

INSTAPWERK ALS MEDICIJN: EEN EMPIRISCHE ANALYSE
VAN DE GEZONDHEIDSEFFECTEN VAN DEELNAME AAN DE
INSTAPECONOMIE IN DEN HAAG

door

Thijs Jelle Sweers

Masterscriptie

MSc Economics and Governance

Faculty of Governance and Global Affairs

Universiteit Leiden

Juli, 2024

Colofon

Auteur:	Thijs Jelle Sweers
Studentnummer:	4111273
Universiteit:	Universiteit Leiden
Faculteit:	Governance and Global Affairs
Studie:	MSc Economics and Governance
Begeleiders:	Dr. Marion Collewet & Dr. Jim Been
Eerste lezer:	Dr. Marion Collewet
Tweede lezer:	Dr. Jim Been
In samenwerking met:	gemeente Den Haag en Scriptiewerkplaats Den Haag Zuidwest
Inleverdatum:	31 juli 2024
Woordenaantal:	21.100



**Universiteit
Leiden**
Governance and
Global Affairs

Inhoudsopgave

1. Introductie	4
2. Achtergrondinformatie	7
2.1 Achtergrondinformatie project Instapeconomie.....	7
2.2 Economische achtergrond Den Haag.....	8
2.3 Gezondheidsachtergrond Den Haag.....	10
3. Theoretisch kader.....	12
3.1 Relatie arbeid en gezondheid.....	12
3.2 Evaluaties soortgelijke projecten.....	16
3.3 Verklarende mechanismen	17
4. Onderzoeksopzet en methoden.....	26
4.1 Populatie en methoden.....	26
4.2 Uitdagingen onderzoeksopzet.....	27
4.3 Operationalisatie	29
4.4 Econometrische analyse.....	36
4.5 Ethiek	43
5. Resultaten	46
5.1 Beschrijvende statistiek.....	46
5.2 Regressieanalyse.....	49
6. Conclusie	61
7. Discussie	63
8. Beleidsadvies.....	67
9. Nawoord	68
Bibliografie	69

1. Introductie

In Den Haag bevindt zich een groep van ongeveer 25.000 langdurige bijstandsgerechtigden. Voor een groot deel hiervan is de afstand tot de reguliere arbeidsmarkt zo goed als onoverbrugbaar. Door de langdurige werkloosheid voelen deze individuen zich onvoldoende verbonden met de maatschappij (Gemeente Den Haag, 2022). In 2021 heeft de gemeente Den Haag een pilot gestart om deze inwoners van Den Haag te laten participeren door hen werk aan te bieden binnen de Instapeconomie. Dit project biedt inwoners van Den Haag met afstand tot de reguliere arbeidsmarkt de mogelijkheid om laagdrempelig en maatschappelijk relevant werk te verrichten bij organisaties zoals buurthuizen, waarmee zij een bijdrage leveren aan hun wijk. Deelnemers van de Instapeconomie kampen vaak met multiproblematiek, wat betekent dat zij uitdagingen en problemen ervaren op meerdere vlakken van hun leven, zoals gezondheid, financiën en Nederlandse taalvaardigheid (gemeente Den Haag, 2022). Als beloning voor dit werk ontvangen de deelnemers een vrijwilligersvergoeding van maximaal honderdvijftig euro per maand, bovenop hun bijstandsuitkering en eventuele toeslagen. Het doel van dit project is om deze groep te activeren en een opstapje te bieden naar regulier werk en om hun eigenwaarde, perspectief en bestaanszekerheid te vergroten. De focus van de Instapeconomie ligt dus niet alleen op de diensten die de deelnemers leveren, maar minstens zo belangrijk is de impact van het werk op hun welzijn (gemeente Den Haag, 2022). Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat werkloosheid schadelijke gevolgen heeft voor de gezondheid van het individu en dat terugkeer naar een betaalde baan na een periode van werkloosheid de gezondheid juist positief beïnvloedt (Janlert & Hammarström, 2009; Wanberg, 2012; Schmitz, 2011; Thomas et al., 2005). Het doel van deze scriptie is om de impact van het verrichten van instapwerk op de gezondheid van de deelnemers te onderzoeken en te bepalen of instapwerk bijdraagt aan een verbeterde gezondheid, of dat dit positieve effect exclusief geldt voor regulier, betaald werk. Hierbij is het begrip gezondheid ruim gedefinieerd en geëvalueerd op basis van de perceptie van het individu over zijn of haar eigen gezondheid. In deze scriptie is onderzocht of acht mechanismen (*Tijdsstructuren, Gemeenschappelijk doel, Sociale status, Sociale contacten, Activiteit, Uitdaging en ontwikkeling, Controle en autonomie, Economische positie*) die volgens de academische literatuur verklaren waarom betaald werk de gezondheid van de werkenden verbetert, ook van toepassing zijn voor het instapwerk. Hier is een kennishiaat, omdat de academische literatuur omtrent het effect van werk op gezondheid zich

vooral focust op regulier betaald werk. Instapwerk verschilt wezenlijk van betaald werk vanwege het verschil in beloning, het maatschappelijke karakter van het werk en het feit dat het wordt uitgevoerd door personen die niet in aanmerking komen voor regulier werk.

Dit onderzoek dient als een evaluatie van de Instapeconomie met betrekking tot gezondheid en kan daardoor een aanzet vormen tot een onderdeel van een maatschappelijke kosten-batenanalyse van dit initiatief. Door een brede welvaartsbenadering te hanteren, die voorbij de hoeveelheid uitstromers uit de bijstand kijkt, worden de neveneffecten van instapwerk op gezondheid in kaart gebracht. De termen instapwerk en Instapeconomie worden in deze scriptie door elkaar gebruikt en betekenen hetzelfde. Het onderzoeken van eventueel aanwezige gezondheidseffecten is van maatschappelijk belang, omdat deze effecten een belangrijke overweging kunnen zijn voor beleidsmakers om het project al dan niet te continueren of op te schalen en meer langdurige bijstandsgerechtigden te betrekken in de Instapeconomie.

Nederland staat internationaal bekend als een land met een hoog ziekteverzuim en een hoog arbeidsongeschiktheidspercentage (Schuring, Reeuwijk & Budorf, 2016). Volgens de landelijke Gezondheidsmonitor is de staat van de gezondheid in Den Haag slechter dan het landelijk gemiddelde, met name in de wijken waar het instapwerk plaatsvindt (Denhaagincijfers.nl, geraadpleegd op 15 juni 2024). Publieke gezondheid is hierom een belangrijk beleidsthema voor de gemeente Den Haag. Naast het feit dat gezondheid van groot belang is voor elk individu, leidt een slechte gezondheid tot een hoge zorgconsumptie, wat veel publieke middelen vergt en druk legt op de gezondheidszorg. In tijden van stijgende zorguitgaven, vergrijzing en personeelstekorten is het van belang deze zorgconsumptie terug te dringen. Bovendien is een vitale beroepsbevolking cruciaal, aangezien deze de motor vormt van de verzorgingsstaat. Gezondheid is dus een belangrijk aspect bij het evalueren van dit project, maar niet de enige factor van belang en hierom slechts een onderdeel van een potentiële maatschappelijke kosten-batenanalyse van dit project en de eventuele overwegingen van gemeenteambtenaren en raadsleden. Andere effecten, bijvoorbeeld met betrekking tot taalniveau, vertrouwen in de overheid, sociale cohesie en uitstroom naar regulier werk, zijn ook van belang. Deze beleidsterreinen vallen echter buiten het bereik van deze scriptie.

Deze scriptie biedt een gestructureerd inzicht in de gezondheidseffecten van deelname aan de Instapeconomie en beantwoordt de hoofdvraag: *Wat is het effect van deelname aan de*

Instapeconomie op de gezondheid van de deelnemers? Deze scriptie begint met achtergrondinformatie over Den Haag en het instapwerk. Vervolgens is in hoofdstuk 3 de bestaande literatuur over de relatie tussen arbeid en gezondheid en de verklarende mechanismen besproken, waaruit verschillende hypothesen zijn afgeleid. In hoofdstuk 4 zijn de onderzoeksopzet en de toegepaste onderzoeksmethoden besproken, inclusief dataverzamelingstechnieken. In hoofdstuk 5 zijn de gevonden resultaten gepresenteerd. Waarna in de laatste paar hoofdstukken is afgesloten met een conclusie, een discussie en een beleidsadvies.

2. Achtergrondinformatie

In dit hoofdstuk is ingegaan op de Instapeconomie in Den Haag en de stad Den Haag. Als eerste is het project Instapeconomie gedetailleerd besproken met speciale aandacht voor stichting Lichtpuntjes van Mariahoeve. Vervolgens is de gezondheidssituatie in Den Haag geanalyseerd om het gezondheidsprobleem in bepaalde Haagse wijken te benadrukken. Tot slot is de stad Den Haag vanuit sociaaleconomisch perspectief beschreven, waarbij het gesegregerde karakter van de stad is belicht.

2.1 Achtergrondinformatie project Instapeconomie

In 2020 heeft de gemeente Den Haag in samenwerking met het adviesbureau Deloitte het concept Instapeconomie ontwikkeld. Deze nieuwe vorm van participatie richt zich op het toewijzen van relatief eenvoudige taken die van belang zijn voor de wijk, maar die niet door reguliere bedrijven worden uitgevoerd, vanwege hun gebrek aan winstgevendheid. Deze taken zijn toebedeeld aan individuen voor wie de afstand tot regulier werk onoverbrugbaar is en langdurig afhankelijk zijn van uitkeringen (gemeente Den Haag, 2022). Deze afstand tot regulier werk is veelal veroorzaakt door multiproblematiek. Dit duidt op een combinatie van (chronische) medische, psychische en/of financiële problemen. Factoren die de toegang tot de reguliere arbeidsmarkt bemoeilijken, omvatten onder andere, beperkte inzetbaarheid, onbegrip, (zelf)stigmatisering, prestatiedruk, persoonlijke drempels, ontoereikende ondersteuning en de flexibele aard van de arbeidsmarkt (Boumans et al., 2018). Maatschappelijke organisaties zoals buurthuizen voorzien de deelnemers van de Instapeconomie van werk. Hier voeren de deelnemers van de Instapeconomie taken uit zoals, helpen bij het uitdelen van voedselpakketten aan buurtgenoten, assisteren bij de verkoop van tweedehandskleding, het organiseren van workshops en kleinschalige evenementen en het schenken van koffie aan voorbijgangers. De beloning voor het verrichte instapwerk is maximaal 150 euro per maand. De gemeente onderzocht in een vroeg stadium of de deelnemers in aanmerking konden komen voor een regulier minimumloon voor hun werk, maar dit bleek nadelig, aangezien vrijwel alle deelnemers minder dan veertig uur in de maand werken. Hierdoor zou, rekening houdend met bijkomende verrekeningen in de bijstandsuitkering en toeslagen, een extraatje in de vorm van de maximale vrijwilligersvergoeding bovenop de uitkering en eventuele toeslagen voor alle deelnemers voordeliger zijn (gemeente Den Haag, 2022).

Voormalig wethouder Sociale Zaken en Werk van Den Haag, Arjen Kapteijns, benadrukte dat de focus van de Instapeconomie niet uitsluitend moet liggen op de terugkeer naar betaald werk, maar vooral op andere doelen en neveneffecten zoals persoonlijke groei, sociale contacten, gezondheid en bijdragen aan de maatschappij. Hiermee vormt de Instapeconomie een alternatief voor werk dat wordt gedaan door bijstandgerechtigden onder de Participatiewet. Al het werk dat vanuit de Participatiewet wordt verricht, moet namelijk tot doel hebben om bijstandsgerechtigden binnen een half jaar aan een baan te helpen (De Jonge, 2022). Deze eis maakt dit type werk ongeschikt voor de doelgroep van de Instapeconomie, omdat het voor hen verre van realistisch is om binnen een half jaar een baan te vinden. Uit de resultaten van het eindrapport het Werkoffensief+500, een programma waarmee de gemeente Den Haag jaarlijks vijfhonderd mensen uit de bijstand poogt te halen, bleek dat het merendeel van alle bijstandsgerechtigden al langer dan anderhalf jaar in de bijstand zit en dat negentig procent van deze groep bijstandsgerechtigden geen uitzicht heeft op werk op de korte termijn (gemeente Den Haag, 2022). De groep die niet in aanmerking kwam voor werk binnen de Participatiewet en die daardoor tussen wal en schip viel, was veel groter dan gedacht. Dit motiveerde voormalig wethouder Kapteijns om dit probleem aan te pakken. Dit vormde de aanleiding voor het opzetten van het project Instapeconomie.

