvloed kunnen worden op het moment dat deze elementen in niet passende hoeveelheden aanwezig zijn, waardoor de benadering volgens Flatau et al. (2000) veelzijdiger en algemener is dan Jahoda's benadering. Ook wordt in het vitamine model verondersteld dat het positieve effect van de elementen van de werkomgeving een drempel heeft. Dit suggereert dat werk de mentale gezondheid kan schaden zodra deze drempel wordt overschreden (Cable et al., 2008).

De *agency* theorie stelt dat de negatieve effecten van werkloosheid op het welzijn kunnen worden verklaard door een verminderd gevoel van controle over de levenssituatie (Brereton et al., 2008; Fryer, 1986). Volgens deze theorie ervaren werkenden een gevoel van controle over hun leven. De theorie is gebaseerd op het idee dat individuen sociale actoren zijn die streven naar het bereiken van wenselijke doelen. O'Brien (1985) suggereert dat eerdere arbeidsomstandigheden en het niveau van persoonlijke controle op de eerdere werkplek ook van invloed kunnen zijn op de effecten van werkloosheid op het welzijn (Flatau et al., 2000).

Modini et al. (2016) concludeerden uit een meta-analyse van onderzoeken gericht op maatschappelijk werkers en werknemers in de zorg dat werk, vooral wanneer er ondersteunende supervisie aanwezig is en de arbeidsomstandigheden gunstig zijn, positieve voordelen oplevert voor het welzijn van werknemers in de vorm van verminderde symptomen van depressie en angst. Ook benadrukken de auteurs de mogelijke voordelen voor de mentale gezondheid van de dagelijkse structuur, een gevoel van eigenwaarde en regelmatige

ondersteunende sociale interactie die het verrichten van betaald werk met zich meebrengt (Modini et al., 2016).

De voorgaande theorieën suggereren een negatief effect van werkloosheid op de mentale gezondheid, op voorwaarde dat bepaalde latente functies van werk aanwezig waren. Genereuze uitkeringen zouden vanwege de essentiële psychosociale functies die werk met zich meebrengt niet voldoende zijn om de negatieve gevolgen van het verlies van werk te compenseren (Ivanov et al., 2020). De niet-financiële gevolgen van werkloosheid op het welzijn van het individu zijn sterker dan de gevolgen die voortvloeien uit de financiële impact van werkloosheid op het welzijn (Flatau et al., 2000).

De inzichten uit bovenstaande literatuur over de niet-financiële aspecten van werk die de mentale gezondheid positief kunnen beïnvloeden bieden een waardevolle aanvulling op het Grossman model. Terwijl het Grossman model zich uitsluitend richt op financiële prikkels als drijfveer voor individuele investeringen in gezondheid, wordt in de besproken literatuur uitgebreid ingegaan op andere voordelen die werk met zich meebrengt, zoals sociale interactie, tijdstructurering en persoonlijke identiteit. Het is essentieel om bij het begrijpen van gezondheidsinvesteringen ook de niet-financiële aspecten van werk te overwegen, aangezien wordt aangenomen dat deze latente functies van werk belangrijk zijn voor de mentale gezondheid en zelfs gunstiger zouden zijn dan puur financiële prikkels in de vorm van inkomen.

2.3 Sociale causatie hypothese & sociale selectiehypothese

Er zijn twee verschillende hypothesen die de relatie tussen werk en gezondheid kunnen verklaren: de sociale causatie hypothese en de sociale selectiehypothese. Volgens de sociale causatie hypothese verbetert werk de gezondheid van individuen (Ross & Mirowsky, 1995). Werk biedt niet alleen financiële stabiliteit, maar heeft ook een positieve invloed op de algehele gezondheid door niet-financiële voordelen zoals sociale steun en erkenning van anderen te bieden (Ross & Mirowsky, 1995). Daarentegen stelt de sociale selectiehypothese dat gezondheid een noodzakelijke voorwaarde is voor het verkrijgen en behouden van werk (Ross & Mirowsky, 1995). Volgens deze hypothese hebben gezonde mensen meer kans om werk te vinden en te behouden dan ongezonde mensen. Als gevolg hiervan zou het verband tussen gezondheid en werk grotendeels worden veroorzaakt door de selectie van gezonde mensen voor werk en ongezonde mensen voor werkloosheid. Hoewel beide hypothesen ondersteund worden

door de literatuur, suggereert bewijs uit onderzoek volgens Rueda et al. (2012) dat de sociale causatie hypothese belangrijker is dan de sociale selectiehypothese. Dit betekent dat werk mogelijk een directe positieve invloed heeft op de (mentale) gezondheid van individuen, onder andere door middel van sociale integratie. Het is echter belangrijk op te merken dat gedurende de levensloop beide mechanismen waarschijnlijk met elkaar interacteren en elkaar kunnen versterken (Rueda et al., 2012; Moen et al., 1992). Dit maakt de discussie over of sociale integratie en mentale gezondheid als complementen dan wel substituten dienen te worden beschouwd interessant voor verder onderzoek.

2.4 Roltheorie en sociale integratiehypothese

In het hiernavolgende wordt ingegaan op de roltheorie en de sociale integratiehypothese als aanvullende benaderingen op het Grossman model. Deze theorieën beschrijven verschillende mechanismen waarlangs (vrijwilligers)werk invloed zou hebben op mentale gezondheid, en gaan verder dan de individualistische en financiële benadering die centraal staat in het Grossman model. De benaderingen laten niet alleen zien hoe (vrijwilligers)werk de mentale gezondheid beïnvloedt, maar ook hoe de interactie tussen het individu en de sociale omgeving in deze relatie een rol speelt. Theoretische inzichten uit de literatuur over de effecten van vrijwilligerswerk zijn ook relevant voor het onderzoeken van het effect van instapwerk op de mentale gezondheid en sociale integratie, gezien de overeenkomsten tussen beide, zoals de maatschappelijke gerichtheid en het feit dat deelnemers alleen een vrijwilligersvergoeding ontvangen.

2.4.1 Roltheorie

Een belangrijke theorie in dit kader is de roltheorie, ontwikkeld in de sociologie (Linton, 1936; Sieber, 1974). Volgens deze theorie zou het vervullen van meerdere rollen psychische stress verminderen en de mentale en fysieke gezondheid van individuen verbeteren (Barnett & Hyde, 2001; Thoits, 2003, 2012). Thoits (2012) stelt dat sociale rollen bijdragen aan het mentale welzijn doordat ze individuen een gevoel van doel en betekenis in het leven geven. Door rollen op zich te nemen, ontwikkelen individuen concepties van zichzelf als betekenisvolle sociale actoren waarbij ze rolidentiteiten aannemen (Thoits, 1983, 1992). Rollen kunnen worden beschouwd als posities in sociale structuren die gepaard gaan met gedragsverwachtingen, inclusief wederzijdse rechten en verplichtingen (Thoits, 2012).

Individuele die meerdere rollen vervullen in het leven zouden over het algemeen hogere niveaus van mentale gezondheid ervaren dan individuen met minder rollen, ongeacht leeftijd (Li & Ferraro, 2005). Zo kan vrijwilligerswerk ouderen nieuwe betekenisvolle rollen bieden wanneer eerdere rollen verloren zijn gegaan (Chambré, 1993; Li & Ferraro, 2005; Moen et al., 1992; Pillemer & Glasgow, 2000). Dit argument zou ook van toepassing kunnen zijn op werklozen en langdurig bijstandsgerechtigden. Li & Ferraro (2005) stellen in lijn met de roltheorie dat vrijwilligerswerk kan helpen bij het compenseren van rolverliezen en het verlichten van stress in tijden van persoonlijke crisis. Sociale betrokkenheid en het vervullen van meerdere sociale rollen stellen mensen in staat om sociale ondersteuning te ontvangen, wat hen beschermt tegen onregelmatig functioneren in tijden van onzekerheid en wanhoop (Li & Ferraro, 2005).

Volgens Musick & Wilson (2003) verklaart de sociale rolhypothese de link tussen vrijwilligerswerk en verbeterd welzijn doordat vrijwilligerswerk gewaardeerd wordt door de maatschappij. Individuele die vrijwilligerswerk verrichten zouden zich door de rol van vrijwilliger maatschappelijk nuttig voelen en een hoger geluksgevoel rapporteren (Borgonovi, 2008; Musick & Wilson, 2003). Musick & Wilson (2003) toonden aan dat het vervullen van meerdere rollen, waaronder het verrichten van vrijwilligerswerk, een positieve relatie heeft met zowel gezondheid als levensduur.

De rolverrijkingstheorie stelt dat het aangaan van meerdere rollen het mentale welzijn verbetert (Reid & Hardy, 1999). Volgens deze theorie kunnen zelfs veeleisende rollen gepaard gaan met een verbeterd welzijn als ze bijdragen aan een positief gevoel van identiteit (Reid & Hardy, 1999). Modini et al. (2016) toonden in hun overzichtsstudie aan dat werkgelegenheid geassocieerd wordt met verminderd psychisch leed, waarmee zij de rolverrijkingstheorie ondersteunen. Rolbetrokkenheid biedt toegang tot hulpbronnen, waaronder positieve sociale ondersteuning, die kunnen helpen om aan verschillende eisen te voldoen. Hiermee weerleggen Modini et al. (2016) de hypothese van beroepsstress, waarin gesteld wordt dat extra rollen de mentale gezondheid van individuen zouden verminderen.

De bevindingen van Moen et al. (1992) tonen aan dat de betrokkenheid van vrouwen bij meerdere rollen positief gerelateerd is aan gezondheid en sociale integratie. Hoewel het vervullen van meerdere rollen over het algemeen zowel stress als steun met zich mee zou kunnen brengen, blijkt dat participatie in vrijwillige organisaties meer voordelen dan kosten oplevert (Moen et al., 1992). Volgens de onderzoekers resulteert vrijwilligerswerk in rolverrijking doordat de extra sociale rol een verrijking of toename van gevoelens van macht

en status teweegbrengt, wat leidt tot een betere gezondheid (Moen et al., 1992). Ook de resultaten van Lum & Lightfoot (2005) bevestigen dat het aannemen van een productieve rol, zoals vrijwilligerswerk, volgens de roltheorie tot rolverrijking leidt.

Het vervullen van meerdere rollen kan echter ook nadelige effecten op de gezondheid hebben, zoals stress (Reid & Hardy, 1999). In tegenstelling tot de rolverrijkingstheorie, voorspelt de theorie van rolbelasting een negatieve uitkomst voor het vervullen van meerdere rollen (Reid & Hardy, 1999). Rolbelasting ontstaat volgens Goode (1960) wanneer een individu moeite heeft om te voldoen aan bepaalde rolvereisten en de totale rolverplichtingen van het individu over het algemeen te veeleisend worden. De lasten die op het individu komen te rusten resulteren in slechtere gezondheidsresultaten (Musick et al., 1999).

Gezien individuen over een beperkte hoeveelheid tijd en energie beschikken, kan het vervullen van meerdere rollen op deze manier een negatieve invloed hebben op de mentale gezondheid (Brody, 1990; Reid & Hardy, 1999). Thoits (2012) stelt dat het verschil tussen vrijwillige en verplichte rollen hierbij van belang is. Terwijl vrijwillige rollen uit vrije wil worden aangenomen en relatief eenvoudig kunnen worden beëindigd als de nadelen zwaarder wegen dan de voordelen, zijn verplichte rollen gebaseerd op sterke normen en/of emotionele banden, waardoor hun beëindiging wordt bemoeilijkt. Deze verplichte rollen zouden alleen voordelig zijn wanneer negatieve gebeurtenissen en langdurige spanningen in elk rolgebied laag zijn (Thoits, 2012). Sociale verbindingen zouden juist symptomen van psychische aandoeningen kunnen verhogen bij vrouwen met weinig middelen, vooral wanneer deze samengaan met verplichtingen om sociale steun aan te bieden (Kawachi & Berkman, 2001).

Het bestaan van rolbelasting wordt in verschillende onderzoeken aangetoond door een niet-lineair effect van het aantal vrijwilligersuren op welzijnsindicatoren, waarbij meer dan 100 uur vrijwilligerswerk per jaar resulteert in een afname van de positieve zelfgerapporteerde gezondheid en depressieniveaus (Morrow-Howell et al., 2003; Van Willigen, 2000). Dit suggereert volgens Li & Ferraro (2005) dat een gematigde hoeveelheid vrijwilligerswerk optimaal zou zijn.

Het rolcontext perspectief suggereert dat vrijwilligerswerk mogelijk niet voor iedereen dezelfde voordelen oplevert (Morrow-Howell et al., 2003). Het effect van het hebben van een vrijwilligersrol op de gezondheid van individuen zou variëren, afhankelijk van hun oorspronkelijke niveaus van sociale steun en middelen (Lum & Lightfoot, 2005; Morrow-

Howell et al, 2003; Musick et al., 1999). Dit impliceert dat individuen met een laag niveau van sociale integratie waarschijnlijk het meeste zullen profiteren van vrijwilligerswerk, terwijl degenen die een hoog niveau van sociale integratie hebben mogelijk niet dezelfde mate van voordeel ervaren van vrijwilligerswerk (Musick et al., 1999). Ouderen ervaren mogelijk een lager niveau van sociale integratie als gevolg van pensionering en andere levensveranderingen (Moen, 1995; Musick & Wilson, 2003). In dergelijke levensfasen, waarin rollen verloren gaan, zou het aannemen van nieuwe rollen mogelijk een grotere impact kunnen hebben (Musick & Wilson, 2003). De rolcontext zou dus een mediërend effect kunnen hebben.