De stichtingen Lichtpuntjes van Mariahoeve, Gewoon Sociaal in Moerwijk, en Wijk vol Waarde in Vrederust zijn maatschappelijke organisaties die werk bieden aan deelnemers van de Instapeconomie. Waarmee zij zich nuttig kunnen maken voor de lokale gemeenschap door te helpen bij projecten van de stichtingen. Stichting Lichtpuntjes van Mariahoeve richt zich bijvoorbeeld op het ondersteunen van kwetsbare groepen binnen de Haagse wijk Mariahoeve door middel van vriendelijke daden, die zij 'lichtpuntjes' noemen. Deze stichting initieert onder andere projecten gericht op het helpen van huishoudens bij energiebesparing, het aanbieden van sociale catering, het organiseren van activiteiten voor kinderen en het verstrekken van kleding tegen een symbolische prijs.

2.2 Economische achtergrond Den Haag

Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw vertoont Den Haag de traagste groei in werkgelegenheid van de vier grootste stedelijke gebieden in Nederland. Daarnaast lijkt Den Haag minder gunstig uit de economische crisis te zijn gekomen dan Amsterdam, Rotterdam en Utrecht (PBL, Raspe & Berge, 2018). Terwijl de meeste Nederlandse gemeenten tussen de 10 en 15 bijstandsgerechtigden per 1.000 inwoners hebben, ligt dit aantal in Den Haag rond

de 47. Dit hoge aantal is echter geen uniek fenomeen, maar eerder een stedelijk verschijnsel. In Utrecht en Amsterdam zijn er minder bijstandgerechtigden en in Rotterdam een stuk meer dan in Den Haag (CBS, geraadpleegd op 25 maart 2024).

Naast het hoge aandeel bijstandgerechtigden ligt het gemiddeld gestandaardiseerde huishoudinkomen van Den Haag (33.100 euro/jaar) iets onder het landelijk gemiddelde (34.800 euro/jaar). Het gestandaardiseerde huishoudinkomen is het gemiddelde inkomen van een huishouden waarbij rekening is gehouden met de grootte van het huishouden. Deze gemiddelde score, zoals geïllustreerd in tabel 1, geeft echter geen volledig beeld van de sociaaleconomische situatie in Den Haag. Om de cijfers goed te begrijpen is inzoomen op wijkniveau noodzakelijk. Er is namelijk sprake van aanzienlijke sociaaleconomische segregatie en ongelijkheid tussen wijken, waardoor het gemiddelde van de gemeente weinig zegt over de situatie in de wijk. Enerzijds kent Den Haag een aantal chique wijken waar veel hogeropgeleiden wonen, anderzijds is er een aantal aandachtswijken waar de werkloosheid hoog is en een groot aantal inwoners laaggeschoold of ongeschoold is. Deze sociaaleconomische tweedeling tussen wijken in Den Haag wordt vaak beschreven met de bekende uitspraak over twee verschillende typen inwoners van Den Haag: de ‘elitaire Hagenaar’ die op zandgrond woont en de ‘volkse Hagenees’ die op veengebieden woont. Volgens onderzoekers van het Planbureau van de Leefomgeving oefent dit fenomeen een serieuze druk uit op de sociale en stedelijke voorzieningen in de aandachtswijken (Raspe & Berge, 2018). Uit tabel 1 blijkt dat het gemiddelde gestandaardiseerde huishoudinkomen in wijken zoals Benoordenhout, de Vogelwijk en Zorgvliet tot wel drie keer hoger is dan in wijken zoals Bouwlust, Vrederust (waar Wijk vol Waarde is gevestigd), Moerwijk (waar Gewoon Sociaal gevestigd is) en de Schildersbuurt.

In de eerstgenoemde Haagse wijken is het leeuwendeel van de bewoners hogeropgeleid, terwijl hogeropgeleiden tot de absolute minderheid behoren in de Haagse aandachtswijken. De belangrijkste gegevens van tabel 1 tonen dat een groot deel van de bewoners in de chique wijken tot de 20% rijkste van Nederland behoren. In de Vogelwijk is dit zelfs 57%, terwijl slechts 6% van de Schildersbuurt tot de rijkste 20% behoren. In de Schildersbuurt behoren 41% van de bewoners tot de armste 20% van Nederland. In Moerwijk hebben bijna 70% van de bewoners een laag inkomen, en was in 2023 slechts iets meer dan een kwart van de beroepsbevolking (alle individuen tussen 15 en 74) werkzaam (Denhaagcijfers.nl, geraadpleegd op 15 juni). Andere welvarende wijken die niet in tabel 1 staan, zijn het

Statenkwartier en de Archipelbuurt. Overige aandachtswijken zijn Zuiderpark, Morgenstond, Laakkwartier en (delen van) Mariahoeve* (waar Lichtputjes gevestigd is).

Wijk	Gemiddeld Gestandaardiseerd huishoudinkomen (euro/jaar)	% hoger opgeleiden (hbo+)	% huishoudens dat behoort tot de armste 20%	% huishoudens dat behoort tot de rijkste 20%
Landelijk gemiddelde	34.800	36	20	20
Gemeente Den Haag	33.100	32	27	27
Benoordenhout	78.600	72	11	42
Bouwlust/Vrederust	25.600	17	38	42
Moerwijk	23.200	17	44	9
Schildersbuurt	23.200	13	41	6
Vogelwijk	56.600	68	5	57
Zorgvliet	67.500	58	6	57

Tabel 1: Economische indicatoren van verschillende Haagse wijken, bron: Denhaagincijfers.nl

**Helaas is er geen afzonderlijke data beschikbaar voor de wijk Mariahoeve, aangezien de gegevens alleen beschikbaar zijn in combinatie met de naastgelegen wijk Marlot. Hierdoor is er enkel een gemiddelde waarde voor beide wijken beschikbaar. Dit levert een vertekend beeld op, aangezien Marlot een chique buurt is die sterk verschilt van Mariahoeve.*

2.3 Gezondheidsachtergrond Den Haag

De Gezondheidsmonitor wordt elke vier jaar door elke GGD in Nederland uitgevoerd. Dit grootschalig onderzoek brengt de gezondheid, het welzijn en de levensstijl van Nederlanders in kaart. De resultaten uit deze monitor vormen vaak de basis voor gezondheidsgerelateerd beleid (Monitorgezondheid.nl, geraadpleegd op 18 mei 2024). De meest recente monitor vond plaats in 2022 tijdens de coronapandemie. Hieruit bleek dat inwoners van Den Haag aanzienlijk ongezonder zijn dan de gemiddelde Nederlander. Slechts 64,1% van de inwoners van de gemeente Den Haag beoordeelden hun gezondheid als goed tot zeer goed, terwijl dit landelijk op 70% lag. Daarnaast liep 14,9% van deze groep een verhoogd risico op een angststoornis of depressie, terwijl dit landelijk minder dan 10% was. Bovendien wordt er in Den Haag bovengemiddeld veel gerookt en alcohol gedronken, en ervaren mensen meer eenzaamheid en stress dan gemiddeld (Denhaagincijfers.nl, geraadpleegd op 15 april). Net als de economische gegevens geven deze gemiddelden geen volledig beeld van de gezondheidstoestand in Den Haag. Er is net als op het gebied van inkomen een sterke ongelijkheid tussen wijken. Inzoomen op wijkniveau is opnieuw noodzakelijk. Deze verschillen tussen Haagse wijken, inclusief het landelijke en gemeentelijke gemiddelde zijn getoond in tabel 2. In de aandachtswijken geeft ongeveer de helft van de bewoners aan niet in

goede tot zeer goede gezondheid te verkeren. Dit is ongeveer twee keer zo veel als in de welvarende wijken, waar ongeveer een kwart van de bewoners aangeeft niet in goede tot zeer goede gezondheid te verkeren. Daarnaast blijkt uit tabel 2 dat bewoners van de aandachtswijken vaker lijden aan mentale problemen en overgewicht. De slechte gezondheidssituatie in Den Haag wordt dus voornamelijk verklaard door de minder welvarende wijken. (Denhaagincijfers.nl, geraadpleegd op 15 april). Dit betekent dat er een aanzienlijke gezondheidsproblematiek speelt in deze minderbedeelde wijken.

Wijk	% die zegt in goede tot zeer goede gezondheid te verkeren	% ernstig overgewicht	% met hoog risico op angststoornis of depressie
Landelijk gemiddelde	70.0	15.7	9.5
Gemeente Den Haag	64.1	16.7	14.9
Benoordenhout	76.5	10.0	6.9
Bouwlust/Vrederust	52.8	23.1	19.0
Moerwijk	52.2	21.9	22.0
Schildersbuurt	47.4	21.8	24.6
Vogelwijk	81.1	8.4	5.3
Zorgvliet	75.8	9.0	6.4

Tabel 2: Resultaten gezondheidsmonitor 2022 van verschillende Haagse wijken

**Helaas is er geen data beschikbaar voor de wijk Mariahoeve, om de reden genoemd bij tabel 1.*

3. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk is een uitgebreide analyse van verschillende theorieën en studies uit de academische literatuur gepresenteerd die de relatie en het effect tussen werken en gezondheid beschrijven en verklaren. In het eerste deel van dit hoofdstuk is deze relatie geïntroduceerd. Hierbij is de grootste uitdaging in het meten van het effect van werken op gezondheid belicht. In het tweede deel van dit hoofdstuk zijn de effecten van werken op gezondheid van participatieprojecten in Nederland besproken, die vergelijkbaar zijn met de Instapeconomie. In het derde deel van dit hoofdstuk zijn acht verschillende mechanismen geïntroduceerd die verklaren waardoor werk de gezondheid beïnvloedt. Hierbij zijn diverse studies aangehaald die deze theorieën empirisch hebben getest. Op basis van deze mechanismen zijn de hypothesen van deze scriptie die helpen bij het beantwoorden van de hoofdvraag geformuleerd.

3.1 Relatie arbeid en gezondheid

Onderzoekers van het Erasmus Medisch Centrum hebben recent aangetoond dat niet-werkende Rotterdammers vaker gezondheidsproblemen ervaren dan werkenden in dezelfde stad. Deze studie toont aan dat de prevalentie van een matige tot slechte gezondheid driemaal hoger is onder werklozen dan onder werkenden. Bovendien blijkt uit de resultaten dat werklozen twee tot drie keer zo vaak lijden aan hart- en vaatziekten, luchtwegaandoeningen en diabetes. Psychische aandoeningen komen bij deze groep eveneens drie keer zo vaak voor (Schuring et al., 2016). Uiteraard is dit fenomeen niet uniek voor Rotterdam. In de academische literatuur bestaat er consensus over de sterke correlatie tussen de arbeidsstatus en de gezondheid van het individu (Carlier et al., 2013). Recent tien jaar durend onderzoek van het CBS, gefinancierd door het ministerie van SZW, bevestigt deze relatie (CBS, 2020). Den Haag wijkt niet af van deze cijfers. Individuen die een baan hebben zijn gezonder dan individuen die geen baan hebben. Deze relatie is in Den Haag terug te zien, doordat de gezondheid van de bewoners veel slechter is in wijken waar de werkloosheid hoog is dan in wijken waar de werkloosheid laag is (Denhaagincijfers.nl, geraadpleegd op 15 juni 2024).

Hoewel de arbeidsstatus van een individu een goede voorspeller is voor de gezondheidsstatus van het individu, wat wijst op een correlatie tussen de twee variabelen, impliceert dit niet causatie per se. Oftewel werkenden zijn niet per se gezonder dan werklozen doordat ze

werken. De relatie tussen werk en gezondheid wordt namelijk veroorzaakt door twee met elkaar samenhangende en interacterende effecten. Enerzijds verklaart het selectie-effect (selection hypothesis) de correlatie, doordat werkgevers geneigd zijn om relatief gezonde mensen aan te nemen en relatief ongezonde mensen te ontslaan of hun contract niet te verlengen. Daarnaast hebben gezondere mensen meer energie om te gaan solliciteren, terwijl ongezondere mensen relatief vaak uitstromen. Dit selectiemechanisme stuurt relatief gezonde mensen richting werk en relatief ongezonde mensen richting werkloosheid. Hierdoor hebben gezondere mensen vaker een baan dan ongezondere mensen (García-Gómez, 2010; Carlier et al., 2010; Schuring & Budorf, 2022). Anderzijds verklaart de causale-effect hypothese (causal hypothesis) dat mensen die werken gezonder zijn dan werklozen *doordat* ze werken (Wanberg, 2012). Volgens deze theorie leidt het verliezen van een baan tot een verslechterde gezondheid, terwijl het vinden van werk na een periode van werkloosheid tot een verbeterde gezondheid leidt. Schuring & Budorf (2022) lichten toe dat werkloosheid leidt tot gezondheidsklachten op zowel fysiek als mentaal gebied en dat herintreding op de arbeidsmarkt deze klachten kan verlichten. De causale-effect hypothese heeft geleid tot de uitspraak “*werken als medicijn*” (Schuring & Burdorf, 2010). Deze uitspraak vormde de inspiratie van de titel van deze scriptie: “*De Instapeconomie als medicijn*” (Schuring & Burdorf, 2010)

De meeste studies naar de effecten van werk op gezondheid (Janlert & Hammarström, 2009; Wanberg, 2012; Schuring et al., 2016; Claussen, 1999; Schuring et al., 2010) erkennen of tonen het bestaan van zowel het selectie-effect als het causale-effect aan. Ondanks dat een aantal studies zoals Gordo (2006) beargumenteert dat het causale-effect niet op de korte termijn optreedt. Het is echter lastig om het selectie-effect en het causale-effect van elkaar te onderscheiden en te bepalen welk deel van de correlatie door welk van deze twee effecten wordt verklaard. Strauder (2018) heeft gepoogd deze effecten te ontrafelen met behulp van panelonderzoek, waarbij individuen door de jaren heen gevolgd zijn en hun arbeidsstatus en gezondheidsstatus is gerapporteerd. Om dichterbij het causale verband te komen, heeft hij gebruikgemaakt van vaste (fixed) effecten, zodat factoren die niet veranderen voor het individu door de jaren heen uit het model werden gehaald.

Schuring et al. (2010) hebben onderzoek gedaan naar de effecten van het betreden van de reguliere arbeidsmarkt na een periode van werkloosheid onder bijstandsgerechtigden in Rotterdam. De deelnemers werden op verschillende momenten onderzocht. De resultaten van hun onderzoek bewijzen het selectie effect, oftewel individuen die werken zijn gezonder dan

individuen die niet werken, omdat het voor werkenden makkelijker is om aan een baan te komen. Ook wijzen de resultaten in de richting van het causatie-effect, oftewel werkenden zijn gezonder dan niet-werkenden door de positieve neveneffecten van het werk op het gezondheid. Bij aanvang van het onderzoek werden allerlei gegevens van de deelnemers verzameld, waaronder leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en bovenal gezondheidsstatus. Na zes maanden werd opnieuw de gezondheidsstatus van de deelnemers gemeten en werd er aan hen gevraagd of ze ondertussen werk hadden gevonden. De resultaten toonden dat van de 961 onderzochte individuen, de 47 die een baan hadden gevonden een aanzienlijk betere gezondheid hadden bij aanvang van het onderzoek, toen zij dus nog werkloos waren dan de individuen die werkloos bleven. Dit bewijst dat de gezondheidsstatus van invloed is op de kans om een baan te vinden, wat empirisch bewijs levert voor het selectie-effect. Vervolgens vergeleken de onderzoekers de gezondheidsmetingen bij de tweede meeting met die van zes maanden eerder voor alle deelnemers. Uit de resultaten bleek dat de groep die een baan had gevonden aanzienlijke verbeteringen in hun gezondheid had ervaren, terwijl de groep die werkloos was gebleven geen verandering in gezondheid liet zien. De groep die weer aan het werk ging, meldde drie keer zo vaak een verbetering van hun gezondheid als de andere groep. De gezondheid van de werkenden verbeterde op zowel fysiek als mentaal gebied (Schuring et al., 2010; Carlier et al., 2010). Door te kijken naar gezondheidsontwikkeling in de tijd van groepen die wel en geen werk vonden, en vervolgens een vergelijking te maken tussen de bevindingen in beide groepen, minimaliseerden de onderzoekers het selectie-effect, waardoor ze dichterbij het causale-effect kwamen. Hierdoor geeft deze conclusie onderbouwing aan het causatie-effect (Carlier et al., 2010). De studie is opvallend, omdat het aantoont dat het vinden van een baan ook een positief effect heeft op de fysieke gezondheid van het individu, naast het mentale aspect. Onderzoek naar het effect van werk op gezondheid richt zich doorgaans op het mentale aspect. Studies naar de invloed van werk op de lichamelijke gezondheid zijn schaars. Een van de bekendste empirische studies naar het causatie-effect van werk op mentale gezondheid is gedaan door Thomas et al. (2005). De studie betreft een longitudinaal onderzoek op basis van Britse data uit huishoudonderzoeken met tienduizenden respondenten. Hierbij zijn, net zoals in het onderzoek van Schuring et al. (2010), de deelnemers op verschillende tijdstippen door de tijd heen onderzocht. Het voordeel van dit type onderzoek is dat het, in vergelijking met cross-sectioneel onderzoek, een effectievere methode biedt om de correlatie te isoleren van selectie-effecten. Dit komt doordat er gekeken wordt naar de ontwikkeling op het gebied van werk en gezondheid van een individu door de tijd heen, in plaats van naar verschillen tussen een groep werklozen en een groep werkenden

op een bepaald moment in de tijd, waarbij de gezondheidsstatus grotendeels bepaalt wie tot de eerste en tweede groep behoort. Om deze reden zijn vrijwel alle studies die onderzoek doen naar dit effect gebaseerd op longitudinale data. De uitkomsten van de studie van Thomas et al. (2005) laten een sterke negatieve correlatie zien tussen weer aan het werk gaan na een periode van werkloosheid en stress en andere mentale klachten. Dit betekent dat aan het werk gaan leidt tot minder stress en mentale klachten. Door de vele controlevariabelen en het longitudinale karakter van deze studie, proberen Thomas et al. het causatie-effect te meten en het selectie-effect te elimineren. Toch kan het zo zijn dat er bij longitudinaal onderzoek alsnog een versturende variabele (omitted variable) aanwezig is, die zowel effect heeft op de arbeidsstatus als op de gezondheidsstatus, waardoor het causale effect verkeerd is gemeten. Bijvoorbeeld, individuen die in een buurt wonen met veel goed contact met de burens hebben wellicht een grotere kans om een baan te vinden door dit netwerk. Anderzijds draagt dit netwerk van sociale contacten bij aan de gezondheid. Hier wordt het causale effect van werken op gezondheid dus verstoord door het type wijk waarin iemand woont. Om dit soort vertekeningen van het causale-effect uit te sluiten, heeft Schmitz (2010) onderzoek gedaan naar gezondheidseffecten bij fabriekswerkers die hun baan verloren door de sluiting van een fabriek in Duitsland. Deze oorzaak van werkloosheid kan op geen enkele manier gerelateerd zijn aan gezondheidsfactoren en is dus een exogene variabele. Dit houdt in dat zowel relatief gezonde als ongezonde werknemers een gelijke kans hadden om hun baan te verliezen. Alle werknemers verloren hun baan namelijk. Er is dus geen sprake van een selectie-effect. Uit het onderzoek van Schmitz bleek er geen verband te zijn tussen de werkloosheid en verslechterde gezondheid onder deze voormalige fabriekswerkers. Na het sluiten van de fabriek werden de fabriekswerkers niet ongezonder. Ze waren niet minder tevreden met hun gezondheid en bezochten niet vaker het ziekenhuis. Deze resultaten spreken de bevindingen uit eerdere studies tegen en suggereren dat werkloosheid niet leidt tot een verslechtering van de gezondheid, maar dat deze correlatie door het selectie-effect wordt veroorzaakt. Deze studie is echter wel gedaan in een specifieke context en is niet goed generaliseerbaar. Het betreft namelijk louter individuen die werkzaam waren in een fabriek. Aangezien fabriekswerk mogelijk ongezond kan zijn, zou het stoppen met dit werk de gezondheid kunnen verbeteren. Dit zou het nadelige effect van stoppen met werk kunnen wegstrepen. Bovendien richt deze studie zich op het effect van baanverlies, terwijl deze scriptie en het onderzoek van Schuring et al. (2010) zich richten op het effect na het verkrijgen van werk.

Schuring et al. (2016) gingen een stap verder en probeerden de besparing van zorgkosten als gevolg van gezondheidsverbeteringen na herintreding op de arbeidsmarkt te kwantificeren. Hun doel was om een deel van de baten voor de hele samenleving te berekenen in de vorm van een besparing op de zorguitgaven. Ze onderzochten een groep voormalige Rotterdamse werklozen met complexe problematiek, die recent de arbeidsmarkt hadden betreden. Dankzij een speciale opzet hadden de onderzoekers toegang tot privacygevoelige informatie over het zorggebruik van deze groep. Ze maten de zorgconsumptie vóór aanvang van de baan en twaalf maanden nadat deelnemers in dienst waren getreden. De gemiddelde maandelijkse kosten voor huisartsenzorg daalden van €12,68 naar €10,57, fysiotherapiekosten van €19,70 naar €15,62, kosten voor maatschappelijk werk van €19,62 naar €4,91 en kosten voor psychologische zorg van €117,74 naar €36,23, terwijl de kosten voor medisch specialistische zorg gelijk bleven. Kortom, de maandelijkse zorgkosten daalden met meer dan honderd euro per maand.

Het is van belang om op te merken dat alle zojuist besproken studies uitgaan van regulier betaald werk en niet van instapwerk. Het is dus onduidelijk of deze resultaten generaliseerbaar zijn naar het instapwerk. Instapwerk verschilt namelijk wezenlijk van regulier werk. Dit komt door het verschil in het beloningssysteem. Waar men met een reguliere baan een regulier salaris ontvangt, verdient een deelnemer van de Instapeconomie slechts een vrijwilligersbijdrage en blijft diegene bijstandsgerechtigd. Ook zijn de verwachtingen vanuit de werkgever anders.

3.2 Evaluaties soortgelijke projecten

De pilot Instapeconomie in Den Haag is niet het eerste project dat is uitgevoerd om mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt te laten participeren buiten de reguliere arbeidsmarkt om. In de jaren 90 werden de Melkertbanen ingevoerd om deze groep een gesubsidieerde baan te bieden (Wielers & de Beer, 2005). Tussen 2020 en 2023 is in Groningen en Rotterdam een project gestart waarbij de basisbaan opnieuw werd geïntroduceerd. Hoewel dit project behoorlijk verschilt van de pilot Instapeconomie, is het tevens een vorm van actief participatiebeleid en bieden de uitkomsten van dit initiatief een verwachting voor de resultaten van de Instapeconomie. Echter, deelnemers aan basisbanen zijn aangesteld in loondienst en ontvangen het minimumloon voor hun werk. Dit verschilt van de instapbanen, waarbij slechts een kleine vergoeding bovenop de uitkering wordt geboden. De gemeente Groningen omschrijft de deelnemers van de basisbanen als “een groep met afstand tot de

reguliere arbeidsmarkt die toch bepaalde werkzaamheden kan vervullen” (Mosselman et al., 2022). Deze omschrijving is vrijwel identiek aan de omschrijving van de deelnemers van de Instapeconomie. Toch werken de deelnemers van de basisbanen aanzienlijk meer uren dan de deelnemers van het project in Den Haag, wat erop kan wijzen dat er een verschil tussen de groepen is, aangezien fulltime werken voor de deelnemers van de Instapeconomie geen realistische optie is. Onderzoek onder deelnemers van de basisbanen in Groningen, gebaseerd op kwalitatieve gegevens uit interviews en gesprekken tussen de participatiecoaches en deelnemers, wees uit dat hun gezondheid aanzienlijk verbeterde gedurende het project. De deelnemers gaven aan meer aandacht te besteden aan hun gezondheid en zich beter te voelen. Het kleinschalige onderzoek in Rotterdam, waarbij de eerste vier deelnemers aandachtig zijn gevolgd met tussentijdse telefonische evaluaties, toonde vergelijkbare resultaten als in Groningen. Twee van de vier deelnemers gaven aan beter in hun vel te zitten. Zij zeiden door het werk een beter dagritme geïmplementeerd te hebben. Kortom, vergelijkbare projecten hebben laten zien dat ze voordelige gevolgen kunnen hebben voor de gezondheid van de deelnemers. Op basis van deze resultaten en de beschreven causatie van werk op gezondheid in het voorgaande deel van dit hoofdstuk, luidt de eerste hypothese van deze scriptie: *“Deelname aan de Instapeconomie zorgt voor een verbetering van de gezondheid van de deelnemers”*.