Het mediërende effect van rolcontext wordt ondersteund door de bevindingen van Musick et al. (1999), die aantonen dat het effect van vrijwilligerswerk op mortaliteit varieert afhankelijk van het niveau van sociale integratie bij ouderen. De verwachting dat het beschermende effect van vrijwilligerswerk het grootst zou zijn bij degenen met een laag niveau van sociale integratie werd bevestigd voor informele sociale interactie. Dit duidt op een complementair mechanisme waarbij het effect van vrijwilligerswerk op gezondheid wordt versterkt door sociale integratie, vooral bij personen met een laag niveau van sociale integratie.

Musick & Wilson (2003) onderzochten hoe de rolcontext depressieniveaus beïnvloedt door het initiële niveau van psychologische bronnen en sociale integratie te onderzoeken als mediators van de relatie tussen vrijwilligerswerk en depressie. Er werden kleine mediërende effecten gevonden voor de niveaus van sociale integratie, maar geen mediërende effecten van psychologische bronnen. Dit suggereert dat andere mechanismen mogelijk een rol spelen bij de relatie tussen vrijwilligerswerk en depressie (Lum & Lightfoot, 2003; Musick & Wilson, 2003).

2.4.2 Sociale integratiehypothese

Zoals hiervoor al is besproken, kan het initiële niveau van sociale integratie van invloed zijn op het effect van (vrijwilligers)werk op mentale gezondheid. Bovendien kan (vrijwilligers)werk ook een positieve invloed hebben op de mentale gezondheid door bij te dragen aan sociale integratie. Dit aspect vormt een aanvulling op het Grossman model, dat zich voornamelijk richt op het individu als producent van gezondheid en daarbij de sociale factoren die de gezondheid van het individu kunnen beïnvloeden buiten beschouwing laat. Door de rol van sociale integratie in de relatie tussen (vrijwilligers)werk en gezondheid mee te nemen, kan een vollediger beeld worden verkregen van hoe (vrijwilligers)werk en mentale gezondheid met elkaar verbonden zijn.

De sociale integratiehypothese sluit in zekere zin aan bij de roltheorie. Durkheim (1897) toonde aan dat sociale integratie omgekeerd gerelateerd is aan het zelfmoordpercentage in de samenleving. Sindsdien wordt sociale integratie in de vorm van betrokkenheid bij meerdere rollen gerelateerd aan verbeteringen in zowel mentale als fysieke gezondheid (Berkman et al., 2000; Ferlander, 2007; Moen et al., 1992). Volgens Seeman (1996) wordt sociale integratie gedefinieerd als het tegenovergestelde van sociale isolatie, wat het zich terugtrekken uit sociale banden, institutionele verbindingen of gemeenschapsdeelname is. Ferlander (2007) voegt hieraan toe dat sociale netwerken emotionele ondersteuning bieden, wat het individuele welzijn beïnvloedt door mechanismen zoals het verhogen van een gevoel van persoonlijke controle en het verminderen van stress. Volgens Seeman (1996) tonen verschillende onderzoeken naar de impact van sociale banden op het risico op depressie consistente en beschermende effecten die geassocieerd zijn met een grotere sociale integratie.

Volgens de *social networking* hypothese zou deelname aan vrijwilligerswerk sociale relaties versterken, waarbij sociale netwerken krachtige indicatoren vormen voor geluk, depressie, gezondheidstoestand en mortaliteit (Borgonovi, 2008; Layard, 2005; Marmot, 2004). Vrijwilligerswerk wordt geassocieerd met het bevorderen van sociale steun en interacties (House et al., 1988; Li & Ferraro, 2005; Musick & Wilson, 2003). Onderzoek ondersteunt het idee dat het effect op mentale gezondheid varieert afhankelijk van het niveau van sociale integratie van de respondent, en dat vrijwilligerswerk leidt tot een verbetering van de mentale gezondheid vanwege de associatie met sociale steun en sociale interacties (House et al., 1988; Li & Ferraro, 2005; Musick & Wilson, 2003).

Daarnaast zouden de latente functies van werk bijdragen aan sociale integratie door onder andere een betrouwbare tijdsstructuur te bieden voor het dagelijks leven, sociale contacten uit te breiden, deelname aan gezamenlijke collectieve doelen mogelijk te maken en collectieve identiteiten en identificatie met anderen te bieden (Jahoda, 1982; Grimm et al., 2023). Hierbij worden wederkerige vormen van sociale netwerken aangemoedigd buiten de gesloten sociale kringen van vergelijkbare mensen (Grimm et al., 2023). Het is echter belangrijk hierbij op te merken dat sociale relaties ook kunnen resulteren in uitbuiting en vervreemding, veroorzaakt door ongelijke machtsverhoudingen en conflicterende belangen die sociale integratie bemoeilijken (Grimm et al., 2023).

In hun onderzoek naar de effecten van een recent Duits werkgelegenheidsprogramma op de sociale integratie en het welzijn van langdurig werklozen vonden Ivanov et al. (2020) dat deelnemers met een langere periode van afhankelijkheid van sociale voorzieningen en degenen met gezondheidsproblemen meer baat hadden bij hun deelname. Volgens de auteurs kan dit verklaard worden doordat deze groepen een verhoogd risico lopen op sociale uitsluiting en mogelijk een grotere kans hebben om te profiteren van deelname vergeleken met de gemiddelde werkloze. Dit benadrukt dat werkloosheid niet alleen leidt tot economische druk, maar ook tot een afname van welzijn en sociale integratie. Vooral langdurig uitkeringsgerechtigden met beperkte toegang tot de reguliere arbeidsmarkt kunnen hierbij het zwaarst worden getroffen (Ivanov et al., 2020).

Dit illustreert het belang van sociale integratie in modellen die trachten de relatie tussen (vrijwilligers)werk en mentale gezondheid te verklaren. Door het Grossman model aan te vullen met de rol van sociale integratie in de relatie tussen (vrijwilligers)werk en mentale gezondheid, zou een completer beeld kunnen worden verkregen van de mate waarin deze aspecten elkaar beïnvloeden en/of versterken. Deze toevoeging integreert de interacties tussen mentale gezondheid en de sociale omgeving van het individu en geeft een completer beeld van het mogelijke effect van (vrijwilligers)werk op mentale gezondheid.

2.5 Hypotheses

Op basis van de hiervoor besproken theorieën worden verschillende hypotheses geformuleerd om de onderzoeksvraag te beantwoorden: *In hoeverre draagt het instapeconomieprogramma in de regio Zuidwest van de gemeente Den Haag bij aan veranderingen in de sociale integratie en mentale gezondheid van deelnemers, en hoe verhouden deze zich tot elkaar?*

Naast de financiële voordelen die voortvloeien uit werk, die centraal staan in het Grossman model, zou werk ook latente voordelen met zich meebrengen zoals sociale interactie, tijdstructurering en persoonlijke identiteit. Op deze functionalistische benadering van werk sluiten het vitamine model en de *agency* theorie aan. De latente functies van werk worden geacht belangrijker te zijn voor de mentale gezondheid dan de financiële functies. Zowel de roltheorie als de sociale integratiehypothese veronderstellen een positief effect van (vrijwilligers)werk op mentale gezondheid. De roltheorie stelt dat het vervullen van meerdere rollen stress kan verminderen en een gevoel van doel en betekenis kan geven. Het instapwerk kan worden gezien als een extra rol die individuen vervullen. De mogelijkheid van rolbelasting

suggereert echter een negatief effect van instapwerk op mentale gezondheid. Rolbelasting ontstaat wanneer individuen moeite hebben om aan rolvereisten te voldoen en rolverplichtingen te veeleisend worden. Vooral bij negatieve gebeurtenissen en langdurige spanningen kan dit leiden tot slechte gezondheidsresultaten. De sociale integratie hypothese suggereert dat werk bijdraagt aan sociale integratie en betrokkenheid bij collectieve doelen, wat kan leiden tot verbeteringen in mentale gezondheid. Het instapeconomieprogramma biedt deelnemers de mogelijkheid aan werk deel te nemen, wat kansen biedt voor sociale interactie en betrokkenheid bij collectieve doelen, en dit kan leiden tot een positief effect op de mentale gezondheid van deelnemers. Over het algemeen wijzen de besproken theorieën erop dat het instapeconomieprogramma een positief effect zal hebben op de mentale gezondheid van deelnemers.

Volgens de sociale integratiehypothese heeft vrijwilligerswerk een positief effect op de sociale integratie van individuen door sociale relaties uit te breiden en te versterken. Daarnaast dragen de latente functies van werk bij aan sociale integratie door het bevorderen van sociale contacten, het mogelijk maken van deelname aan gezamenlijke collectieve doelen, en het bieden van collectieve identiteiten en identificatie met anderen. Wederkerige vormen van sociale netwerken worden aangemoedigd buiten de gesloten sociale kringen van vergelijkbare mensen. Vooral groepen met een laag niveau van sociale integratie en een verhoogd risico op sociale uitsluiting, zoals langdurig uitkeringsgerechtigden met beperkte toegang tot de reguliere arbeidsmarkt, zouden kunnen profiteren van hun deelname aan werkgelegenheidsprogramma's. Het instapeconomieprogramma biedt deelnemers de gelegenheid om sociale contacten te leggen en de betrokkenheid bij collectieve doelen te ervaren. Met name langdurig bijstandsgerechtigden, de doelgroep van het instapeconomieprogramma, zouden kunnen profiteren van hun deelname vanwege hun vaak lage niveau van sociale integratie. De verwachting is dat het instapeconomieprogramma een positief effect heeft op de sociale integratie van deelnemers.

Het Grossman model richt zich op het individu als producent van gezondheid en laat de invloed van sociale integratie op de gezondheid van het individu buiten beschouwing. Volgens de sociale integratiehypothese kunnen sociale netwerken emotionele ondersteuning bieden en een gevoel van persoonlijke controle versterken, wat stress kan verminderen en het individuele welzijn kan bevorderen. Sociale netwerken zijn sterke indicatoren van geluk en depressie. Vrijwilligerswerk wordt geassocieerd met verbeteringen in de mentale gezondheid vanwege de

sociale steun en interacties die het met zich meebrengt. Individuen met een laag niveau van sociale integratie zouden hier het meest van profiteren. Hierdoor is een uitbreiding van het Grossman model nodig. Instapwerk zou kunnen leiden tot positieve sociale interacties en daardoor de mentale gezondheid verbeteren. Gezien de doelgroep van het instapwerk, die volgens de literatuur vaker een beperkt sociaal netwerk heeft, kan worden verwacht dat sociale integratie een aanzienlijke invloed heeft. Ook zou een betere mentale gezondheid kunnen leiden tot het aangaan van meer sociale relaties. De verwachting is dat sociale integratie en mentale gezondheid een versterkend effect hebben op elkaar.

3. Institutioneel raamwerk

Sinds 2015 wordt de bijstandsuitkering geregeld in de Participatiewet, waarbij het belangrijkste doel is om zoveel mogelijk mensen naar regulier werk te begeleiden (SCP, 2023). De gemeente Den Haag behoort tot de top acht Nederlandse gemeenten waar het aantal bijstandsgerechtigden per 1000 inwoners boven de 50 ligt (Dagblad 070, 2021). In 2021 bedroeg dit aantal 26.670 personen (CBS, 2023). Van deze groep ontvingen 23.710 bijstandsgerechtigden achttien maanden later nog steeds een bijstandsuitkering (CBS, 2023). Dit impliceert dat een aanzienlijk deel van de bijstandsgerechtigden langdurig afhankelijk is van de bijstand en moeilijk uitstroomt naar werk.

Het aantal bijstandsgerechtigden varieert per wijk in Den Haag, waarbij Den Haag Zuidwest opvalt met ruim tweemaal zoveel inwoners (15%) die een bijstandsuitkering ontvangen in vergelijking met het gemiddelde in Den Haag (7%) (Nationaal Programma Den Haag Zuidwest, 2023). Meer dan een kwart van alle bijstandsgerechtigden in Den Haag is woonachtig in Den Haag Zuidwest. Daarnaast ligt het inkomen in Den Haag Zuidwest bijna 30% lager dan het gemiddelde inkomen in Den Haag en heeft 20% van de huishoudens in Zuidwest problematische schulden (Den Haag Zuidwest, 2023). Ook leven de inwoners in Zuidwest gemiddeld tien jaar korter in goede gezondheid dan gemiddeld in Den Haag (Gemeente Den Haag, 2022a; Nationaal Programma Den Haag Zuidwest, 2023).