3.3 Verklarende mechanismen

De bovenstaande literatuur suggereert dat er een causaal verband bestaat tussen starten met werk na een periode van werkloosheid en een verbetering in gezondheidsstatus. In dit deel zijn de onderliggende mechanismen, zoals beschreven in de wetenschappelijke literatuur, die verklaren waarom verandering van de arbeidsstatus leidt tot verandering van de gezondheidsstatus besproken. Oftewel, in dit deel van het hoofdstuk is uiteengezet waarom werken leidt tot een gezonder leven. Nadat een van de mechanismen is toegelicht, volgt een hypothese, die is opgesteld om de hoofdvraag van deze scriptie te beantwoorden.

Het effect van werken op gezondheid is vanuit verschillende disciplines verklaard. Vanuit de psychologie is onder andere beargumenteerd dat werk bijdraagt aan het opbouwen van een sociaal netwerk en persoonlijke zingeving. Sociologen benadrukken dat werk het inkomen en de sociale status verhoogt, wat leidt tot betere materiële omstandigheden. En medici richten zich voornamelijk op de achterliggende biologische processen en stellen dat het niet

gebruiken van hersenen leidt tot een verslechtering van fysieke en mentale functies (Fenger et al., 2022).

Veel prominente inzichten in de wetenschappelijke literatuur omtrent de relatie tussen werken en gezondheid stammen uit het boek *Employment and Unemployment* (1982) van Marie Jahoda. Jahoda identificeert vijf onderliggende mechanismen waarom werken bijdraagt aan gezondheid. Deze mechanismen noemt zij de ‘latent functions’ van werk. Deze latente functies (tijdsstructuren, gemeenschappelijke doelen, sociale contacten, sociale status en activiteit) worden beschouwd als diepgewortelde menselijke psychologische behoeften (Jahoda, 1982). De latente functies zijn meestal niet direct zichtbaar, ze hebben een subjectieve aard en zijn vaak in het eerste opzicht onvoorzien. Werklozen ervaren over het algemeen een tekort aan deze functies, wat hun gezondheid negatief beïnvloedt. Indien individuen weer aan het werk gaan, worden deze behoeften weer vervuld, wat resulteert in een verbetering van de gezondheid (Jahoda, 1982). Jahoda benadrukt, hoewel in mindere mate, dat deze functies ook geactiveerd kunnen worden door andere activiteiten zoals religie of hobby’s. Het werk en de theorieën van Jahoda worden beschouwd als een klassieker binnen de psychologie en vormt de inspiratie voor veel vervolgonderzoek naar deze mechanismen en de omvang van hun invloed, zoals Janlert & Hammarström (2009) en deze scriptie uiteraard.

Het model van Jahoda vormt een goede basis om te begrijpen waarom werk, gezondheid causaal beïnvloedt, maar dit model is niet uitsluitend. Creed & MacIntyre (2001) hebben een meervoudige regressieanalyse uitgevoerd om te onderzoeken hoe groot de bijdrage is van het model van Jahoda aan de correlatie tussen werk en gezondheid. Door data te verzamelen bij 249 voormalig werklozen die recent een baan hebben gevonden, konden ze bepalen hoeveel van de variatie in gezondheid door elke latente functie kon worden verklaard. Hieruit bleek dat 35% van de variatie verklaard werd door de latente functies. Dit impliceert dat een deel van deze correlatie door andere mechanismen, waaronder het selectie-effect wordt verklaard. Naast het model van Jahoda zijn er verschillende andere mechanismen te vinden in de wetenschappelijke literatuur die verklaren hoe en waarom werken een causaal effect heeft op gezondheid. Hieronder zijn de latente functies toegelicht en drie andere mechanismen (economische positie, uitdaging en ontwikkeling en controle en autonomie) die voortkomen uit aanvullingen op het model van Jahoda. Uit deze mechanismen volgen acht hypothesen die verklaren waarom werk een positief effect heeft op de gezondheid. Op pagina 23 is een

schema te vinden dat de relatie tussen werk en gezondheid met de verklarende mechanismen weergeeft.

Verklarend Mechanisme 1: *Tijdsstructuren*

Werk biedt structuur en routine, waardoor werkenden hun dagen kunnen organiseren rond werkgerelateerde activiteiten. Dit draagt bij aan het creëren van een gevoel van orde.

Tijdsstructuren zijn van fundamenteel belang, omdat de hele samenleving hierop is ingericht (Jahoda, 1982). Al vanaf de basisschool leren kinderen omgaan met dagen, weken, maanden en pauzes. Op het moment dat deze structuur wegvalt, voelen mensen zich niet meer onderdeel van het systeem dat ten koste gaat van hun welzijn (Zeichmann & Paul, 1982). De vrijgekomen tijd door werkloosheid beschrijft Jahoda (1982) als een 'tragisch geschenk' en een van de grootste gezondheidsnadelen van werkloosheid. Werklozen kunnen het gevoel namelijk verliezen dat ze hun tijd nuttig moeten besteden. Dit kan leiden tot een gevoel van leegte en apathie. Jahoda schrijft: "*Dagen rekken zich lang uit wanneer er niets te doen is: "Verveling en tijdverspilling worden de norm"* (1982). Kortom, werk biedt individuen een gevoel van structuur, wat een positieve invloed heeft op de gezondheid van mensen.

Hypothese 2a: *Deelname aan de Instapeconomie heeft een positief effect op het gevoel van tijdsstructuur in het leven van de deelnemers.* **Hypothese 2b:** *Dit toegenomen gevoel van tijdsstructuur leidt tot een verbeterde gezondheid.*

Verklarend Mechanisme 2: *Gemeenschappelijke doelen*

Volgens Jahoda (1982) kunnen mensen niet zonder gemeenschappelijke doelen. Oftewel, het gevoel van nuttig zijn, nodig zijn voor anderen en bijdragen aan gezamenlijke doelen binnen een groep die individuele doelen overstijgt. Wat leidt tot een gevoel van verbinding. Bij werkloosheid ontstaat er vaak een gevoel van doelloosheid en nutteloosheid. Dit kan tot een gevoel van leegte en depressie leiden (Jahoda, 1982).

Hypothese 3a: *Deelname aan de Instapeconomie heeft een positief effect op het gevoel van gemeenschappelijke doelen in het leven van de deelnemers.* **Hypothese 3b:** *Dit toegenomen gevoel van gemeenschappelijke doelen leidt tot een verbeterde gezondheid.*

Verklarend Mechanisme 3: *Sociale contacten*

De derde latente functie benadrukt het belang van sociale contacten buiten de familie en het verbreden van de sociale horizon voor de gezondheid van het individu. Deze contacten

bieden namelijk nieuwe en diverse perspectieven en meer ruimte voor het vullen van oordelen en beoordeeld worden, dan contacten binnen het gezin. Dit leidt tot een verbreding van kennis en inzichten (Jahoda, 1982). Jahoda stelt dat na werkloosheid het sociale leven van de werklozen vaak verslechtert, met name als de sociale contacten wel blijven werken. Verschillende sociale steunmodellen naast de latente functies, benadrukken eveneens het belang van een breed sociaal netwerk bij het voorkomen van mentale gezondheidsproblemen. Enerzijds is er het directe effect, waarbij een gebrek aan sociale contacten direct de gezondheid kan schaden, aangezien sociaal contact een basisbehoefte is. Anderzijds suggereert het buffer-effect dat sociale steun kan functioneren als een beschermlaag tegen de nadelige effecten van stress. In moeilijke situaties, zoals werkloosheid, kan sociale steun stress verminderen door troost en advies te bieden (Janlert & Hammarström, 2009).

Hypothese 4a: *Deelname aan de Instapeconomie heeft een positief effect op de hoeveelheid sociaal contact in het leven van de deelnemers.* **Hypothese 4b:** *Dit toegenomen sociaal contact leidt tot een verbeterde gezondheid.*

Verklarend Mechanisme 4: *Sociale status*

In de huidige samenleving is het beroep van iemand een van de belangrijkste determinanten van zijn of haar sociale status. Deze sociale status is cruciaal voor de vorming van een eigen identiteit en het zelfbeeld, omdat mensen zichzelf vaak op dezelfde manier zien als anderen hen zien (Jahoda, 1982). Het hebben van een baan, zelfs een baan die niet veel vaardigheden of denkkraft vereist, draagt bij aan deze identiteit en geeft individuen een gevoel van prestatie en erkenning. Dit draagt bij aan het zelfrespect en gezondheid van het individu. Werklozen ervaren daarentegen vaak een gebrek aan sociale status, wat resulteert in weinig zelfrespect en een negatief zelfbeeld. Zij hebben de neiging zich buitengesloten te voelen van de samenleving (Jahoda, 1982).

Hypothese 5a: *Deelname aan de Instapeconomie heeft een positief effect op de sociale status van de deelnemers.* **Hypothese 5b:** *Deze toegenomen sociale status leidt tot een verbeterde gezondheid.*

Verklarend Mechanisme 5: *Activiteit*

Het leiden van een actief leven met regelmatige afspraken en bezigheden is de vijfde en laatste latente functie die, volgens Jahoda, welzijn en mentale gezondheid bevordert (Burdurf & Schuring, 2022 ; Jahoda 1982). Ook wanneer activiteit noodzakelijk is om in

levensonderhoud te voorzien, blijft de positieve impact van de activiteit op gezondheid aanwezig. Hierdoor neemt de hoeveelheid activiteit vaak toe als individuen gaan werken. Deze latente functie overlapt grotendeels met het mechanisme tijdsstructuren zoals hierboven beschreven, dat ook betrekking heeft op het invullen van de dag met activiteiten. Bij de tijdsstructuren ligt de nadruk echter op vaste tijdstippen en verplichtingen en bij het verklarende mechanisme 'activiteit' niet.

Hypothese 6a: *Deelname aan de Instapeconomie heeft een positief effect op de hoeveelheid activiteit van deelnemers.* **Hypothese 6b:** *Deze toegenomen activiteit leidt tot een verbeterde gezondheid.*

Verklarend mechanisme 6: *Uitdaging en ontwikkeling*

Het demand-controlemodel van Robert Karasek (Karasek, 1979) is een alternatief op het model van Jahoda om de invloed van werk op gezondheid te bepalen. Dit tweeledige model verklaart de relatie tussen het type werk en stressniveaus. Het eerste component betreft de job demands, wat de uitdagingen en verwachtingen zijn, die een baan met zich meebrengen. Deze omvatten taken die zowel mentale als fysieke inspanning vereisen. Volgens dit theoretisch inzicht kan zowel een gebrek aan uitdagingen en verwachtingen (lage job demands) als een overvloed aan uitdagingen en verwachtingen (hoge job demands) aan werkgerelateerde eisen leiden tot stress. Een te lage hoeveelheid uitdagingen kan namelijk leiden tot verveling en een gebrek aan betrokkenheid (Theorell, 2020). Werkloosheid wordt binnen dit model beschouwd als een situatie met zeer lage verwachtingen en uitdagingen, omdat werklozen geen beroepsmatige taken hebben en dus geen uitdagingen zoals deadlines en verantwoordelijkheden (Janlert & Hammarström, 2009). Hierom leidt werkloosheid volgens Karasek (1979) tot een verminderde mentale gezondheid. De behoefte aan uitdagingen op het werk sluit aan bij het self-determinationmodel (Deci & Ryan, 2000), waarin wordt gesteld dat een individu, omwille van gezondheidsredenen, behoefte heeft aan competentie, oftewel het opdoen van vaardigheden, autonomie en verbondenheid, zowel op het werk als in de privéomgeving. Competentie, de eerste behoefte van dit model is sterk verbonden met de job demands uit het model van Karasek, want uitdagingen en taken op het werk bieden de mogelijkheid om vaardigheden te ontwikkelen. Werkloosheid scoort logischerwijs slecht op deze dimensie. Dit benadrukt het positieve effect van werk op gezondheid door de geboden uitdagingen en de mogelijkheid tot de ontwikkeling van competenties.

Hypothese 7a: *Deelname aan de Instapeconomie heeft een positief effect op de hoeveelheid professionele uitdagingen in het leven van deelnemers en op de ontwikkeling van competenties.* **Hypothese 7b:** *Deze toename in professionele uitdagingen en competenties leidt tot een verbeterde gezondheid.*

Verklarend mechanisme 7: *Controle en autonomie*

Het tweede deel van het demand-controlemodel van Robert Karasek richt zich op de mate van controle en autonomie die een werknemer heeft bij de uitvoering van taken, inclusief de mogelijkheid om beslissingen te nemen over hoe en wanneer werkzaamheden worden uitgevoerd. Deze mate van controle in het werk oefent invloed uit op de gezondheid van werknemers. Werklozen ervaren echter weinig controle en autonomie, aangezien zij beperkte invloed hebben op hun leefomstandigheden en financiële positie (Theorell, 2020). Ook dit aspect van het demand-control model van Karasek, vertoont overeenkomsten met het self-determination model, waarin gesteld wordt dat mensen een fundamentele behoefte hebben aan autonomie (Deci & Ryan, 2000). Deze theorie biedt opnieuw een bredere benadering dan het demand-controlmodel. Autonomie betreft hier het vermogen om activiteiten uit vrije wil uit te voeren (Deci & Ryan, 2000). Werkloosheid wordt gekenmerkt door een lage mate van autonomie, omdat deze situatie doorgaans onvrijwillig is en werklozen vaak beperkt zijn in het volgen van hun eigen voorkeuren, vanwege beperkte middelen of verplichtingen jegens organisaties zoals uitkeringsinstanties (Zechmann & Paul, 2006). Kortom, beide modellen onderstrepen het belang van controle en autonomie als fundamentele behoefte van welzijn en stellen dat werk een cruciale rol speelt bij het vervullen van deze behoeften.

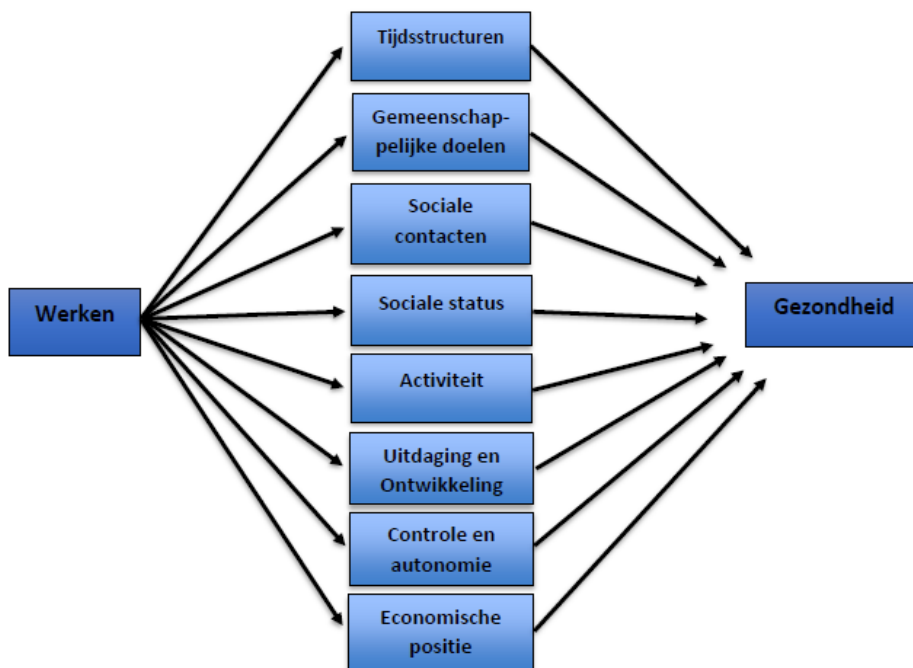
Hypothese 8a: *Deelname aan de Instapeconomie heeft een positief effect op het gevoel van controle en autonomie van deelnemers.* **Hypothese 8b:** *Deze toename in controle en autonomie leidt tot een verbeterde gezondheid.*

Verklarend mechanisme 8: *Economische positie*

Dit klassieke sociologische model richt zich op de “manifeste functie” van werk, namelijk het directe resultaat ervan, de financiële beloning. Dit is het tegenovergestelde van de neveneffecten waarop de latente functies zich concentreren (Karsten & Batinic, 2009). Deze functie van werk illustreert simpelweg dat werkloosheid leidt tot een gebrek aan financiële middelen. Als gevolg daarvan hebben werklozen minder toegang tot kwalitatief voedsel, goede huisvesting en kleding, wat resulteert in een verslechtering van hun gezondheid (Janlert & Hammarström, 2009). Omgekeerd vermindert aan het werk gaan na een periode

van werkloosheid het geldgebrek, wat de toegang tot deze basisbehoeften en dus de gezondheid verbetert. Verschillende studies hebben aangetoond dat armoede en gezondheid causaal met elkaar verbonden zijn (Janlert & Hammarström, 2009; Creed & MacIntyre, 2001). Dit impliceert dat werklozen ongezonder zijn omdat ze minder geld hebben. Volgens deze theorie zou er geen gezondheidsverschil bestaan tussen werkenden en werklozen wanneer hun inkomen gelijk is. In dit geval zal niet participatiebeleid de oplossing zijn om de gezondheid te verbeteren, maar een basisinkomen. In mijn onderzoek zou deze manifeste functie echter niet zo sterk naar voren moeten komen als in eerdere studies zoals die van Janlert & Hammarström (2009), of de eerdere experimenten met de basisbaan in Groningen en Rotterdam. Deze studies gaan namelijk uit van een regulier betaald loon, terwijl de Instapeconomie een unieke vorm van werk is, waarbij de deelnemers slechts maximaal honderdvijftig euro per maand verdienen. De toename van inkomen is voor hen dus aanzienlijk lager. Desalniettemin is er nog steeds een positief effect op gezondheid te verwachten. Voor mensen die normaal gesproken vijftig euro per week overhouden na hun vaste lasten, is een extra honderdvijftig euro per maand een behoorlijke vooruitgang.

Hypothese 9a: *Deelname aan de Instapeconomie heeft een positief effect op de economische positie van deelnemers.* **Hypothese 8b:** *Deze verbeterde economische positie leidt tot een verbeterde gezondheid.*



Figuur 1: Oorzakelijk diagram (DAG)

Verschillende studies hebben deze theoretische mechanismen empirisch getest om de mate van invloed van elk mechanisme te onderzoeken en om vast te stellen welke mechanismen de grootste en kleinste invloed hebben in het verklaren van het causale verband tussen werk en gezondheid. Janlert & Hammarström (2009) hebben dit onderzoek uitgevoerd door 1000 vroegtijdige schoolverlaters in Zweden te volgen. Data werden verzameld bij de deelnemers toen zij 16 jaar en 30 jaar oud waren. Met behulp van een meervoudige regressieanalyse, vergelijkbaar met de aanpak van Creed & Macintyre (2009), ontdekten zij dat met name tijdsstructuren en sociale contacten de belangrijkste verklarende mechanismen zijn. Zij vonden ook dat de economische positie en het ervaren van controle en autonomie significante en belangrijke verklarende factoren zijn. Creed & Macintyre (2009) daarentegen ontdekten dat de manifeste functie, oftewel de economische positie, het belangrijkste mechanisme was, waarbij zij ook het belang van de verklarende waarde van tijdsstructuren erkenden. Zij vonden daarnaast dat de correlatie werd verklaard door het mechanisme gemeenschappelijk doel. Karsten & Batinic (2009) testten alleen de latente functies en de manifeste, tevens met behulp van een meervoudige regressieanalyse na interviews met bijna duizend Duitse respondenten. Zij concludeerden dat hun bevindingen deels in tegenspraak zijn met Jahoda (1982), aangezien zij beargumenteren dat de economische positie de grootste verklarende waarde heeft, zoals ook gevonden door Creed & Macintyre (2009). Aan de andere kant, ondanks de relatief kleine coëfficiënten, bleken alle latente functies wel positief significant te zijn. Gezien de belangrijke rol uit de empirie die wordt toegeschreven aan economische positie, is het bijzonder interessant om te onderzoeken hoeveel van de relatie tussen werk en gezondheid over blijft bij onderzoek naar de Instapeconomie, omdat dit mechanisme naar verwachting minder belangrijk is dan in voorgaande onderzoeken die zijn uitgegaan van regulier betaald werk.

Hoofdvraag: Wat is het effect van deelname aan de Instapeconomie op de gezondheid van de deelnemers?

Gestelde Hypotheses:

- *Deelname aan de Instapeconomie zorgt voor een verbetering van de gezondheid van de deelnemers.*
- *Deelname aan de Instapeconomie heeft een positief effect op het gevoel van tijdsstructuur in het leven van de deelnemers. Dit toegenomen gevoel van tijdsstructuur leidt tot een verbeterde gezondheid.*
- *Deelname aan de Instapeconomie heeft een positief effect op het gevoel van gemeenschappelijke doelen in het leven van de deelnemers. Dit toegenomen gevoel van gemeenschappelijke doelen leidt tot een verbeterde gezondheid.*
- *Deelname aan de Instapeconomie heeft een positief effect op de hoeveelheid sociaal contact in het leven van de deelnemers. Dit toegenomen sociaal contact leidt tot een verbeterde gezondheid.*
- *Deelname aan de Instapeconomie heeft een positief effect op de sociale status van de deelnemers. Deze toegenomen sociale status leidt tot een verbeterde gezondheid.*
- *Deelname aan de Instapeconomie heeft een positief effect op de hoeveelheid activiteit van deelnemers. Deze toegenomen activiteit leidt tot een verbeterde gezondheid.*
- *Deelname aan de Instapeconomie heeft een positief effect op de hoeveelheid professionele uitdagingen in het leven van deelnemers en op de ontwikkeling van competenties. Deze toename in professionele uitdagingen en competenties leidt tot een verbeterde gezondheid.*
- *Deelname aan de Instapeconomie heeft een positief effect op het gevoel van controle en autonomie van deelnemers. Deze toename in controle en autonomie leidt tot een verbeterde gezondheid.*

4. Onderzoeksopzet en methoden

In dit hoofdstuk is de onderzoeksopzet van deze scriptie gepresenteerd, inclusief de toegepaste methoden. Hierbij zijn verschillende uitdagingen met betrekking tot de validiteit van de studie besproken. Vervolgens is in het metriek onderdeel van dit hoofdstuk uitgelegd hoe alle concepten zijn geoperationaliseerd en wordt de econometrische analyse uiteengezet, inclusief regressiemodellen.