In 2007 kreeg de regio al nationale aandacht toen verschillende wijken in Zuidwest werden aangewezen als ‘Vogelaarwijken’ en extra financiering ontvingen voor verbeteringen (Roerdink, 2016). In 2019 is het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid opgezet. Hierbij werd samen met gemeenten en andere lokale partijen besloten om de leefbaarheid en veiligheid in 20 focusgebieden in 19 verschillende steden te verbeteren, waarbij inwoners perspectief zou worden geboden (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2022). De regio Den Haag Zuidwest werd aangewezen als een van de focusgebieden. Als onderdeel van het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid is het programma Den Haag Zuidwest tot stand gekomen. Het programma heeft tot doel de uitdagingen in Zuidwest aan te pakken en de leefbaarheid en veiligheid te verbeteren. Het programma omvat specifieke doelen, acties en maatregelen gericht op het bereiken van gelijkwaardige kansen voor bewoners van Zuidwest in vergelijking met andere inwoners van Den Haag tegen het jaar 2040 (Tweede Kamer, z.d.).

In het kader hiervan kwam de Regio Deal Zuidwest tot stand, gericht op het bevorderen van werkgelegenheid onder inwoners en het stimuleren van activering van inwoners (Alphen & Guernaoui, 2019). De instapeconomie is onderdeel van het programma Werkoffensief +500 en de Regio Deal Zuidwest. Het programma is gericht op maatschappelijke participatie van bijstandsgerechtigden en op het verbeteren van de leefbaarheid in de wijk. Het doel van Werkoffensief +500 is om meer mensen vanuit de bijstand aan het werk te krijgen. Het programma streeft naar het ontwikkelen van een parallelle economie, met een sterke focus op zingeving en persoonlijke groei van de deelnemers (Jochensen & Schreuder Hes, 2021). Het werk dat wordt gedaan dient vooral passend te zijn voor de doelgroep en aan te sluiten bij de capaciteiten van de deelnemers (Gemeente Den Haag, 2022b). Deelnemers doen op vrijwillige basis mee en kiezen zelf hun werkzaamheden en het aantal uren dat zij werken. De doelgroep omvat mensen van 27 jaar of ouder die minstens achttien maanden een bijstandsuitkering ontvangen (Sociale Kaart Den Haag, 2024). De werkzaamheden die worden verricht dragen onder andere bij aan het schoon en veilig houden van de wijk en het bevorderen van de sociale cohesie (Jochensen & Schreuder Hes, 2021). Door deel te nemen aan de instapeconomie ontvangen deelnemers boven op hun bijstandsuitkering een vrijwilligersvergoeding.

Instapwerk draagt over het algemeen bij aan het verminderen van sociale uitsluiting en kan armoede en werkloosheid onder kansarme groepen voorkomen (Kleinknecht et al., 2016). Het voornaamste doel van het instapwerk is het vergroten van de zelfredzaamheid van de doelgroep en het versterken van de wijk (Jochensen & Schreuder Hes, 2021). De eerste resultaten van de pilot van Wijk vol Waarde in Zuidwest bij wijkbedrijf AlleKanten, verkregen door adviesbureau Purpose in opdracht van de gemeente Den Haag, tonen aan dat deelnemers met een grote afstand tot de reguliere arbeidsmarkt dankzij hun deelname aan de instapeconomie weer kunnen participeren in de maatschappij. Aan de pilot namen 35 mensen deel. Op verschillende terreinen zijn positieve ontwikkelingen te zien, zoals verbeteringen in taalniveau, sociaal netwerk, zingeving, dagelijks leven, thuissituatie, mentale, fysieke en financiële gezondheid (Gemeente Den Haag, 2022b). Uit de evaluatie blijkt dat de sfeer en cultuur binnen het instapwerk een cruciale rol spelen, waarbij de deelnemers zich veilig en gewaardeerd voelen. Ook merken deelnemers en direct betrokkenen effecten van het instapwerk op de leefbaarheid en sociale cohesie in de wijk (Jochensen & Schreuder Hes, 2021). Op basis van deze positieve resultaten werd aanbevolen om de pilot uit te breiden naar meerdere locaties in Den Haag Zuidwest (Gemeente Den Haag, 2022b). Inmiddels vindt het instapwerk niet alleen bij de locatie AlleKanten door stichting Wijk vol Waarde plaats, maar ook bij stichting

Lichtpuntjes en stichting Gewoon Sociaal in Den Haag Zuidwest. In totaal bedraagt het aantal deelnemers van de instapeconomie in Den Haag Zuidwest in maart 2024 115 deelnemers. De gemeente Den Haag werkt aan een meerjarige subsidieregeling voor zes initiatieven die per 1 januari 2025 in moet gaan, waardoor het deelnemersaantal zal toenemen.

De selectie van deelnemers voor het instapeconomieprogramma wordt uitgevoerd door zowel actieve werving door de gemeente als door de locaties zelf (Jochemsen & Schreuder Hes, 2021). Dit heeft geleid tot verschillende startmomenten, wat resulteert in een soort gestapelde selectie, waarbij niet alle deelnemers op hetzelfde moment zijn gestart. Vanwege deze heterogeniteit in de starttijden tussen de deelnemers, kan het verschil worden onderzocht tussen degenen die net zijn begonnen aan het programma en degenen die al langer deelnemen. Deze variatie in startmomenten kan dienen als een soort ‘nulmeting’, waarmee het effect van het instapwerk op aspecten van sociale integratie en gezondheid van deelnemers kan worden beoordeeld.

4. Methoden

In dit hoofdstuk wordt de methodologie van het onderzoek besproken. Hierbij wordt ingegaan op de dataset, de beschrijving van de data en variabelen en de analyses die worden uitgevoerd om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

4.1 Dataset

De onderzoeksvraag zal worden beantwoord door middel van een kwantitatieve analyse van de gegevens verkregen uit enquêtes onder deelnemers van het instapeconomieprogramma. Deze enquêtes zijn afgenomen op drie verschillende plekken in Den Haag Zuidwest waar het instapeconomieprogramma wordt uitgevoerd: stichting Wijk vol Waarde, stichting Lichtpuntjes en stichting Gewoon Sociaal. De groep respondenten bestaat uit 22 deelnemers van Wijk vol Waarde, 14 van Lichtpuntjes en 15 van Gewoon Sociaal. De vragenlijst is gestructureerd in verschillende thema's met bijbehorende vragen die betrekking hebben op een specifiek thema. De vragenlijst bestaat uit de volgende thema's: achtergrondinformatie, de motivatie voor deelname aan het instapwerk, taalvaardigheid, gezondheid, financiën, opleiding en talent en vaardigheden, dagelijks leven, sociaal netwerk en zingeving en perspectief. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zullen met name de antwoorden op de vragen binnen de thema's 'gezondheid' en 'sociaal netwerk' van belang zijn. Er zijn echter ook vragen van andere thema's relevant om de variabelen te kunnen operationaliseren. De verzamelde gegevens zullen worden geanalyseerd om inzicht te krijgen in de veranderingen in sociale integratie en mentale gezondheid van deelnemers aan het instapeconomieprogramma en om de relatie tussen deze twee aspecten te onderzoeken.

4.2 Data en variabelen

4.2.1 Beschrijving data en variabelen

In dit onderzoek wordt de invloed van het instapeconomieprogramma op zowel de sociale integratie als de mentale gezondheid van deelnemers onderzocht. De duur van de deelname aan het instapeconomieprogramma, gemeten in aantal maanden en aangeduid als *duurinstapwerk*, wordt beschouwd als de onafhankelijke variabele. Door de variatie in de duur van deelname tussen deelnemers te onderzoeken, kunnen verschillen in de waarden van de afhankelijke variabelen over tijd worden waargenomen. Dit maakt een benadering van een nulmeting mogelijk, waarbij de situatie aan het begin van deelname beoordeeld kan worden. De verwachting is dat deelnemers die langer deelnemen aan het instapwerk meer positieve effecten

zullen ervaren dan degenen die pas kort deelnemen. Door de variatie in de duur van deelname te analyseren, kan vastgesteld worden welke effecten toe te schrijven zijn aan het instapeconomieprogramma.

De afhankelijke variabelen in dit onderzoek zijn mentale gezondheid en sociale integratie. Mentale gezondheid wordt gemeten aan de hand van vragen binnen de thema's 'gezondheid' en 'zingeving en perspectief'. Respondenten beoordelen hun gezondheid op een vijfpuntsschaal met smileys, waarbij ze ook tussenliggende waarden kunnen kiezen. Dit leidt tot 9 mogelijke waarden, waarbij 1 staat voor 'helemaal niet gezond' en 9 voor 'heel gezond'. Deze beoordelingen resulteren in de variabele *gezond*. Om de variabele *gezond* te specificeren naar mentale gezondheidsaspecten, worden de variabelen *stress* en *gelukkig* gebruikt. *Stress* wordt beoordeeld aan de hand van de vraag: 'Hoe veel stress ervaar je in een week?', met 9 mogelijke waarden, variërend van 1 (heel veel stress) tot 9 (helemaal geen stress). *Gelukkig* wordt gemeten met de vraag: 'Hoe gelukkig ben je met je leven op dit moment?', eveneens op een schaal van 1 (helemaal niet gelukkig) tot 9 (heel gelukkig). Zo kan worden onderzocht of mogelijke positieve effecten op gezondheid voortkomen uit een verhoogd gevoel van geluk of uit een afname van stressgevoelens.

Voor het meten van sociale integratie worden vragen uit de thema's 'motivatie' en 'sociaal netwerk' gebruikt. Allereerst wordt gekeken naar de frequentie van sociale interactie aan de hand van de vraag: 'Hoe vaak heb je een gesprek (minimaal 15 min) met andere mensen in de week? Dit mag in persoon zijn, (video)bellen, of chatten via sociale media.' Deze vraag heeft de antwoordcategorieën 'niet', '1x in de week', '3x in de week', '1x per dag' en '3x per dag of meer', die worden vertaald naar de waarden 1 t/m 5 voor de variabele *freqsociaal* (1 = niet en 5 = 3x per dag of meer). Vervolgens worden antwoorden op open vragen uit het thema 'motivatie' gebruikt. Met behulp van de antwoorden op de vragen: 'Waarom ben je het instapwerk gaan doen?', 'Wat vind jij belangrijk aan het instapwerk dat jij doet?' en 'Wat zou je met het instapwerk willen bereiken?' is de dummyvariabele *sociaalcontact* gecreëerd waarbij 1 staat voor antwoorden gerelateerd aan sociale contacten, interactie of netwerkuitbreiding, en 0 voor alle andere antwoorden. Zo wordt een algemene vraag als uitgangspunt genomen en wordt vervolgens gekeken of de resultaten consistent blijven wanneer meer open vragen worden gesteld.

Controlevariabelen die worden meegenomen zijn *opleidingsniveau*, *leeftijd*, *geslacht*, *moedertaal* en *gezinssituatie*. *Opleidingsniveau* is verdeeld in de volgende categorieën: 1 =

geen/ basisschool, 2 = VMBO, 3 = HAVO/VWO, 4 = MBO, 5 = HBO en 6 = WO. *Leeftijd* wordt uitgedrukt in jaren. Voor *geslacht* is een dummyvariabele gecreëerd waarbij 1 = vrouw en 0 = man. Ook voor *moedertaal* is een dummyvariabele aangemaakt waarbij 1 = Nederlands en 0 = anders. Bij de variabele *gezinssituatie* worden de volgende categorieën onderscheiden: 1 = alleenstaand, 2 = partner zonder kinderen, 3 = partner met kind(eren) en 4 = zonder partner met kind(eren).

4.2.2 Beschrijvende statistiek

In tabel 1 worden de belangrijkste statistieken van de variabelen in dit onderzoek weergegeven. De gemiddelde duur van deelname aan het instapwerk bedraagt ongeveer 9 maanden. De gemiddelde gezondheidsscore is 5.240 op een schaal van 1 tot 9. Ter vergelijking: landelijk gezien vindt 77.5% van de Nederlandse bevolking hun gezondheid goed of zeer goed (CBS, 2024). Van de respondenten beoordeelt 24% hun gezondheid met een 7 en 16% zelfs met een 9. Over het algemeen ervaren respondenten veel stress: 62% geeft hieraan een waarde van 5 of lager, waarbij 1 staat voor heel veel stress. Wat betreft geluk is de gemiddelde score 6.980 op een schaal van 1 tot 9. Dit is hoger dan het landelijk gemiddelde van 7.6 op een schaal van 1 tot 10 (CBS, 2024). Van de respondenten geeft 34% een score van 7 en nog eens 34% een score van 9. Meer dan de helft (53%) van de respondenten heeft drie keer per dag of vaker een gesprek van minimaal 15 minuten. Voor 57% van de deelnemers is sociaal contact een belangrijke motivatie voor deelname aan het instapwerk. Het opleidingsniveau van de respondenten is laag vergeleken met het landelijk gemiddelde: 55% heeft geen opleiding gevolgd of alleen de basisschool afgerond, terwijl dit landelijk 7.8% is (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2024). De gemiddelde leeftijd van de respondenten is ongeveer 48 jaar, wat wijst op een gemiddeld oudere doelgroep. Vrouwen zijn oververtegenwoordigd, met 65% van de deelnemers aan het instapwerk. Verder heeft 57% van de deelnemers een andere moedertaal dan het Nederlands. Wat betreft gezinssituatie is 36% van de deelnemers alleenstaand en 38% alleenstaand met kinderen.

Tabel 1

Beschrijvende statistiek van duur instapwerk, gezondheid, stress, geluk, frequentie sociaal contact, sociaal contact, opleidingsniveau, leeftijd, geslacht, moedertaal en gezinssituatie

Variabele	Observaties	Gemiddelde	Standaarddeviatie	Minimum	Maximum
Duur instapwerk (in maanden)	49	9.276	7.045	2.5	27
Gezondheid (1 t/m 9)	50	5.240	2.669	1	9
Stress (1 t/m 9)	50	5.200	2.185	1	9
Gelukkig (1 t/m 9)	50	6.980	2.045	1	9
Frequentie sociaal contact (1 t/m 5)	49	4.082	1.096	2	5
Sociaal contact (1 = wel, 0 = geen)	51	.569	.500	0	1
Opleidingsniveau (1 t/m 6)	49	2.755	1.726	1	6
Leeftijd (in jaren)	51	47.706	9.458	24	67
Geslacht (1 = vrouw, 0 = man)	51	.647	.483	0	1
Moedertaal (1 = Nederlands, 0 = anders)	51	.431	.500	0	1
Gezinssituatie (1 t/m 4)	50	2.600	1.325	1	4

In tabel 2 worden de correlatiecoëfficiënten weergegeven tussen de duur van deelname aan het instapwerk, de frequentie van sociaal contact, sociaal contact als motivatie, gezondheid, stress en geluk. Daarnaast worden de correlaties tussen gezondheid en de frequentie van sociaal contact, sociaal contact als motivatie, stress en geluk getoond. Dit biedt inzicht in de mogelijke verbanden tussen de belangrijkste variabelen in dit onderzoek. Ook wordt zo inzicht verkregen in de relatie tussen algemene gezondheid en de specifieke mentale gezondheidsaspecten stress en geluk.

Voor de analyse is gebruikgemaakt van Spearmans rangcorrelatiecoëfficiënt, waarbij -1 staat voor een perfecte negatieve correlatie en 1 voor een perfecte positieve correlatie. Er werd geen enkele statistisch significante correlatie gevonden tussen de duur van deelname aan het instapwerk en de variabelen in de eerste rij van de tabel. In figuur 1 zijn scatterplots opgenomen die de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en de frequentie van sociaal contact, evenals de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en gezondheid, visualiseren. De scatterplots laten een zwakke positieve relatie zien.

Er werd ook geen statistisch significante relatie gevonden tussen gezondheid en de frequentie van sociaal contact en tussen gezondheid en sociaal contact als motivatie. De correlatie tussen gezondheid en stress is positief en significant, net zoals de correlatie tussen gezondheid en geluk. Gezondheid en stress vertonen een statistisch significante correlatie van 0.246 op een betrouwbaarheidsniveau van 90%. De correlatie van 0.294 tussen gezondheid en geluk is statistisch significant op een betrouwbaarheidsniveau van 95%. Deze positieve correlaties zijn gevisualiseerd in een scatterplot in figuur 2. De scatterplots bevestigen dat de positieve correlatie tussen gezondheid en geluk sterker is dan de positieve correlatie tussen gezondheid en stress.

Tabel 2

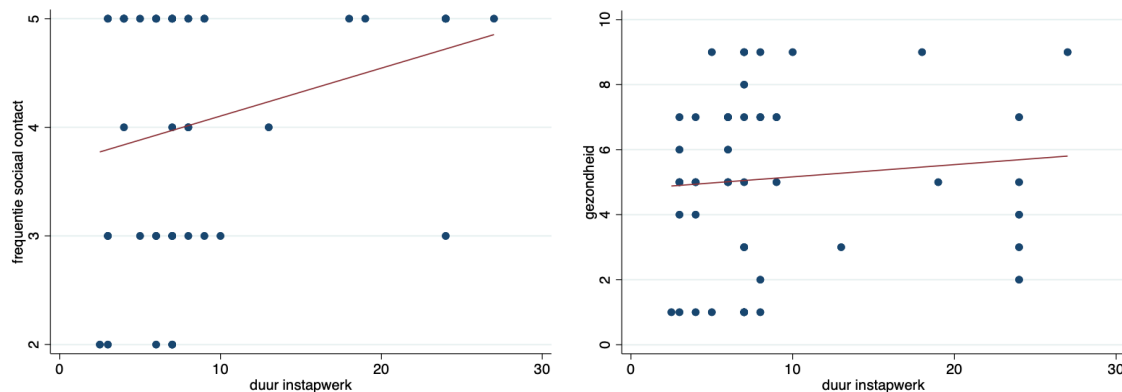
Correlatie tussen duur instapwerk, gezondheid, frequentie sociaal contact, stress en geluk

	Frequentie sociaal contact	Sociaal contact	Gezondheid	Stress	Gelukkig
Duur instapwerk	.204	-.109	.171	-.052	.126
Gezondheid	.084	-.099		.246*	.294**

Noot. $p < 0,1^*$, $p < 0.05^{**}$, $p < 0.01^{***}$.

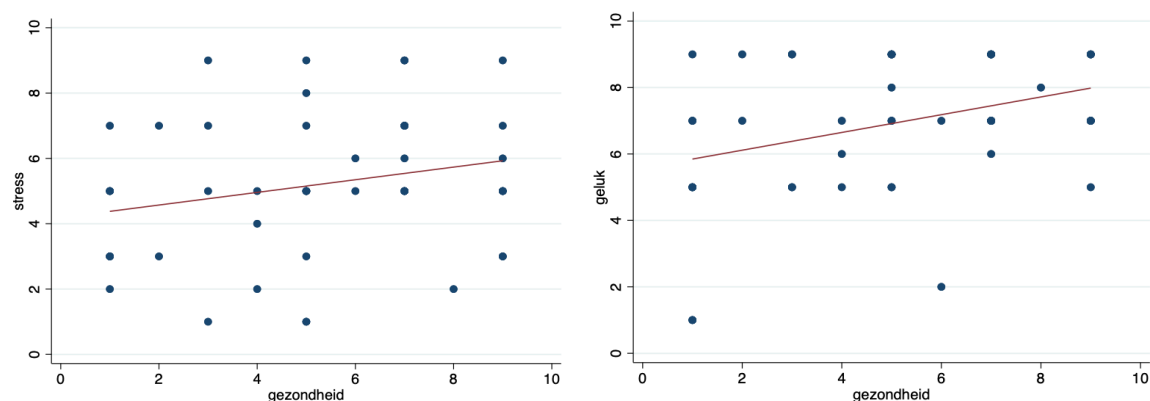
Figuur 1

Scatterplot van duur instapwerk en frequentie sociaal contact, en duur instapwerk en gezondheid



Figuur 2

Scatterplot van gezondheid en stress, en gezondheid en geluk



4.3 Regressies

In dit onderzoek worden regressieanalyses uitgevoerd om inzicht te verkrijgen in de relatie tussen instapwerk en sociale integratie enerzijds en de relatie tussen instapwerk en mentale gezondheid anderzijds. Ook wordt door middel van een SEM onderzocht in hoeverre sociale integratie en mentale gezondheid elkaar versterken.

4.3.1 OLS-regressies

Eerst worden OLS-regressies uitgevoerd om de relatie tussen instapwerk en sociale integratie, evenals de relatie tussen instapwerk en mentale gezondheid, te onderzoeken. Voor de afhankelijke variabele met betrekking tot sociale integratie, *freqsociaal*, wordt eerst een regressie uitgevoerd zonder controlevariabelen. Daarna wordt een regressie uitgevoerd zonder controlevariabelen voor de afhankelijke variabele met betrekking tot mentale gezondheid,

gezondheid. Vervolgens worden twee herhalingen van de eerdere regressies uitgevoerd, maar dit keer met de toevoeging van controlevariabelen. Deze controlevariabelen omvatten *opleidingsniveau, leeftijd, geslacht, moedertaal en gezinssituatie*.

De intercept van de regressiemodellen wordt aangegeven met ‘ α ’, wat de waarde van de afhankelijke variabele aangeeft wanneer de deelname aan het instapwerk in maanden 0 is. ‘ β ’ is de regressiecoëfficiënt die de verwachte verandering in de afhankelijke variabele aanduidt voor elke extra maand dat een deelnemer deelneemt aan het instapwerk. De onafhankelijke variabele, de duur van deelname aan het instapwerk, wordt aangegeven met *duurinstapwerk*. Controlevariabelen worden aangegeven met ‘ X_i ’. De regressiecoëfficiënt voor de controlevariabelen wordt aangegeven met ‘ γ ’ en geeft de verwachte verandering in de afhankelijke variabele weer voor elke eenheidswijziging in de controlevariabele, terwijl de onafhankelijke variabele en andere controlevariabelen constant gehouden worden. De storingstermen worden aangeduid met ‘ u ’ voor de regressies met betrekking tot de frequentie van sociaal contact en met ‘ ε ’ voor de regressies met betrekking tot gezondheid en representeren het deel van de afhankelijke variabele dat niet verklaard kan worden door de onafhankelijke variabele (de duur van deelname aan het instapwerk).

De regressiemodellen nemen de volgende vorm aan:

$$Y_{\text{freqsociaal}} = \alpha_1 + \beta_1 \text{Duurinstapwerk} + u_1$$

$$Y_{\text{gezond}} = \alpha_2 + \beta_2 \text{Duurinstapwerk} + \varepsilon_2$$

$$Y_{\text{freqsociaal}} = \alpha_3 + \beta_3 \text{Duurinstapwerk} + \gamma_1 X_i + u_3$$

$$Y_{\text{gezond}} = \alpha_4 + \beta_4 \text{Duurinstapwerk} + \gamma_2 X_i + \varepsilon_4$$

Vervolgens worden de OLS-regressies verder uitgebreid om meer inzicht te krijgen in de relaties tussen de variabelen. Voor sociale integratie wordt nu een alternatieve afhankelijke variabele gebruikt, namelijk *sociaalcontact*. Deze variabele is gebaseerd op antwoorden op open vragen, zodat kan worden onderzocht of de resultaten veranderen bij gebruik van meer open vragen.

Daarnaast worden de regressies voor de gezondheidsvariabele gespecificeerd naar aspecten van mentale gezondheid, waarbij de variabelen *stress* en *gelukkig* worden gebruikt. De regressies worden eerst uitgevoerd zonder controlevariabelen, waarna controlevariabelen worden toegevoegd. De intercept van de regressiemodellen wordt weer aangegeven met ‘ α ’. ‘ β ’ is de regressiecoëfficiënt. De onafhankelijke variabele, de duur van deelname aan het instapwerk,

wordt wederom aangeduid met *duurinstapwerk*. Controlevariabelen worden aangegeven met ‘ X_i ’, de regressiecoëfficiënt met ‘ γ ’ en de storingstermen met ‘ u ’ en ‘ ε ’. Dit leidt tot de volgende regressiemodellen:

$$Y_{\text{sociaalcontact}} = \alpha_5 + \beta_5 \text{Duurinstapwerk} + u_5$$

$$Y_{\text{stress}} = \alpha_6 + \beta_6 \text{Duurinstapwerk} + \varepsilon_6$$

$$Y_{\text{gelukkig}} = \alpha_7 + \beta_7 \text{Duurinstapwerk} + \varepsilon_7$$

$$Y_{\text{sociaalcontact}} = \alpha_8 + \beta_8 \text{Duurinstapwerk} + \gamma_3 X_i + u_8$$

$$Y_{\text{stress}} = \alpha_9 + \beta_9 \text{Duurinstapwerk} + \gamma_4 X_i + \varepsilon_9$$

$$Y_{\text{gelukkig}} = \alpha_{10} + \beta_{10} \text{Duurinstapwerk} + \gamma_5 X_i + \varepsilon_{10}$$

Het is belangrijk om op te merken dat OLS alleen correlaties kan vaststellen en geen causale verbanden kan bewijzen. Andere beperkingen van OLS-regressies zijn onder meer de mogelijkheid van omgekeerde causaliteit, waarbij de afhankelijke variabele een effect heeft op de onafhankelijke variabele. In dit geval zouden sociale integratie en mentale gezondheid een effect kunnen hebben op de duur van deelname aan het instapwerk. Dit is niet uit te sluiten door middel van OLS-regressies. Ook moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid van omitted variable bias, waarbij belangrijke variabelen niet zijn opgenomen in de regressie als verklarende variabelen, maar wel gerelateerd zijn aan de afhankelijke variabelen. De weggelaten variabele is zowel gerelateerd aan de onafhankelijke variabele als de afhankelijke variabelen. Hierdoor kan de relatie tussen de onafhankelijke variabele en afhankelijke variabelen onjuist worden geschat. Desondanks bieden de OLS-regressies een duidelijk beeld van de mogelijke relatie tussen instapwerk, sociale integratie en mentale gezondheid.