4.1 Populatie en methoden

In deze scriptie is kwantitatief onderzoek uitgevoerd om de gezondheidseffecten van deelname aan de Instapeconomie onder deelnemers te analyseren. Data is verzameld met behulp van een vragenlijst. De scriptie richt zich op de deelnemers van de Instapeconomie van drie Haagse stichtingen: Lichtpuntjes van Mariahoeve (14 deelnemers), Wijk vol Waarde (24 deelnemers) en Gewoon Sociaal (15). De totale omvang van de studie betreft dus 53 deelnemers, waarvan 49 deelnemers de vragenlijst hebben ingevuld. Aangezien alle deelnemers en daarmee de gehele populatie van de Instapeconomie in Den Haag is onderzocht, is er geen sprake van een beperkte of niet-representatieve steekproef. Ook zijn er geen aanwijzingen dat de deelnemers die de vragenlijst niet hebben ingevuld verschillen van de groep die het wel heeft ingevuld. De vragenlijst, samengesteld door onderzoekers van de Universiteit Leiden en ambtenaren van de gemeente Den Haag, bestond uit vijfenvijftig vragen gericht op diverse aspecten van deelnemers, waaronder taalkennis, gezondheid, financiën, sociaal leven, zingeving en perspectief. De vragenlijst is ruim voor de start van deze scriptie opgesteld met het doel om de deelnemers kwantitatief beschrijvend in kaart te brengen. In deze scriptie is de vragenlijst gebruikt om verklarend onderzoek te doen, door middel van cross-sectionele statistische analyses. Doordat deze gebruikte vragenlijst voor aanvang van deze scriptie is ontwikkeld voor het genereren van beschrijvende statistiek en niet voor mijn verklarend onderzoek, zijn de mechanismen die in hoofdstuk 3 zijn gepresenteerd niet 1-op-1 geoperationaliseerd in de vragenlijst. De formulering van de vragen was niet altijd wenselijk. Met behulp van de vragen uit de vragenlijst is toch geprobeerd om met verschillende vragen die het beste aansloten bij de concepten alsnog de concepten die zijn onderzocht zo goed mogelijk te benaderen. Veel vragen vormen een redelijk goede vervangingsvariabele (proxy), maar testen niet wat exact gemeten had moeten

worden. Naast de afgenomen vragenlijsten zijn zes semigestructureerde interviews afgenomen met deelnemers van de Lichtpuntjes. Dit aantal is te klein om valide resultaten te verkrijgen. Bovendien zijn deze interviews ook niet representatief voor de gehele populatie, omdat alleen Nederlandstalige en Engelstalige deelnemers van Lichtpuntjes zijn geïnterviewd, die welwillend tegenover een interview stonden. Het inhuren van een tolk was geen realistische optie voor dit onderzoek. Hiernaast was het voor veel deelnemers al een flinke uitdaging om de vragenlijst in te vullen, een extra interview zou te belastend zijn en toekomstig onderzoek kunnen belemmeren. Deze waarschuwing voor onderzoeksmoeheid klonk ook vanuit gemeenteambtenaren. Hoewel uit de interviews geen conclusies kunnen worden getrokken, dragen ze wel bij aan een beter begrip van de kwantitatieve resultaten, waarbij citaten uit de interviews de kwantitatieve resultaten kunnen aanvullen.

4.2 Uitdagingen onderzoeksopzet

Deze scriptie omvat een cross-sectionele analyse onder deelnemers van de Instapeconomie. Dit betekent dat op één tijdstip meerdere onderzoekseenheden (deelnemers van de Instapeconomie) met elkaar zijn vergeleken op allerlei verschillende kenmerken (Toshkov, 2016). Het causale verband is onderzocht door de gezondheidsscores, de scores op de verklarende mechanismen en alle overige kenmerken van deelnemers te vergelijken om zo te bepalen of verschillen in bepaalde kenmerken tussen deelnemers kunnen verklaren, waarom sommigen een betere of mindere gezondheidsscore hebben dan anderen. Het uitvoeren van dit onderzoek was uitdagend, omdat er geen nulmeting was uitgevoerd, wat inhoudt dat er geen gezondheidsmeting was van individuen, voordat ze deelnamen aan de Instapeconomie. Noch van individuen die langdurig in de bijstand verbleven en *niet* meedoen aan de Instapeconomie. Dit komt doordat de vragenlijst slechts eenmaal is afgenomen onder alleen de deelnemers van de Instapeconomie, waardoor het lastig is om causale verbanden te identificeren. Logischerwijs is er in een scriptie geen tijd om jaren te wachten op een vervolgmeting die vergeleken kan worden met de metingen uit deze scriptie. Vanwege praktische bezwaren was het niet mogelijk om mensen van buiten de populatie te betrekken in het onderzoek.

In een ideale onderzoeksopzet vrij van praktische bezwaren en tijdsdruk zou een nulmeting worden gecreëerd door middel van longitudinaal onderzoek, zoals veelal is toegepast door wetenschappers die onderzoek hebben gedaan naar het effect van werk op gezondheid. Een alternatief zou een cross-sectioneel onderzoek met een controlegroep zijn. Bij een

longitudinaal onderzoek worden in theorie verschillen tussen deelnemers die het causale verband kunnen verstoren uitgesloten. Dit gebeurt door op verschillende momenten in de tijd te kijken naar de ontwikkeling van variabelen bij één deelnemer, in plaats van kijken naar de verschillen tussen de deelnemers. Dit kan door de deelnemers de vragenlijst in te laten vullen, bijvoorbeeld voor aanvang, tijdens en/of na deelname. Dit ontwerp vereist geen deelnemers buiten de populatie. Hoewel, een nadeel hiervan is dat tijdseffecten het onderzoek kunnen verstoren, bijvoorbeeld als er een pandemie zoals covid-19 plaatsvindt. Dit kan worden opgelost door ook een controlegroep te volgen en die groep op dezelfde verschillende momenten de vragenlijsten in te laten vullen. Door het verschil van de deelnemers voor en na deelname te vergelijken met het verschil in de controlegroep zonder deelname, kan een causaal verband worden benaderd. Deze aanpak staat bekend als 'Differences in Differences' (Toshkov, 2016). Dit heet een panelonderzoek, waarbij de voordelen van zowel een longitudinaal onderzoek als een cross-sectioneel onderzoek worden gecombineerd. Dit maakt 'Differences in Differences' een zeer robuuste onderzoeksmethode (Toshkov, 2016). Een alternatieve cross-sectionele opzet zou zijn om dezelfde vragenlijst voor te leggen aan een representatieve controlegroep van individuen die sterk lijken op de deelnemers van de Instapeconomie op het gebied van inkomen, migratieachtergrond, leeftijd, geslacht etc., maar die niet deelnemen aan de Instapeconomie. Een mogelijke strategie hiervoor is bijvoorbeeld om bewoners van de wijken waar de stichtingen gevestigd zijn en die langdurig afhankelijk zijn van de bijstand, maar die geen deel uitmaken van de Instapeconomie, te benaderen voor het onderzoek. Op deze manier kan het effect van deelname aan de Instapeconomie geïsoleerd worden, mits perfect uitgevoerd met identieke groepen op alle relevant geachte variabelen en voldoende steekproefgrootte. Het gevaar blijft dat de groepen verschillen op kenmerken die voor de onderzoeker onbekend zijn. Het is natuurlijk niet mogelijk om te controleren voor verschillen in kenmerken, waarvan het bestaan onbekend is (Toshkov, 2016).

Vanwege de praktische beperkingen is gekozen voor een cross-sectioneel ontwerp zonder controlegroep. Het effect van deelname aan de Instapeconomie op de gezondheid van de deelnemers is onderzocht door regressiecoëfficiënten te analyseren die de relatie beschrijven tussen de deelnametijd aan de Instapeconomie in maanden en gezondheidsgerelateerde variabelen en verklarende mechanismen. Hypotheses zoals meedoen aan de Instapeconomie verbetert de gezondheid zijn bevestigd, als bleek dat individuen die langer deelnemen aan het project gezonder zijn dan deelnemers die net zijn begonnen. Uiteraard gecontroleerd voor

potentiële versturende variabelen zoals leeftijd en geslacht. Dit komt met het nadeel dat de impact van de eerste maand van deelname onbekend blijkt. Individuen die één maand meedoen zijn namelijk niet vergeleken met individuen die niet begonnen zijn, maar met deelnemers die al langer meedoen. Mocht er gelijk na deelname, bijvoorbeeld na een week een bepaald effect optreden, bijvoorbeeld dat mensen meteen meer sociale status ervaren, dan blijft dit onopgemerkt in deze studie.

4.3 Operationalisatie

In hoofdstuk 3 zijn uit de wetenschappelijke literatuur acht mechanismen (tijdsstructuren, gemeenschappelijk doel, sociale status, sociale contacten, activiteit, uitdaging en ontwikkeling, controle en autonomie, economische positie) geselecteerd, die het effect van werken op gezondheid verklaren. Dit houdt in dat werken effect heeft op deze mechanismen en dat deze mechanismen vervolgens de afhankelijke variabele beïnvloeden, in dit geval gezondheid (zie figuur 2). Deze verklarende mechanismen zijn geoperationaliseerd naar mediërende variabelen (Baron & Kenny, 1986). In deze scriptie zijn deze mechanismen empirisch getest door middel van een kwantitatieve analyse van de data uit de vragenlijst. Op welke manier alle variabelen geoperationaliseerd zijn, is in dit deel van het hoofdstuk besproken. De labels van alle type variabelen zijn in de tabel 3 op bladzijde 35 weergegeven.

Onafhankelijke variabele

Concept: *deelname aan de Instapeconomie (1 variabele gebruikt ter operationalisatie)*

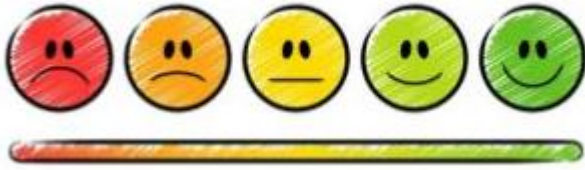
Deelnametijd, is gemeten aan de hand van het aantal maanden dat een deelnemer zelf aangeeft actief te zijn binnen de Instapeconomie. Deelnametijd is een ratiovariabele, het heeft een absoluut nulpunt en de afstanden tussen de waarden zijn gelijk.

Afhankelijke variabelen

Concept: *Gezondheid (2 variabelen gebruikt ter operationalisatie)*

Gezondheidsgevoel, is gemeten aan de hand van vraag 18 “Hoe gezond voel je je over het algemeen?” Op een schaal van 1 (Helemaal niet gezond, verdrietige rode smiley) tot 9 (Heel gezond, vrolijke groene smiley). Deze schaal kent geen absoluut nulpunt en het is onzeker of

de afstanden tussen de opeenvolgende waarden gelijk zijn. De perceptie van de smiley kan namelijk per deelnemer verschillen. Hierdoor is Gezondheidsgevoel een ordinale variabele.



Deelnemers werd gevraagd een smiley te omcirkelen. De meest linkse smiley is gecodeerd als waarde 1. Voor elke smiley naar rechts gaat de waarde met 2 omhoog.

Freqziek, de ziektefrequentie is gemeten op een schaal oplopend van 1 (nooit) tot 5 (7 keer of vaker) bij vraag 18 “*Hoe vaak ben je ongeveer ziek in het jaar?*” De afstanden tussen de punten op de schaal zijn niet gelijk en er is geen absoluut nulpunt, er is wel een rangschikking. Dit is dus een ordinale variabele.

Mediërende variabelen

Concept: *Tijdsstructuren (2 variabelen gebruikt ter operationalisatie)*

Extrastructuur, is gemeten aan de hand van vraag 42: “*Geeft instapwerk extra structuur aan je dag?*” Op een schaal van 1 (nee, helemaal niet) tot 9 (ja, heel veel). Dezelfde smileys zijn gebruikt als bij de variabele Gezondheidsgevoel. Hierdoor is deze variabele een ordinale variabele.

Freqbuiten, is gemeten met vraag 40: “*Hoe vaak kom je buiten in de week, naast je instapbaan?*” Op een schaal van 1 (minder dan één keer per week) tot 7 (elke dag minstens een uur). De afstanden tussen de schaaltraden zijn niet gelijk, maar er is wel een rangschikking. Schaal 2 is bijvoorbeeld één keer per week, schaal 3 twee keer per week en schaal 4 om de dag. Hierdoor is dit ook een ordinale variabele.

In deze scriptie is gekozen voor deze variabele, omdat de hoeveelheid die deelnemers buiten komen nauw samenhangt met de verplichting om op een bepaalde plek op een bepaald moment te moeten zijn. Hierom is *Freqbuiten* een goede indicator van tijdsstructuren (Karsten & Batinic, 2009). Janlert & Hammarström (2009) hebben deze indicator op een soortgelijke manier berekend door simpelweg het aantal activiteiten van meerdere uren in een week van hun respondenten bij elkaar op te tellen.