4.3.2 Simultaneous Equation Model (SEM)

Een SEM gaat verder dan standaard OLS-regressies door te onderzoeken hoe sociale integratie en mentale gezondheid elkaar beïnvloeden. In tegenstelling tot de OLS-regressies hierboven, waarbij wordt verondersteld dat de afzonderlijke afhankelijke variabelen geen relatie met elkaar hebben, erkent een SEM dat de schatting van de ene variabele de schatting van de andere variabele kan beïnvloeden, en dat de storingstermen onderling gecorreleerd kunnen zijn. SEM wordt vaak gebruikt wanneer er endogeniteit is, wat betekent dat een variabele tegelijkertijd wordt bepaald met de afhankelijke variabele. Door meerdere vergelijkingen simultaan te schatten, kan SEM relaties identificeren tussen variabelen die elkaar wederzijds beïnvloeden,

waarbij rekening wordt gehouden met de correlatie tussen de storingstermen. In lijn met de studie van Zellner & Theil (1962) waarin zij de *Three-Stage Least Squares* (3SLS) schattingsmethode introduceren voor *Simultaneous Equation Models*, zal een SEM worden geschat om de wederzijdse beïnvloeding tussen sociale integratie en mentale gezondheid te bepalen. Het SEM zal de vergelijkingen van *duurinstapwerk* en *freqsociaal*, en *duurinstapwerk* en *gezond* simultaan schatten. Door mogelijke versterkende effecten tussen sociale integratie en mentale gezondheid te schatten met behulp van een SEM, kan een beter inzicht worden verkregen in de mechanismen die de potentiële effecten van instapwerk op deelnemers bepalen.

5. Resultaten

5.1 Instapwerk, frequentie van sociaal contact en gezondheid

Tabel 3

OLS-regressies voor duur instapwerk, frequentie van sociaal contact en gezondheid

	(1)	(2)	(3)	(4)
	Frequentie sociaal contact	Gezondheid	Frequentie sociaal contact	Gezondheid
Duur instapwerk	.044** (.019)	.038 (.054)	.033 (.027)	.027 (.066)
Controlevariabelen			✓	✓
Observaties	47	48	45	46

Noot. $p < 0,1^*$, $p < 0,05^{**}$, $p < 0,01^{***}$. Controlevariabelen: *opleidingsniveau, leeftijd, geslacht, moedertaal en gezinssituatie*

In tabel 3 worden de resultaten weergegeven van de regressieanalyses die zijn uitgevoerd om de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en zowel de frequentie van sociaal contact als gezondheid te onderzoeken, zonder en met controlevariabelen.

Het eerste model betreft een OLS-regressie die is uitgevoerd om de relatie tussen *duurinstapwerk* en *fregsociaal* te onderzoeken, waarin geen controlevariabelen zijn opgenomen. De analyse toont een positieve coëfficiënt van 0.044, wat wijst op een toename van de frequentie van sociaal contact per week met 0.044 op een schaal van 5 voor elke extra maand deelname aan het instapwerk. Deze positieve relatie is statistisch significant op een betrouwbaarheidsniveau van 95%. Dit is opmerkelijk, gezien het gebrek aan statistische significantie bij de correlatiecoëfficiënt tussen *duurinstapwerk* en *fregsociaal* in tabel 2. Deze discrepantie kan mogelijk worden verklaard doordat in de regressieanalyse een constante wordt meegenomen, terwijl dit niet het geval is bij de berekening van Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënt. Door het opnemen van een constante geeft de regressieanalyse een completer beeld van de relatie tussen de variabelen en kan de variantie in de afhankelijke variabele beter worden verklaard.

In model 2 wordt de relatie tussen *duurinstapwerk* en *gezond* geschat, ook zonder controlevariabelen. De positieve regressiecoëfficiënt van 0.038 suggereert een toename van gezondheid met 0.038 op een schaal van 9 voor elke extra maand deelname aan het instapwerk, maar deze relatie is op geen enkel betrouwbaarheidsniveau statistisch significant.

Het derde model herhaalt de schatting van de relatie tussen *duurinstapwerk* en *fregsociaal*, dit keer met controlevariabelen. De regressiecoëfficiënt van 0.033 duidt nog steeds op een positieve relatie, maar deze is niet statistisch significant. Dit kan erop wijzen dat de controlevariabelen een deel van de relatie verklaren.

Model 4 schat opnieuw de relatie tussen *duurinstapwerk* en *gezond*, nu met controlevariabelen. De positieve regressiecoëfficiënt van 0.027 suggereert opnieuw een positieve relatie, maar deze is niet statistisch significant.

De resultaten van tabel 3 tonen geen sterk bewijs voor een positieve relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en zowel sociale integratie als mentale gezondheid. Hoewel model 1, zonder controlevariabelen, een statistisch significante positieve relatie laat zien tussen de duur van deelname aan het instapwerk en de frequentie van sociaal contact, worden in de modellen met controlevariabelen geen statistisch significante positieve relaties gevonden.

Er is geen sprake van een echt nuleffect, omdat de standaardfouten groot zijn. De grote standaardfouten zijn het gevolg van het beperkte aantal observaties. Om sterker bewijs te kunnen vinden voor een significante positieve relatie tussen instapwerk en zowel sociale integratie als mentale gezondheid zijn meer observaties nodig.

5.2 Instapwerk, sociaal contact als motivatie, stress en geluk

Tabel 4

OLS-regressies voor duur instapwerk, sociaal contact, stress en geluk

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Sociaal contact	Stress	Geluk	Sociaal contact	Stress	Geluk
Duur instapwerk	-.012 (.010)	-.027 (.045)	.037 (.033)	.011 (.011)	-.001 (.056)	.081 (.055)
Controlevariabelen				✓	✓	✓
Observaties	49	48	48	46	46	46

Noot. $p < 0,1^*$, $p < 0,05^{**}$, $p < 0,01^{***}$. Controlevariabelen: *opleidingsniveau, leeftijd, geslacht, moedertaal en gezinssituatie*

In tabel 4 worden de resultaten weergegeven van regressieanalyses die de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en sociaal contact als motivatie, stress en geluk onderzoeken. Model 1 schat de relatie tussen *duurinstapwerk* en *sociaalcontact*, zonder controlevariabelen. De regressiecoëfficiënt is -0.012, wat duidt op een negatieve relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en sociaal contact als motivatie om deel te nemen aan het instapwerk. Dit suggereert dat voor elke extra maand deelname de kans dat sociaal contact een belangrijke motivatie is iets afneemt, maar deze relatie is op geen enkel betrouwbaarheidsniveau statistisch significant.

Model 2 toont de relatie tussen *duurinstapwerk* en *stress*, eveneens zonder controlevariabelen. De negatieve regressiecoëfficiënt van -0.027 suggereert een afname van stress met 0.027 punten op een 9-puntsschaal voor elke extra maand deelname. Aangezien een lagere score op de schaal meer stress betekent, zou dit juist een toename van stress impliceren. De relatie is echter niet significant.

In model 3 wordt de relatie tussen *duurinstapwerk* en *gelukkig* geschat, zonder controlevariabelen. De positieve regressiecoëfficiënt van 0.037 suggereert een toename van geluk voor elke extra maand deelname aan het instapwerk, maar ook deze relatie is niet statistisch significant.

Model 4 herhaalt de schatting van de relatie tussen *duurinstapwerk* en *sociaalcontact*, dit keer met controlevariabelen. De regressiecoëfficiënt van 0.011 suggereert een positieve relatie, maar deze is niet statistisch significant.

Model 5 schat de relatie tussen *duurinstapwerk* en *stress* met controlevariabelen. De negatieve regressiecoëfficiënt van -0.001 suggereert een zeer kleine negatieve relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en stress, en ook deze is niet significant.

Tot slot schat model 6 de relatie tussen *duurinstapwerk* en *gelukkig*, met controlevariabelen. De regressiecoëfficiënt van 0.081 impliceert een positieve relatie, maar is wederom niet significant.

Uit de resultaten van tabel 4 blijkt dat er geen overtuigend bewijs is voor een positieve relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en sociaal contact al motivatie om deel te nemen aan het instapwerk. Evenmin is er sterk bewijs voor een positieve relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en stress of geluk. Hoewel de modellen kleine positieve of negatieve relaties suggereren, zijn deze relaties niet significant. Mogelijke oorzaken hiervoor zijn grote standaardfouten als gevolg van een beperkt aantal observaties. Meer observaties zijn nodig zijn om duidelijke en significante relaties vast te kunnen stellen.

5.3 Sociale integratie en mentale gezondheid

Tabel 5

SEM van duurinstapwerk, frequentie sociaal contact en gezondheid

	(1) Frequentie sociaal contact	(2) Gezondheid	(3) Frequentie sociaal contact	(4) Gezondheid
Duur instapwerk	.044* (.023)	.038 (.056)	.033 (.024)	.019 (.060)
Controlevariabelen			✓	✓
Corr(u,ε)		.047 (.148)		.128 (.151)

R-squared	.073	.005	.247	.154
Observaties	48	48	46	46

Noot. $p < 0,1^*$, $p < 0,05^{**}$, $p < 0,01^{***}$. Controlevariabelen: *opleidingsniveau*, *leeftijd*, *geslacht*, *moedertaal* en *gezinssituatie*

In tabel 5 worden de resultaten van het SEM weergegeven. Model 1 onderzoekt de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en de frequentie van sociaal contact, terwijl model 2 de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en gezondheid onderzoekt. Model 3 en 4 repliceren respectievelijk model 1 en 2, maar voegen controlevariabelen toe voor een meer gedetailleerde analyse.

Bij de schatting van deze modellen wordt rekening gehouden met de mogelijkheid dat de variabelen elkaar wederzijds beïnvloeden door de regressiemodellen simultaan te schatten. Dit betekent dat de relatie tussen de variabelen wordt geschat met inachtneming van hun onderlinge afhankelijkheid, wat een belangrijk verschil is met de eerdere OLS-regressies.

In model 1 wordt de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en de frequentie van sociaal contact geschat, waarbij ook de invloed van gezondheid op de frequentie van sociaal contact wordt meegenomen. De regressiecoëfficiënt van 0.044 komt overeen met die van model 1 in tabel 3 en impliceert een toename van de frequentie van sociaal contact per week voor elke extra maand deelname aan instapwerk. Deze positieve relatie is significant op een betrouwbaarheidsniveau van 90%, dus minder significant dan model 1 van tabel 3. Dit is het gevolg van de inachtneming van de wederzijdse beïnvloeding van de variabelen *freqsociaal* en *gezond* in de schatting.

Model 2 toont een positieve relatie tussen de duur van deelname aan instapwerk en gezondheid wanneer ook de invloed van de frequentie van sociaal contact op gezondheid wordt meegenomen. De positieve regressiecoëfficiënt van 0.038 komt overeen met die van model 2 in tabel 3. De positieve regressiecoëfficiënt is net zoals in tabel 3 niet significant.

Bij het simultaan schatten van regressiemodellen wordt ook rekening gehouden met de correlatie tussen de storingstermen van de verschillende vergelijkingen. De waarde van $\text{corr}(u, \epsilon)$ in model 2 geeft de correlatie tussen de storingstermen van model 1 en 2. Hiermee kan worden onderzocht of gezondheid en de frequentie van sociaal contact eerder substituten of complementen zijn. In dit geval is de waarde positief, wat duidt op een positieve correlatie tussen de storingstermen. Dit suggereert dat de frequentie van sociaal contact en gezondheid

eerder complementen zijn dan substituten, en elkaar dus versterken. De positieve correlatie is echter niet statistisch significant vanwege de grote standaardfout, die het gevolg is van het beperkte aantal observaties. Dit beperkte aantal zorgt voor een lage statistische kracht, waardoor het moeilijker wordt om een significant effect te detecteren.

Model 3 is een herhaling van model 1, dit keer met toevoeging van controlevariabelen. De positieve regressiecoëfficiënt is niet meer significant en is gelijk aan de positieve regressiecoëfficiënt uit tabel 3. Model 4 is een herhaling van model 2, maar met toevoeging van controlevariabelen. In vergelijking met tabel 3 is de niet-significante positieve regressiecoëfficiënt in model 4 iets kleiner geworden. Op basis van deze resultaten is er geen sterk bewijs voor een positieve relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en de frequentie van sociaal contact en gezondheid wanneer de beïnvloeding tussen de frequentie van sociaal contact en gezondheid wordt meegenomen in de analyse.

De waarde van $\text{corr}(u,\varepsilon)$ in model 4 geeft de correlatie tussen de storingstermen van modellen 3 en 4 weer. Hoewel de positieve waarde wijst op een positieve relatie tussen de storingstermen van de frequentie van sociaal contact en gezondheid, wat suggereert dat er versterkende effecten zijn tussen deze twee variabelen, kan niet worden geconcludeerd dat deze correlatie significant is vanwege de grote standaardfout.

De resultaten van het SEM bieden geen overtuigend bewijs voor een duidelijk versterkend effect van sociale integratie op mentale gezondheid, of vice versa. De regressiecoëfficiënten komen overeen met die van de OLS-regressies. Een verschil is dat de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en de frequentie van sociaal contact minder significant wordt wanneer rekening wordt gehouden met de wederzijdse beïnvloeding van gezondheid en de frequentie van sociaal contact. Concluderend kan worden gesteld dat er enige wederzijdse beïnvloeding tussen deze variabelen lijkt te zijn. De niet-significantie van de positieve waarde van de correlatiecoëfficiënt van de storingstermen suggereert dat er geen sterk bewijs is voor versterkende effecten tussen sociale integratie en mentale gezondheid, maar dat wel eerder van complementen gesproken kan worden dan van substituten. Meer observaties zijn noodzakelijk om mogelijke versterkende effecten aan te kunnen tonen.

5.4 Robuustheidscontroles

Tabel 6 en 7 tonen de resultaten van de robuustheidscontroles. Met OLS-regressies is gekeken naar verschillen in resultaten tussen de verschillende stichtingen waar het instapwerk wordt uitgevoerd. Terwijl de eerdere analyses zich richtten op heterogeniteit op individueel niveau, wordt hier gekeken naar de heterogeniteit tussen de verschillende stichtingen. Verschillen in de opzet van het instapwerk, de aard van de activiteiten en de startmomenten van de stichtingen zijn allemaal factoren die kunnen variëren en tot verschillende resultaten kunnen leiden. Het integreren van deze verschillen in de analyse biedt een alternatieve benadering om heterogeniteit te onderzoeken. Mogelijk verschilt de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en sociale integratie, en de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en mentale gezondheid per stichting. Het uitvoeren van deze robuustheidscontrole is daarom essentieel om mogelijke verschillen tussen de stichtingen te onderzoeken.

5.4.1 Instapwerk, frequentie van sociaal contact en gezondheid per stichting

Tabel 6

OLS-regressies van duur instapwerk en frequentie sociaal contact en gezondheid per stichting

	Frequentie sociaal contact				Gezondheid			
	(1) WW	(2) LP	(3) GS	(4) Alle stichtingen	(5) WW	(6) LP	(7) GS	(8) Alle stichtingen
Duur instapwerk	.056 (.081)	.035 (.050)	-.106** (.029)	.018 (.030)	-.216** (.089)	.194 (.275)	-.050 (.172)	-.019 (.073)
LP				-.300 (.758)				-1.421 (1.308)
GS				.728 (.661)				2.015 (1.358)
Controlevariabelen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Observaties	22	10	13	45	22	10	14	46

Noot. p<0,1*, p<0.05**, p<0.01***. Controlevariabelen: *opleidingsniveau, leeftijd, geslacht, moedertaal en gezinssituatie*

Tabel 6 toont de resultaten van de OLS-regressies die de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en zowel de frequentie van sociaal contact (modellen 1 t/m 4) als gezondheid (modellen 5 t/m 8) onderzoeken, waarbij de verschillen tussen de drie stichtingen worden meegenomen. In modellen 1 t/m 3 en 5 t/m 7 wordt per stichting afzonderlijk gekeken, wat impliceert dat zowel de effecten van de duur van deelname aan het instapwerk als de effecten van de achtergrondkenmerken van personen op de afhankelijke variabelen kunnen verschillen per stichting.

In model 1 wordt een positieve relatie van 0.056 gevonden tussen de duur van deelname aan het instapwerk en de frequentie van sociaal contact voor stichting Wijk vol Waarde (WW), maar deze relatie is niet statistisch significant. Model 2 laat een positieve relatie van 0.035 zien tussen de duur van deelname aan het instapwerk en de frequentie van sociaal contact voor stichting Lichtpuntjes (LP), maar ook deze is ook niet statistisch significant. Model 3 toont een negatieve relatie van -0.106 tussen de duur van deelname aan het instapwerk en de frequentie van sociaal contact bij stichting Gewoon Sociaal (GS). Deze negatieve regressiecoëfficiënt duidt op een afname van de frequentie van sociaal contact met gemiddeld 0.106 op een schaal van 5 en is statistisch significant op een betrouwbaarheidsniveau van 95%.

In model 4 wordt op een alternatieve manier rekening gehouden met de verschillen tussen de stichtingen. In dit model worden dummyvariabelen voor stichting Lichtpuntjes en Gewoon Sociaal toegevoegd als controlevariabelen aan de regressie, wat neerkomt op een soort stichting *fixed-effect*. Dit betekent dat de specifieke kenmerken van de stichtingen in de analyse worden opgenomen en het aantal observaties wordt behouden, terwijl ervan wordt uitgegaan dat de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en de afhankelijke variabele (de frequentie van sociaal contact) homogeen is over de stichtingen. Heterogeniteit in het effect van instapwerk doet er niet meer toe. Dit resulteert in een positieve relatie van 0.018 tussen de duur van deelname aan het instapwerk en de frequentie van sociaal contact, maar deze relatie is niet statistisch significant. In model 4 worden ook de coëfficiënten van de stichtingen weergegeven. Deze geven de verschillen weer van stichting Lichtpuntjes en Gewoon Sociaal ten opzichte van Wijk vol Waarde, de stichting die als referentie wordt gebruikt. De coëfficiënten van de stichtingen zijn niet significant, wat impliceert dat er geen statistisch significant verschil is tussen de stichtingen wat betreft het effect op de uitkomstvariabele (de frequentie van sociaal contact).

Model 5 toont een negatieve regressiecoëfficiënt voor de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en gezondheid voor stichting Wijk vol Waarde. Dit suggereert dat elke extra maand deelname aan het instapwerk gepaard gaat met een afname van 0.216 op een schaal van 9 voor gezondheid. Deze relatie is statistisch significant op een betrouwbaarheidsniveau van 95%. Model 6 laat een positieve relatie van 0.194 zien tussen de duur van deelname aan het instapwerk en gezondheid voor stichting Lichtpuntjes, maar deze is niet statistisch significant. Model 7 geeft een negatieve relatie van -0.050 tussen de duur van deelname aan het instapwerk en gezondheid voor stichting Gewoon Sociaal. De relatie is wederom niet statistisch significant. In model 8 worden dummyvariabelen voor stichting Lichtpuntjes en Gewoon Sociaal meegenomen. Dit resulteert in een negatieve regressiecoëfficiënt van -0.019, die niet statistisch significant is. Ook worden in model 8 de coëfficiënten van Lichtpuntjes en Gewoon Sociaal weergegeven. Deze zijn wederom niet significant, wat betekent dat er geen statistisch significante variatie is tussen de stichtingen ten opzichte van Wijk vol Waarde wat betreft hun effect op gezondheid.

De variabiliteit in de resultaten die we zien in model 1, 2, 3, 5, 6 en 7 is opvallend. Voor de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en de frequentie van sociaal contact blijkt geen eenduidig patroon te bestaan. Bij stichting Gewoon Sociaal wordt een significante negatieve relatie gevonden, terwijl bij de regressieanalyses van de andere afzonderlijke stichtingen, evenals bij de analyse van alle stichtingen gezamenlijk met het gebruik van dummyvariabelen, een niet-significante positieve relatie wordt gevonden. Wat betreft de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en gezondheid zijn er ook variaties tussen de stichtingen. Model 5 toont een significante negatieve relatie voor Wijk vol Waarde, terwijl bij de regressieanalyses van Lichtpuntjes en Gewoon Sociaal geen significante relaties worden gevonden. De analyse van alle stichtingen gezamenlijk met toevoeging van dummyvariabelen geeft een niet-significante negatieve relatie. De coëfficiënten van de stichting Lichtpuntjes en Gewoon Sociaal in model 4 en 8 zijn niet significant, wat impliceert dat er geen statistisch significant verschil is tussen de stichtingen ten opzichte van Wijk vol Waarde wat betreft het effect op de uitkomstvariabelen (de frequentie van sociaal contact en gezondheid). Concluderend suggereren deze bevindingen dat er variabiliteit bestaat tussen de stichtingen wat betreft het effect van deelname aan het instapwerk op de frequentie van sociaal contact en gezondheid, maar dat deze variabiliteit mogelijk wordt verklaard door andere factoren dan de stichtingen zelf.

5.4.2 Instapwerk, sociaal contact als motivatie, stress en geluk per stichting

Om beter inzicht te krijgen in mogelijke mechanismen achter de variaties, wordt de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en alternatieve afhankelijke variabelen onderzocht. Deze variabelen omvatten sociaal contact als motivatie om deel te nemen aan het instapwerk (*sociaalcontact*) en specifieke aspecten van mentale gezondheid, namelijk *stress* en *geluk*. Zo wordt onderzocht of de gevonden relaties in tabel 6 consistent statistisch significant blijven bij het gebruik van andere afhankelijke variabelen.

Tabel 7

OLS-regressies voor duur instapwerk, sociaal contact, stress en geluk

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	GS	Alle stichtingen	WW	Alle stichtingen	WW	Alle stichtingen
	Sociaal contact	Sociaal contact	Stress	Stress	Geluk	Geluk
Duur instapwerk	-.037 (.035)	-.008 (.011)	.049 (.096)	-.058 (.043)	-.117** (.037)	.046 (.046)
LP		-.415 (.281)		-1.584 (.980)		-1.311 (1.130)
GS		-.387 (.319)		2.551*** (.892)		1.414 (.980)
Controlevar	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Observaties	14	46	22	46	22	46

Noot. $p < 0,1^*$, $p < 0,05^{**}$, $p < 0,01^{***}$. Controlevariabelen: *opleidingsniveau*, *leeftijd*, *geslacht*, *moedertaal* en *gezinssituatie*

In tabel 7 wordt in model 1 de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en sociaal contact als motivatie onderzocht voor de stichting Gewoon Sociaal. De regressiecoëfficiënt blijft negatief, maar is minder sterk en niet langer statistisch significant. In model 2, waarin dummyvariabelen voor de verschillende stichtingen zijn meegenomen, is de regressiecoëfficiënt ook negatief geworden, maar niet statistisch significant. Ook worden de coëfficiënten van stichting Lichtpuntjes en Gewoon Sociaal weergegeven. De coëfficiënten

zijn niet statistisch significant, wat betekent dat er geen statistisch significant verschil is tussen de stichtingen ten opzichte van Wijk vol Waarde wat betreft het effect op sociaal contact als motivatie.

Om inzicht te krijgen in de mentale gezondheidsaspecten die mogelijk een rol spelen bij de gevonden negatieve relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en gezondheid bij Wijk vol Waarde, wordt in model 3 de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en stress onderzocht. Deze relatie is niet langer negatief en is ook niet statistisch significant. In model 4, waarin alle stichtingen zijn meegenomen, is de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en stress opnieuw negatief maar niet significant, vergelijkbaar met de bevindingen voor algemene gezondheid in tabel 6. Ook zijn de coëfficiënten van de stichtingen opgenomen in model 4. De positieve coëfficiënt van 2.551 bij Gewoon Sociaal is statistisch significant op een betrouwbaarheidsniveau van 99%. Dit suggereert dat deelname aan het instapeconomieprogramma bij stichting Gewoon Sociaal geassocieerd is met lagere stressniveaus in vergelijking met Wijk vol Waarde. De coëfficiënt van Lichtpuntjes is niet statistisch significant.

Vervolgens wordt gekeken naar de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en geluk. In model 5 wordt een statistisch significante negatieve relatie gevonden, wat consistent is met de bevindingen in model 5 van tabel 6. Wanneer in model 6 alle stichtingen worden meegenomen met dummyvariabelen, resulteert dit in een positieve maar niet statistisch significante relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en geluk. De coëfficiënten van de stichtingen zijn niet statistisch significant, wat impliceert dat er geen statistisch significante variatie is tussen de stichtingen wat betreft hun effect op geluk.

De relaties tussen de duur van deelname aan het instapwerk, sociale integratie en mentale gezondheid lijken afhankelijk te zijn van de kenmerken van de afzonderlijke stichtingen. Ook veranderen de resultaten wanneer alternatieve afhankelijke variabelen worden gebruikt. Zo vertoont de duur van deelname aan het instapwerk en de frequentie van sociaal contact bij Gewoon Sociaal geen significante negatieve relatie meer als sociaal contact als motivatie wordt genomen als afhankelijke variabele. Wanneer stress als afhankelijke variabele wordt genomen, is de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en stress bij Wijk vol Waarde ook niet langer significant en negatief, maar deze blijft wel significant en negatief voor geluk. Dit suggereert dat stress mogelijk geen belangrijke factor is in de gevonden relatie tussen de duur

van deelname aan het instapwerk en gezondheid, terwijl geluk wel een belangrijk aspect van gezondheid is dat negatief wordt beïnvloed door de duur van deelname aan het instapwerk bij Wijk vol Waarde. De coëfficiënten van de stichtingen zijn niet significant, wat impliceert dat er geen statistisch significant verschil is tussen de stichtingen wat betreft het effect op de uitkomstvariabelen (sociaal contact als motivatie en geluk). De variabiliteit tussen stichtingen wordt mogelijk verklaard door andere factoren dan de stichtingen zelf, zoals de achtergrondkenmerken van de deelnemers. De coëfficiënt van Gewoon Sociaal is wel statistisch significant; deelname aan stichting Gewoon Sociaal zou geassocieerd zijn met lagere stressniveaus in vergelijking met Wijk vol Waarde.

Het is belangrijk om op te merken dat het startniveau een belangrijke rol kan spelen in de effecten van het instapwerk. Het is dan ook logisch dat effecten wellicht kleiner zijn bij deelnemers die al relatief gezond en gelukkig zijn voordat ze aan het programma deelnemen. De negatieve relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en gezondheid bij Wijk vol Waarde kan waarschijnlijk worden verklaard doordat de gezondheid en het geluksniveau van de deelnemers bij aanvang al relatief goed was.