Concept: *Gevoel van gemeenschappelijk doel (1 variabele gebruikt ter operationalisatie)*

Gemeenschappelijkdoel, is gemeten met vraag 4: “*Wat vind jij belangrijk aan het instapwerk dat jij doet?*” Dit is in tegenstelling tot alle eerder benoemde vragen een open vraag. Bij de analyse van de antwoorden op deze vraag, is elke deelnemer een waarde van 0 of 1 toebedeeld op deze variabele. Gemeenschappelijkdoel is dus een binaire variabele. Indien een deelnemer een antwoord heeft opgeschreven dat iets te maken had met een gemeenschappelijk doel van de stichting of met iets bijdragen aan de buurt of samenleving, is een waarde van 1 toebedeeld. Indien een deelnemer niet zoiets heeft opgeschreven, is de waarde 0 toebedeeld. Voorbeelden van antwoorden die waarde 1 zouden ontvangen zijn: ‘om iets te betekenen voor anderen’ of ‘om te participeren in de maatschappij’. Voorbeelden van antwoorden die een waarde 0 zouden krijgen zijn: ‘ritme in mijn leven’, ‘om sociale contacten op te doen’ of ‘om de taal te leren’.

Karsten en Batinic (2009), onderzochten de activatie van dit mechanisme door individuen te vragen, in hoeverre ze het eens waren met de stelling: “*Op dit moment in mijn leven voel ik dat ik waarde toevoeg aan de maatschappij in zijn geheel*” en “*Ik doe dingen in mijn leven die nodig zijn voor anderen*”. In deze studie is de vraag omgedraaid en is getest of antwoorden die opgeschreven zijn als belangrijk aspect van het instapwerk, volgens de deelnemer van waarde zijn voor anderen, de stichting of de maatschappij en dus vallen onder een gemeenschappelijk doel.

Concept: *Sociale contacten (2 variabelen gebruikt ter operationalisatie)*

Noemtcontacten, is wederom gemeten met de open vraag 4 “*Wat vind jij belangrijk aan het instapwerk dat jij doet?*” Op dezelfde manier als bij de variabele Gemeenschappelijkdoel is deze vraag gecodeerd. Waarde 1 is toebedeeld aan deelnemers die iets omtrent sociaal contact hebben opgeschreven als belangrijk punt in hun instapwerk en 0 aan de deelnemers die dit niet hebben gedaan. Noemtcontacten is dus een binaire variabele. Voorbeelden van antwoorden waardoor de deelnemer score 1 heeft toebedeeld op deze variabele zijn: “*de groep mensen hier*”, “*sociaal blijven*”, “*het sociale aspect*”.

Freqsociaal, is gemeten aan de hand van vraag 48: “*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*”. Deelnemers hebben bij deze vraag vijf antwoordmogelijkheden gekregen,

op een schaal van 1 (geen contact) tot 5 (elke dag). Net als bij Freqbuiten zijn de schaaltraden in termen niet even groot, er is geen nulpunt, maar wel een rangschikking. Het is dus een ordinale schaal. Het testen van dit mechanisme aan de hand van deze vraag vertoont overlap met de operationalisatie die Karsten & Batinic (2010) hebben toegepast. Hun stellingen luiden: “*Most days I meet quite a range of people*” en “*I see a lot of my friends and workmates*”. Deelnemers moesten aangeven of ze het eens of oneens waren.

Concept: *Sociale status (1 variabele gebruikt ter operationalisatie)*

Status, is gemeten aan de hand van vraag 34: *Waar ben je goed in?* Deelnemers die iets hebben ingevuld hebben waarde 1 toebedeeld gekregen en deelnemers die niets hebben ingevuld kregen waarde 0. Hierdoor is deze variabele dus ook een binaire variabele. Helaas bood de vragenlijst geen vragen die dit mechanisme accuraat kunnen operationaliseren. De vraag “Waar ben je goed in?” lijkt het best dit concept te operationaliseren, aangezien individuen die aangeven zich ergens goed in te vinden waarschijnlijk een beter zelfbeeld hebben dan degenen die dit niet doen. Hierdoor dient deze vraag als een proxy voor de vraag die is gesteld door Karsten & Betanic (2009) om de sociale status te meten: “*Sometimes I feel like I'm on the scrapheap*”. Wat betekent dat een persoon zich voelt als een afdankertje.

Concept: *Activiteit (1 variabele gebruikt ter operationalisatie)*

Freqbuiten, is geschikt voor operationalisatie voor zowel het concept Activiteit als Tijdstructuren. Dit mechanisme gaat over de dagbesteding van individuen. Karsten & Batinic (2009) hebben dit onderzocht door individuen te vragen of ze drukke dagen hebben over het algemeen. Om een dag gevuld te hebben met activiteiten moeten mensen het huis uit. Hierom is deze vraag gebruikt als proxy.

Sport, is geschikt voor de operationalisatie van het concept activiteit. Sport dient namelijk als opvulling van dagen door middel van een actieve bezigheid. Deze variabele is gemeten aan de hand van vraag 20 op een ordinale vijfpuntsschaal. De vraag luidt: “*Doe je aan sport activiteiten. Dit kan alles zijn van wandelen tot en met een voetbalwedstrijd spelen? Kruis één antwoord aan.* Keuzemogelijkheden variëerden van “*nooit*” tot “*elke dag*”.

Concept: *Economische positie (2 variabelen gebruikt ter operationalisatie)*

Finuitdagingen, oftewel financiële uitdagingen, is gemeten aan de hand van vraag 29: “*Ervaar je uitdagingen met rondkomen?*”. Deze vraag bestaat ook uit de ordinale negenpuntsschaal met de vijf verschillende smileys. Waarbij waarde 1 heel veel uitdagingen representeert en waarde 9 helemaal geen uitdagingen. Let op, hoe hoger de score, hoe minder financiële uitdagingen worden ervaren. Deze manier van toetsen is dezelfde manier als Creed & Reynolds (2009) hebben gebruikt in hun studie naar economische deprivatie en eenzaamheid onder werkloze jongeren. Zij legden bij hun respondenten de volgende stelling voor: “*I have a difficult time making ends meet*”

Besteedbaremiddelen, is gemeten met vraag 29: “*Hoeveel kan je per week ongeveer besteden, naast je vaste lasten? Kruis één antwoord aan*”. Deze vraag bestaat uit een vijfpuntsschaal waarbij waarde 1 ‘0 tot 50 euro’ representeert en waarde 5 “200 euro of meer” representeert. Per schaalrede komt er 50 euro bij. Doordat de afstanden tussen de schaalreden precies even groot zijn, is dit een intervalvariabele.

Concept: *Uitdaging en ontwikkeling* (1 variabele gebruikt ter operationalisatie)

Ontwikkeling, is gemeten aan de hand van vraag 36: “*Heb je nieuwe dingen gevonden waar je goed in bent in de afgelopen maanden? Zo ja, licht dan toe*”. Deelnemers die een vaardigheid hebben ingevuld die ze hebben opgedaan tijdens instapwerk, kregen waarde 1 toebedeeld. Dit laat zien dat ze uitgedaagd zijn en competenties hebben opgedaan. Deelnemers die niets hebben ingevuld kregen waarde 0. Hierdoor is deze variabele dus een binaire variabele. Voorbeelden van antwoorden die waarde 1 hebben ontvangen zijn: “*Waste Management*” en “*Analoog fotograferen*”.

Concept: *Controle en autonomie* (1 variabele gebruikt ter operationalisatie)

Vrijheid, voor het meten van deze variabele is vraag 52 gebruikt: “*Ervaar je vrijheid?*” Deze vraag bestaat ook uit de ordinale negenpuntsschaal met de smileys. Waarbij waarde 1 helemaal geen vrijheid en waarde 9 heel veel vrijheid representeert.

Controlevariabelen

Leeftijd, is gemeten in jaren. Door de gelijke afstand tussen de jaren en het absolute nulpunt is dit een ratiovariabele.

Geslacht, is een binaire variabele. Mannen hebben de waarde 0 en vrouwen de waarde 1 toebedeeld gekregen.

Alleenstaand, is een binaire variabele. De waarde 0 is toegekend als een deelnemer met een partner en/of kinderen een gezin vormt. Als de deelnemer alleenstaand is, is waarde 1 toegekend.

Werkervaring, is een binaire variabele. De waarde 0 is toegekend als een deelnemer nooit betaald werk heeft gedaan. Als de deelnemer ooit betaald werk heeft gedaan, is waarde 1 toegekend.

Taalkennis, is gemeten aan een score variërend van 1 (Helemaal niet tevreden) tot 9 (Zeer tevreden) op vraag 6 “*Hoe tevreden ben je over hoe je de Nederlandse taal begrijpt?*” Ook hier is de ‘smiley-schaal’ toegepast. Het is dus een ordinale variabele.

Chronischziek, is een binaire variabele, deelnemers die lijden aan een chronische ziekte hebben waarde 1 toebedeeld gekregen en deelnemers die niet lijden aan een chronische ziekte waarde 0. De resultaten zijn afgeleid uit vraag 26: “*Zijn er dingen op het gebied van jouw gezondheid die je belangrijk vindt om met ons te delen? Zo ja welke*”. Deelnemers die niets invulden of zaken die niet onder chronisch ziek vallen zoals “*slaaptekort*” en “*problemen met mijn arm waar ik fysiotherapie voor krijg*” hebben de waarde 0 toebedeeld gekregen. Deelnemers die hier wel chronische ziekten of aandoeningen zoals “*hartfalen*” of “*versleten ruggengraat*” hebben ingevuld, hebben de waarde 1 toebedeeld gekregen. Het bepalen of iemand chronisch ziek is op basis van de antwoorden op deze vraag is bijzonder lastig en hier en daar ook arbitrair. Toch was het erg belangrijk om deze controlevariabele aan het model toe te voegen.

Opleidingsniveau, is een ordinale variabele waarbij deelnemers zijn gerangschikt in vijf categorieën. Bij vraag 38 werd de deelnemers om hun hoogst afgeronde opleiding gevraagd. De manier van coderen is overgenomen van het ministerie van OCW, zoals toegepast in de Enquête Beroepsbevolking (OCW, 2024). De categorieën zijn: 1=geen afgeronde opleiding, 2=basischool (primair onderwijs), 3= vmbo, 4= havo/vwo/MBO, 5= hbo, 6= wo.

Onafhankelijke variabele	Mediërende variabelen	Afhankelijke variabelen	Controlevariabelen
Deelnametijd X	Extrastructuur M1a	Gezondheidsgevoel Ya	Leeftijd C1
	Freqbuiten M1b/M5a	Freqziek Yb	Geslacht C2
	Gemeenschappelijkdoel M2		Alleenstaand C3
	Noemtsociaal M3a		Werkervaring C4
	Freqsociaal M3b		Taalkennis C5
	Status M4		Chronischziek C6
	Sport M5b		Opleidingsniveau C7
	Finuitdagingen M6a		
	Besteedbaremiddelen M6b		
	Ontwikkeld M8		
	Vrijheid M9		

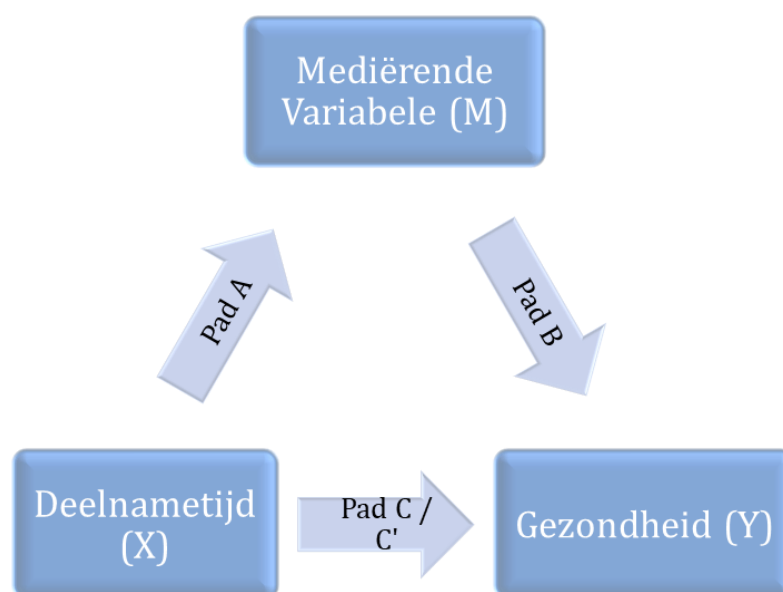
Tabel 3: Overzicht type variabelen, naam en code. De eerste letter in de code verwijst naar het type variabele. Het tweede cijfer naar het concept waarbij de variabele hoort. De tweede letter, indien aanwezig laat zien of het de eerste of tweede gebruikte variabele is om het concept te operationaliseren.