In tabel 8 zijn de gemiddelde waarden van verschillende variabelen voor de stichtingen weergegeven. Opvallend is dat deelnemers van Wijk vol Waarde gemiddeld minder lang deelnemen aan het instapeconomieprogramma (7.545 maanden) vergeleken met Lichtpuntjes (9.808 maanden) en Gewoon Sociaal (11.500 maanden). Daarnaast is sociaal contact voor 82% van de deelnemers van Wijk vol Waarde een motivatie om deel te nemen aan het instapwerk, terwijl dit bij Lichtpuntjes 50% is en bij Gewoon Sociaal slechts 27%. Verder was voor veel deelnemers van Wijk vol Waarde het verbeteren van hun Nederlandse taalvaardigheid een belangrijke motivatie om deel te nemen aan het instapwerk, vooral door het volgen van taallessen. Bij Wijk vol Waarde heeft 68% van de deelnemers een andere moedertaal dan het Nederlands, terwijl dit percentage bij Lichtpuntjes 57% is en bij Gewoon Sociaal 40%. Hierdoor zouden minder positieve effecten op de gezondheid te verwachten kunnen zijn, gezien de focus eerder ligt op taalverbetering dan op factoren die de gezondheid beïnvloeden.

Tabel 8

Gemiddelde waarden van duur instapwerk, gezondheid, stress, geluk, frequentie sociaal contact, sociaal contact, opleidingsniveau, leeftijd, geslacht, moedertaal en gezinssituatie

Variabele	WW	LP	GS
Duur instapwerk (in maanden)	7.545	9.808	11.500
Gezondheid (1 t/m 9)	5.000	4.769	6.000
Stress (1 t/m 9)	4.818	4.538	6.333
Gelukkig (1 t/m 9)	7.000	6.154	7.667
Frequentie sociaal contact (1 t/m 5)	3.818	4.308	4.286
Sociaal contact (1 = wel, 0 = geen)	.818	.500	.267
Opleidingsniveau (1 t/m 6)	2.409	4.167	2.133
Leeftijd (in jaren)	46.591	48.571	48.533
Geslacht (1 = vrouw, 0 = man)	.773	.786	.333
Moedertaal (1 = Nederlands, 0 = anders)	.318	.429	.600
Gezinssituatie (1 t/m 4)	3.182	2.769	1.600

6. Conclusie

In deze scriptie is onderzocht in hoeverre het instapeconomieprogramma in de regio Zuidwest van de gemeente Den Haag bijdraagt aan veranderingen in de sociale integratie en mentale gezondheid van deelnemers, en hoe deze aspecten zich tot elkaar verhouden. Door middel van de heterogeniteit in startmomenten van de deelnemers zijn veranderingen in de afhankelijke variabelen over tijd geobserveerd, waarmee het effect van het instapwerk op aspecten van sociale integratie en gezondheid van deelnemers kon worden beoordeeld. Eerst werden OLS-regressies uitgevoerd voor zowel sociale integratie als mentale gezondheid, met verschillende afhankelijke variabelen om een dieper inzicht te krijgen in deze relatie. Vervolgens is de wederzijdse beïnvloeding tussen sociale integratie en gezondheid onderzocht door middel van een SEM. Tot slot zijn robuustheidscontroles uitgevoerd om de variabiliteit in resultaten tussen de stichtingen te onderzoeken. In dit hoofdstuk worden de conclusies en beleidsimplicaties gepresenteerd.

Op basis van het vitamine model, de *agency* theorie, de roltheorie en de sociale integratiehypothese werd verwacht dat het instapeconomieprogramma een positief effect heeft op de mentale gezondheid van deelnemers. De resultaten van de OLS-regressies tussen de duur van deelname aan het instapwerk en gezondheid laten een positieve relatie zien, maar deze is niet significant. Wanneer gespecificeerd wordt naar de mentale gezondheidsaspecten stress en geluk, worden kleine niet-significante negatieve relaties gevonden voor stress en positieve niet-significante relaties voor geluk. Er is dus geen overtuigend bewijs voor een positieve relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en mentale gezondheid.

De verwachting was ook dat het instapeconomieprogramma een positief effect zou hebben op de sociale integratie van deelnemers door het bevorderen van sociale contacten en de betrokkenheid bij collectieve doelen. De resultaten van de OLS-regressies die de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en de frequentie van sociaal contact schatten, tonen aan dat er geen sterk bewijs is voor een positieve relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en sociale integratie. Hoewel een statistisch significante positieve relatie wordt gevonden tussen de duur van deelname en de frequentie van sociaal contact in een model zonder controlevariabelen, verdwijnt deze significantie wanneer controlevariabelen worden toegevoegd. Wanneer gekeken wordt naar de relatie tussen de duur van deelname aan het

instapwerk en sociaal contact als motivatie om deel te nemen aan het instapwerk, wordt een positieve relatie gevonden in het model met controlevariabelen, maar wederom niet significant.

Verder werd verwacht dat sociale integratie en mentale gezondheid elkaar zouden versterken, gezien deelname aan het instapwerk zou kunnen leiden tot positieve sociale interacties die de mentale gezondheid zouden verbeteren. Een betere mentale gezondheid zou op zijn beurt kunnen leiden tot het aangaan van meer sociale relaties. Deze hypothese werd onderzocht met behulp van een SEM, waarbij rekening werd gehouden met de mogelijkheid dat de variabelen gezondheid en de frequentie van sociaal contact elkaar wederzijds beïnvloeden door de regressiemodellen simultaan te schatten. Hoewel de resultaten enige positieve beïnvloeding suggereren tussen gezondheid en de frequentie van sociaal contact, is de positieve correlatie niet statistisch significant. Hierdoor ontbreekt overtuigend bewijs dat aantoont dat de frequentie van sociaal contact en gezondheid complementen zijn.

De resultaten van de robuustheidscontroles laten variabiliteit zien tussen de stichtingen in de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en zowel sociale integratie als mentale gezondheid. Bij Gewoon Sociaal wordt een significante negatieve relatie gevonden tussen de duur van deelname aan het instapwerk en de frequentie van sociaal contact, die niet meer significant is als sociaal contact als motivatie om deel te nemen aan het instapwerk als afhankelijke variabele wordt genomen. Bij Wijk vol Waarde wordt een negatieve relatie gevonden voor gezondheid, die consistent blijft bij geluk als afhankelijke variabele, maar niet meer significant is voor stress. De coëfficiënten van de stichtingen zelf zijn echter niet significant, wat betekent dat er geen statistisch significante verschillen zijn tussen stichting Lichtpuntjes en Gewoon Sociaal ten opzichte van Wijk vol Waarde op de uitkomstvariabelen. Mogelijk worden de gevonden verschillen verklaard door andere factoren, zoals de achtergrondkenmerken van de deelnemers. Dit geldt niet voor Gewoon Sociaal met betrekking tot stress. De statistisch significante coëfficiënt suggereert dat deelname aan stichting Gewoon Sociaal geassocieerd is met lagere stressniveaus in vergelijking met Wijk vol Waarde. Vervolgonderzoek wordt aanbevolen om de mogelijke verschillen tussen stichtingen verder te onderzoeken.

De belangrijkste bevindingen van dit onderzoek zijn dat er indicaties zijn dat zowel sociale integratie als mentale gezondheid verbeteren na deelname aan het instapeconomieprogramma, maar dat er meer onderzoek nodig is om deze relatie te bevestigen. Een mogelijke verklaring

voor de niet-significante, maar overwegend positieve relaties zijn de grote standaardfouten als gevolg van het beperkte aantal observaties. Daarnaast is het goed mogelijk dat verbeteringen pas op de lange termijn zichtbaar worden, gezien de gemiddelde deelnametijd relatief kort is. Een andere belangrijke bevinding is dat de resultaten van de robuustheidscontroles variabiliteit suggereren tussen de verschillende stichtingen in de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en zowel sociale integratie als mentale gezondheid. Waarschijnlijk kan een groot deel van de verschillen verklaard worden door de achtergrondkenmerken van deelnemers.

Gezien de resultaten die wijzen op positieve effecten van het instapeconomieprogramma en de mogelijkheid dat positieve effecten pas op de lange termijn zichtbaar worden, wordt aanbevolen om het programma uit te breiden naar meer deelnemers en andere gemeenten. Deelnemers geven aan dat zij dankzij het instapwerk weer de deur uitkomen, dat het structuur aan hun dag geeft en dat zij sociale contacten opdoen. Aangezien mentale gezondheid en sociale integratie elkaar lijken te beïnvloeden, is het belangrijk om beide aspecten te bevorderen door stimulering en uitbreiding van deelname aan het instapwerk.

De instapeconomie richt zich specifiek op langdurig bijstandsgerechtigden, een kwetsbare groep voor wie uitstroom naar betaald werk op de korte termijn vaak geen reëel perspectief is. Voor deze mensen is het instapwerk extra waardevol, gezien de multiproblematiek waarmee zij vaak te maken hebben. Het instapwerk kan positieve effecten hebben op de samenleving als geheel door het welzijn van deze groep te verbeteren.

In tegenstelling tot de huidige eenzijdige focus van gemeenten op uitstroom naar de reguliere arbeidsmarkt, biedt het instapwerk een alternatieve vorm van participatie die maatwerk levert, aansluitend op de problematiek en capaciteiten van deelnemers. De instapeconomie overbrugt de kloof tussen werkloosheid en betaald werk door een waardevol alternatief te bieden voor degenen voor wie de reguliere arbeidsmarkt (nog) buiten bereik ligt. Door deze groep te laten participeren in de samenleving, worden voordelen gecreëerd voor zowel de deelnemers zelf als voor de samenleving als geheel. Daarom is het essentieel om dit programma te blijven ondersteunen en verder uit te breiden.

7. Discussie

Hoewel dit onderzoek interessante inzichten heeft opgeleverd in de relatie tussen de duur van deelname aan het instapwerk en sociale integratie en mentale gezondheid, zijn er verschillende beperkingen die in acht moeten worden genomen.

Ten eerste ontbrak een nulmeting, waardoor de waarden van de afhankelijke variabelen niet konden worden bepaald bij aanvang van deelname aan het instapeconomieprogramma. Dit maakt het lastig om de verbetering in de situatie van deelnemers gedurende het programma te beoordelen. In plaats daarvan werd gekeken naar verschillen in de duur van deelname tussen deelnemers, maar de starttijden en dus de duur van het volgen van het programma op dat moment van deelnemers lagen vaak dicht bij elkaar. Dit bemoeilijkt de identificatie van daadwerkelijke effecten, zelfs als er significante resultaten werden gevonden. Daarom zou het nuttig zijn om de situatie van deelnemers voor of net aan het begin van hun deelname te meten. Een andere optie zou een controlegroep zijn die niet een dergelijk programma heeft gevolgd, maar qua achtergrond wel vergelijkbaar is met de groep die dat wel heeft, zodat deze met elkaar kunnen worden vergeleken.

Een andere beperking van dit onderzoek is het kleine aantal observaties, namelijk 51. Dit beperkte aantal leidt tot grote standaardfouten en vermindert de statistische kracht van de schattingen. Dit roept twijfels op over de representativiteit van de resultaten en hun generaliseerbaarheid naar de bredere doelgroep. Door meer deelnemers te enquêteren in vervolgonderzoek, kan de steekproefomvang worden vergroot, waardoor de standaardfouten kleiner worden. Dit zal leiden tot een verhoging van de representativiteit van de resultaten voor de gehele onderzoekspopulatie en conclusies die bruikbaar zijn voor een breder scala aan deelnemers.

Het is ook belangrijk om te overwegen in welke mate de vragen uit de enquête de werkelijke effecten op sociale integratie en mentale gezondheid kunnen vastleggen binnen de relatief korte duur van het instapeconomieprogramma. Gezien gezondheid vaak een langetermijninvestering is, is het twijfelachtig of significante veranderingen op dit gebied binnen beperkte tijd zichtbaar en aantoonbaar zijn.

Verder onderzoek is nodig om langetermijneffecten te onderzoeken en deze beter te begrijpen. Door longitudinale data te verzamelen en deelnemers gedurende een langere periode te volgen,

kunnen trends in de afhankelijke variabelen zoals gezondheid worden waargenomen. Dit type data maakt het mogelijk om veranderingen over tijd te observeren en beter te controleren voor ongeobserveerde heterogeniteit. Hierdoor kunnen nauwkeurigere conclusies worden getrokken over de relatie tussen instapwerk en sociale integratie en mentale gezondheid.

Tot slot is het van belang om de variatie tussen de deelnemende stichtingen nader te onderzoeken door in vervolgonderzoek rekening te houden met contextuele factoren. Dit omvat onder andere de startmomenten van de stichtingen, de aard van de aangeboden instapwerkactiviteiten, de intensiteit en vorm van de begeleiding, en de aanpak voor verschillende doelgroepen.

Concluderend is er ondanks de waardevolle inzichten van dit onderzoek behoefte aan vervolgonderzoek dat de genoemde beperkingen adresseert. Door een nulmeting uit te voeren, het aantal observaties te vergroten, longitudinale data te verzamelen en contextuele variaties tussen stichtingen te onderzoeken, kan toekomstig onderzoek bijdragen aan een beter begrip van de effecten van het instapeconomieprogramma. Dit zou kunnen helpen om het programma effectiever en succesvoller te maken in het bevorderen van sociale integratie en mentale gezondheid onder deelnemers.

8. Literatuurlijst

- Abramson, B., Boerma, J., & Tsyvinski, A. (2024). *Macroeconomics of Mental Health* (No. w32354). National Bureau of Economic Research.
- Alphen, B. V., & Guernaoui, R. (2019). *Werkoffensief +500*.
<https://zorgscala.nl/wpcontent/uploads/2020/05/Actieplan-Werkoffensief-%20500.pdf>
- Antonucci, T. C., Fuhrer, R., & Dartigues, J. F. (1997). Social relations and depressive symptomatology in a sample of community-dwelling French older adults. *Psychology and aging, 12*(1), 189.
- Barnett, R. C., & Hyde, J. S. (2001). Women, men, work, and family: An expansionist theory. *American psychologist, 56*(10), 781.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine, 51*(6), 843-857.
- Borgonovi, F. (2008). Doing well by doing good. The relationship between formal volunteering and self-reported health and happiness. *Social science & medicine, 66*(11), 2321-2334.
- Braamse, M. (2023, 29 juni). *Helpt bijstandsgerechtigden zit minstens vijf jaar in de bijstand*. ESB. <https://esb.nu/helpt-bijstandsgerechtigden-zit-minstens-vijf-jaar-in-de-bijstand/>
- Brereton, F., Clinch, J. P., & Ferreira, S. (2008). Employment and Life-Satisfaction: Insights from Ireland. *Economic & Social Review, 39*(3).
- Brody, E. M. (1990). *Women in the middle: Their parent care years*. New York: Springer.
- Brouwer, P., Verhoeven, J., & Wilthagen, T. (2018). Geen uitkeringen meer: van sociale naar participatiezekerheid. *Sociaal Bestek. 80*(4), 45-47.

- Cable, N., Sacker, A., & Bartley, M. (2008). The effect of employment on psychological health in mid-adulthood: findings from the 1970 British Cohort Study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(5), e10-e10.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2023). *Bijstandsmonitor Den Haag*.
https://dashboards.cbs.nl/v3/Bijstandsmonitor_Den_Haag/
- CBS Statline. (2024). *Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken*.
<https://opendata.cbs.nl/statline/?dl=7AB65#/CBS/nl/dataset/85454NED/table>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2024, 8 mei). *Welzijn; kerncijfers, persoonskenmerken*.
<https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/85542NED>
- Chambré, S. M. (1993). Volunteerism by elders: Past trends and future prospects. *The Gerontologist*, 33(2), 221-229.
- CPB. (2023). Raming van het bijstandsvolume in de MEV 2024. In *CPB PUBLICATIE*.
<https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Publicatie-Raming-van-het-bijstandsvolume-in-de-MEV-2024>
- Dagblad 070. (2021, 14 januari). *Aantal bijstandsuitkeringen Den Haag hoog, maar nog dalend*. <https://dagblad070.nl/politiek/aantal-bijstandsuitkeringen-den-haag-hoog-maar-nogdalend>
- Den Haag Zuidwest. (2023, 18 juli). *Werk & economie - Den Haag Zuidwest*.
<https://zuidwestopznbest.denhaag.nl/werk-economie/>
- Doove, S., Dill, A., Joosten, M. en Rouw, B. (2018). *Uitstroom uit de langdurige bijstand*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Drake, R. E., Frey, W., Bond, G. R., Goldman, H. H., Salkever, D., Miller, A., ... & Milfort, R. (2013). Assisting Social Security Disability Insurance beneficiaries with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression in returning to work. *American Journal of Psychiatry*, 170(12), 1433-1441.

- Durkheim, E. (1951). *Suicide: a study in sociology* [1897]. (1951 Edition, J. A. Spaulding, & G. Simpson, Trans.). London: Routledge.
- Van Echtelt, P.E. in Sociaal-Economische Raad. (2022, 22 november). *Banen aanpassen aan mensen, niet andersom*. SER. <https://www.ser.nl/nl/actueel/zicht/op/art-banen-aanpassen>
- Eindrapportage Regiodeal Den Haag Zuidwest*. (2023, april). Zuidwest. https://denhaag.raadsinformatie.nl/document/12753360/1/RIS315252_Bijlage
- Ferlander, S. (2007). The importance of different forms of social capital for health. *Acta sociologica*, 50(2), 115-128.
- Flatau, P., Galea, J., & Petridis, R. (2000). Mental health and wellbeing and unemployment. *Australian Economic Review*, 33(2), 161-181.
- Fryer, D. M. (1986). Employment deprivation and personal agency during unemployment: A critical discussion of Jahoda's explanation of the psychological effects of unemployment. *Social Behaviour*, 1, 3-24.
- Fuller-Iglesias, H. R. (2015). Social ties and psychological well-being in late life: The mediating role of relationship satisfaction. *Aging & Mental Health*, 19(12), 1103-1112.
- Gemeente Den Haag. (2020). *Staat van de stad 2020*. https://denhaag.raadsinformatie.nl/document/9006849/1/RIS305530_Bijlage
- Gemeente Den Haag. (2022a). Concept Programmaplan brede aanpak Zuidwest. In *Concept Programmaplan Brede Aanpak Zuidwest*. <https://zuidwestopznbest.denhaag.nl/wp-content/uploads/2022/05/220242-Programmaplan-Brede-Aanpak-Zuidwest-DEF.pdf>
- Gemeente Den Haag. (2022b). *De Instapeconomie: Pilot evaluatie*. Gemeente Den Haag.
- George, L. K., Blazer, D. G., Hughes, D. C., & Fowler, N. (1989). Social support and the outcome of major depression. *The British Journal of Psychiatry*, 154(4), 478-485.

- Goode, W. J. (1960). A theory of role strain. *American sociological review*, 483-496.
- Grimm, N., Hense, A., & Vogel, B. (2023). How employment generates social integration: trends towards disintegration and over-integration in the hyper-work society. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 75(Suppl 1), 331-356.
- Grossman, M. (1972). *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*. Columbia University Press.
- Herzog, A. R., Ofstedal, M. B., & Wheeler, L. M. (2002). Social engagement and its relationship to health. *Clinics in geriatric medicine*, 18(3), 593-609.
- House, J. S., Umberson, D. and Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology* 14(1): 293–318.
- Ingersoll-Dayton, B., Morgan, D., & Antonucci, T. (1997). The effects of positive and negative social exchanges on aging adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(4), S190-S199.
- Ivanov, B., Pfeiffer, F., & Pohlan, L. (2020). Do job creation schemes improve the social integration and well-being of the long-term unemployed? *Labour Economics*, 64, 101836.
- Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment: A social-psychological analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jochemsen, K. & Schreuder Hes, M. (2021, november). *Eindrapportage effectmonitoring 'Instapwerk'*. Purpose.
<https://wijkvolwaarde.nl/wpcontent/uploads/2023/02/Eindrapportage-2021-Onderzoek-Instapwerk-Den-Haag-1.pdf>
- De Jonge, A. (2022, 4 april). *Helpt van bijstandsgerechtigden langdurig werkloos*. Binnenlands Bestuur. <https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/mannen-stromen-vaker-uit-de-bijstand>

- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban health*, 78, 458-467.
- Kleinknecht, A., Kok, J., Ligteringen, B., Schippers, J., & Van Egmond, A. (2016). Een onvoorwaardelijk basisinkomen of een basisbaan?. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 32, 4.
- Laporte, A. (2015). Should the Grossman model of investment in health capital retain its iconic status. *Canadian Centre for Health Economics, University of Toronto*, 53.
- Layard, R. (2005). *Happiness: Lessons from a new science*. New York: Penguin.
- Li, Y., & Ferraro, K. F. (2005). Volunteering and depression in later life: Social benefit or selection processes? *Journal of health and social behavior*, 46(1), 68-84.
- Linton, R. (1936). *The Study of Man*. New York: Appleton-Century.
- Luciano, A., Drake, R. E., Bond, G. R., Becker, D. R., Carpenter-Song, E., Lord, S., Swarbrick, P. & Swanson, S. J. (2014). Evidence-based supported employment for people with severe mental illness: Past, current, and future research. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 40(1), 1-13.
- Lum, T. Y., & Lightfoot, E. (2005). The effects of volunteering on the physical and mental health of older people. *Research on aging*, 27(1), 31-55.
- Marmot, M. (2004). *Status syndrome: How our position on the social gradient affects longevity and health*. London: Bloomsbury.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. (2022). *Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid*. Volkshuisvesting Nederland.
<https://www.volkshuisvestingnederland.nl/onderwerpen/programma-leefbaarheid-en-veiligheid#:~:text=Programma%20voor%20een%20langjarige%20inzet,bewoners%20weer%20perspectief%20te%20bieden>.

- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. (2024, 1 maart). *Hoogst behaald onderwijsniveau*. Onderwijs Algemene Feiten en Cijfers | OCW in Cijfers. <https://www.ocwincijfers.nl/sectoren/onderwijs-algemeen/hoogst-behaald-onderwijsniveau>
- Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R. A., Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2016). The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry*, 24(4), 331-336.
- Moen, P., Dempster-McClain, D., & Williams Jr, R. M. (1992). Successful aging: A life-course perspective on women's multiple roles and health. *American journal of Sociology*, 97(6), 1612-1638.
- Moen, P. (1995). A life course approach to post-retirement roles and well-being. In L. Bond, S. Cutler, & A. Grams (Eds.), *Promoting successful and productive aging* (pp. 239–256). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P. A., & Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(3), S137-S145.
- Musick, M. A., Herzog, A. R., & House, J. S. (1999). Volunteering and mortality among older adults: Findings from a national sample. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(3), S173-S180.
- Musick, M. A., & Wilson, J. (2003). Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups. *Social science & medicine*, 56(2), 259-269.
- Nationaal Programma Den Haag Zuidwest. (2023). *Gelijke kansen voor Zuidwest: Uitvoeringsplan Nationaal Programma Den Haag Zuidwest 2023 – 2027*. <https://npzw.nl/wp-content/uploads/2023/09/Uitvoeringsplan-Zuidwest.pdf>

- O'Brien, G. (1985). 'Distortion in unemployment research: The early studies of Bakke and their implications for current research on employment and unemployment', *Human Relations*, vol. 38.
- Oxman, T. E., Berkman, L. F., Kasl, S., Freeman Jr, D. H., & Barrett, J. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. *American journal of epidemiology*, 135(4), 356-368.
- Pillemer, K., & Glasgow, N. (2000). Social integration and aging: Background and trends. *Social integration in the second half of life*, 19-47.
- Reid, J., & Hardy, M. (1999). Multiple roles and well-being among midlife women: Testing role strain and role enhancement theories. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(6), S329-S338.
- Reynolds, C., Barry, M. M., & Gabhainn, S. N. (2010). Evaluating the impact of the Winning New Jobs Programme on the re-employment and mental health of a mixed profile of unemployed people. *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(2), 32-41.
- Roerdink, Y. (2016, 30 januari). *800.000 mensen wonen in een slechte buurt*. NOS.
<https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2083901-800-000-mensen-wonen-in-een-slechte-buurt>
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (1995). Does employment affect health? *Journal of Health and social Behavior*, 230-243.
- Rueda, S., Chambers, L., Wilson, M., Mustard, C., Rourke, S. B., Bayoumi, A., & Lavis, J. (2012). Association of returning to work with better health in working-aged adults: a systematic review. *American journal of public health*, 102(3), 541-556.
- Seeman, T. E. (1996). Social ties and health: The benefits of social integration. *Annals of epidemiology*, 6(5), 442-451.

- Sepehri, A. (2015). A critique of Grossman's canonical model of health capital. *International Journal of Health Services*, 45(4), 762-778.
- Sieber, S. D. (1974). Toward a theory of role accumulation. *American sociological review*, 567-578.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2019, 19 november). *Eindevaluatie van de Participatiewet*. Publicatie | Sociaal en Cultureel Planbureau. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2019/11/19/eindevaluatie-van-de-participatiewet>
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2023, 9 juni). *Een brede blik op bijstand*. Publicatie | Sociaal en Cultureel Planbureau. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2023/06/09/een-brede-blik-op-bijstand>
- Sociale Kaart Den Haag. (2024, 17 maart). *Werken bij een wijkbedrijf - Sociale Kaart Den Haag*. <https://socialekaartdenhaag.nl/ak-assistance/werken-bij-een-wijkbedrijf/>
- Thoits, P. A. (1983). Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis. *American sociological review*, 174-187
- Thoits, P. A. (2003). Personal agency in the accumulation of multiple role-identities. In *Advances in identity theory and research* (pp. 179-194). Boston, MA: Springer Us.
- Thoits, P. A. (2012). Role-identity salience, purpose and meaning in life, and well-being among volunteers. *Social psychology quarterly*, 75(4), 360-384.
- Tweede Kamer. (z.d). *Regio Deal Den Haag Zuidwest II*. <https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2023D45276>
- Van Willigen, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(5), S308-S318.

- Warr, P. (1987). *Work, unemployment, and mental health*. Oxford University Press.
- Warr, P. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work & Stress*, 8(2), 84-97.
- Zellner, A. & Theil, H. (1962). Three-Stage Least Squares: Simultaneous Estimation of Simultaneous Equations. *Econometrica*, 30(1), 54-78.
- Zweifel, P. (2012). The Grossman model after 40 years. *The European Journal of Health Economics*, 13(6), 677-682.