4.4 Econometrische analyse

In deze scriptie is een econometrische analyse uitgevoerd om de invloed van deelname aan de Instapeconomie (onafhankelijke variabele X) via acht mechanismen (mediërende variabelen M) op de gezondheid van deelnemers (afhankelijke variabele Y) te meten. Hierbij is de mediatieanalyse zoals beschreven door Baron & Kenny (1986) uitgevoerd. In deze analyse presenteren zij drie paden waarlangs X invloed uitoefent op Y, waarbij voor elk pad statistische regressievergelijkingen worden uitgevoerd. In dit laatste deel van het hoofdstuk is de mediatieanalyse stap voor stap uitgelegd, inclusief de regressievergelijkingen die voortkomen uit deze analyse met de geoperationaliseerde variabelen. Alle regressievergelijkingen zijn geschat op basis van de Ordinary Least Squares-methode (OLS). Dit houdt in dat het gaat om meervoudige lineaire regressies, zoals ook gedaan door Schuring et al. (2010) om het effect van werk op gezondheid te berekenen. De relatie tussen de afhankelijke en onafhankelijke variabelen is dus als lineair beschouwd. Volgens Sieben & Linssen (2009) en Worster et al. (2009) is het schatten van lineaire regressie alleen mogelijk als alle afhankelijke variabelen in het model continue- of intervalvariabelen zijn. In deze scriptie is dit niet het geval, onder andere door de vragen met de smileys op ordinale schaal. Volgens deze academici zou het dus beter zijn om een logistisch regressiemodel te gebruiken. Echter, lineaire regressies worden als de beste methode voor dit specifieke onderzoek gezien. Volgens Rainey en McCaskey (2021) kan het gebruik van logistisch modellen bij een steekproefgrootte kleiner dan honderd leiden tot vertekende resultaten. In dergelijke situaties kan het gebruik van een lineair model geschikter zijn dan een logistisch model, aangezien in dit laatste model de grenzen tussen de categorieën geschat moeten worden. Waar eindigt de smiley en waar begint de volgende smiley? Hier zijn extra parameters voor nodig, waardoor het aantal vrijheidsgraden daalt en de standaardfout stijgt. Aan de andere kant, een risico van de lineaire regressies is dat de binaire variabelen buiten het bereik van 0 tot 1 vallen, wat niet zou moeten kunnen (Worster et al., 2009).

Bij het interpreteren van de resultaten is bewijs uit alle variabelen beschouwd als een 'sufficient condition'. Dit betekent dat in het geval dat er meerdere variabelen zijn geoperationaliseerd om een effect te meten, zoals bij het effect tussen deelname en gezondheid, waarbij gezondheid op twee manieren is gemeten, een significante coëfficiënt op een van de indicatoren van gezondheid, dus ziektefrequentie of gezondheidsgevoel, als voldoende bewijs wordt gezien om de hypothese te bevestigen. Zelfs als andere coëfficiënten

niet significant zijn en dus geen bewijs leveren (met uitzondering van stap 4). Dit houdt in dat significante resultaten als een ‘smoking gun’ fungeren, als ze gevonden worden, bewijzen ze de hypothese (Toshkov, 2016). Voor deze benadering is gekozen vanwege de zojuist beschreven beperkingen in de onderzoeksopzet. Door de beperkingen zullen resultaten veelal insignificant zijn en is de kans groot op vals negatieve scores. Hierom is ook bij het bepalen van de significantie hoge P-waarden van 0,2 of bij stap 5 zelfs 0,3 geaccepteerd. Uiteraard is naast het significantieniveau ook de grootte van de coëfficiënt van belang bij het bepalen van de invloed van de onafhankelijke variabele op de afhankelijke variabele. Een grote coëfficiënt met een grote standaardfout houdt in dat er een sterk effect lijkt te zijn, maar dat er een aanzienlijke onzekerheid is in de schatting van dit effect. Echter, de groottes van de coëfficiënten van verschillende onafhankelijke variabelen zijn niet eenvoudig om op een systematische manier te vergelijken. Dit komt doordat sommige van deze variabelen op een vijfpuntsschaal zijn gemeten, andere op een zevenpuntsschaal en weer andere op een binaire schaal. De invloed van een kleine coëfficiënt op een zevenpuntsschaal zou groter kunnen zijn dan de invloed van een grote coëfficiënt op een binaire schaal. Conclusies trekken op basis van de grootte van de coëfficiënten is daarom in het geval van deze scriptie niet correct. Bovendien zullen grotere coëfficiënten waarschijnlijk ook hogere significantieniveaus hebben, omdat bij gelijke standaardfouten de t-waarde hoger zal zijn, wat resulteert in een lagere p-waarde.



Figuur 2: Schematische weergeving mediatie-analyse (Baron & Kenny, 1986)

- Totale effect (C) = Het effect op van X op Y = Directe effect + Indirecte effect
- Directe effect (C') = Het effect van X op Y, terwijl er gecontroleerd wordt voor M = Totale effect – Indirecte effect
- Indirecte effect = Het effect van X op Y uitsluitend via het mediërende mechanisme = Totale effect – directe effect, of A x B

Stap 1, pad C, totale effect

De eerste stap van de mediatie-analyse omvat het meten van het effect van deelname aan de Instapeconomie (X) op de twee gezondheidsvariabelen (Y), waarbij gecontroleerd is voor variabelen die de relatie tussen X en Y zouden kunnen verstoren, maar geen mediërende variabelen zijn. Deze controlevariabelen zijn in tabel 3 te vinden. Dit is pad C en representeert het totale effect van X op Y. Het totale effect van deelname aan de Instapeconomie op het gezondheidsgevoel is pad C1 en het totale effect van deelname aan de Instapeconomie op de Ziektefrequentie is pad C2.

Deze effecten zijn geschat aan de hand van de volgende twee onderstaande lineaire regressievergelijking. Hierbij staat β_1 voor de verandering in de afhankelijke variabele, indien de deelnametijd aan de Instapeconomie met een maand toeneemt, terwijl alle overige variabelen in de regressie constant blijven. Dit is dus het totale effect. De gezondheidsvariabelen Gezondheidsgevoel en Ziektefrequentie zijn de afhankelijke variabelen en deelnametijd is de onafhankelijke variabele. Alle overige variabelen zijn controlevariabelen.

Gezondheidsgevoel

$$= \beta_0 + \beta_1 \cdot \text{Deelnametijd} + \beta_2 \cdot \text{Leeftijd} + \beta_3 \cdot \text{Geslacht} + \beta_4 \cdot \text{Alleenstaand} + \beta_5 \cdot \text{Werkervaring} + \beta_6 \cdot \text{Taalkennis} + \beta_7 \cdot \text{Chronischziek} + \beta_8 \cdot \text{Opleidingsniveau} + \epsilon$$

Ziektefrequentie

$$= \beta_0 + \beta_1 \cdot \text{Deelnametijd} + \beta_2 \cdot \text{Leeftijd} + \beta_3 \cdot \text{Geslacht} + \beta_4 \cdot \text{Alleenstaand} + \beta_5 \cdot \text{Werkervaring} + \beta_6 \cdot \text{Taalkennis} + \beta_7 \cdot \text{Chronischziek} + \beta_8 \cdot \text{Opleidingsniveau} + \epsilon$$

Stap 2. pad A, eerste deel indirecte effect

De tweede stap van de mediatie-analyse omvat het meten van de invloed van deelname aan de Instapeconomie (X) op de acht mediërende mechanismen (M) die het effect van deelname op gezondheid verklaren. Dit is pad A en representeert het eerste deel van het indirecte effect van X op Y. Dit effect is berekend door het schatten van lineaire regressies, waarbij de afhankelijke variabele, deelnametijd werd geanalyseerd in relatie tot alle mediërende variabelen, waarbij is gecontroleerd voor de controlevariabelen. De mediërende variabelen zijn dus de afhankelijke variabelen. Voor sommige mechanismen zijn er twee regressies geschat en voor andere één, afhankelijk van de hoeveelheid variabelen die zijn gebruikt om het concept te operationaliseren. In totaal zijn er in deze stap elf regressies geschat.

Hieruit volgen de volgende regressievergelijkingen. Hierbij staat β_1 voor de verandering van M in hoeveelheid of kans indien de deelnametijd met één maand toeneemt en alle overige variabelen in de regressie constant blijven.

Mediërende Variabele

$$\begin{aligned} &= \beta_0 + \beta_1 \cdot \text{Deelnametijd} + \beta_2 \cdot \text{Leeftijd} + \beta_3 \cdot \text{Geslacht} + \beta_4 \\ &\cdot \text{Alleenstaand} + \beta_5 \cdot \text{Werkervaring} + \beta_6 \cdot \text{Taalkennis} + \beta_7 \\ &\cdot \text{Chronischziek} + \beta_8 \cdot \text{Opleidingsniveau} + \epsilon \end{aligned}$$

Stap 3. Pad C' en pad B, directe effect en tweede deel indirecte effect

In de derde stap zijn er door middel van het schatten van regressievergelijkingen twee verschillende effecten gemeten. Het directe effect van X op Y (pad C'). Dit is het effect van X op Y terwijl er wordt gecontroleerd voor een van de mediërende variabelen. Dit is dus het gehele effect van X op Y, behalve het deel van het effect dat via M stroomt. Het andere effect dat is gemeten is het tweede deel van het indirecte effect (pad B). Dit is het effect van M op Y. Hierbij is dus gecontroleerd voor X. In theorie vormen het directe effect (C') en het indirecte effect (AB) samen het totale effect (C). In deze studie is het directe effect niet per se interessant voor het begrijpen van het complexe verband tussen X en Y. Echter, dit directe effect is van belang om het indirecte effect te berekenen. Dit is pas berekend in stap 4 en hier is dus pas in stap 4 op ingegaan.

Het directe effect van deelname aan de Instapeconomie op gezondheid en het effect van de verklarende mechanismen op de gezondheid is gemeten aan de hand van tweeëntwintig regressievergelijkingen. Dit komt doordat er elf variabelen zijn geoperationaliseerd om alle acht verklarende mechanismen te meten en twee variabelen zijn geoperationaliseerd om gezondheid te schatten. Voor elke mediërende variabele op elke gezondheidsvariabele is een regressievergelijking geschat, in totaal tweeëntwintig vergelijkingen dus. De coëfficiënt β_1 representeert pad C. Dit is het effect van een extra maand deelname aan de Instapeconomie op de gezondheidsvariabelen, terwijl een van de mediërende variabelen constant blijft. Coëfficiënt β_2 representeert pad B. Dit is het effect op de gezondheidsvariabelen, terwijl de mediërende variabele met waarde 1 toeneemt en de deelnametijd gelijk blijft. Bij deze regressievergelijkingen is er gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, etc. Hieruit volgen de volgende regressievergelijkingen. In de eerste elf regressievergelijkingen is Gezondheidsgevoel de afhankelijke variabele en in de laatste elf is Ziektefrequentie de afhankelijke variabele.

Gezondheidsgevoel

$$= \beta_0 + \beta_1 \cdot \text{Deelnametijd} + \beta_2 \cdot \text{Mediërende variabele} + \beta_3 \cdot \text{Leeftijd} + \beta_4 \cdot \text{Geslacht} + \beta_5 \cdot \text{Alleenstaand} + \beta_6 \cdot \text{Werkervaring} + \beta_7 \cdot \text{Taalkennis} + \beta_8 \cdot \text{Chronischziek} + \beta_9 \cdot \text{Opleidingsniveau} + \epsilon$$

Ziektefrequentie

$$= \beta_0 + \beta_1 \cdot \text{Deelnametijd} + \beta_2 \cdot \text{Mediërende variabele} + \beta_3 \cdot \text{Leeftijd} + \beta_4 \cdot \text{Geslacht} + \beta_5 \cdot \text{Alleenstaand} + \beta_6 \cdot \text{Werkervaring} + \beta_7 \cdot \text{Taalkennis} + \beta_8 \cdot \text{Chronischziek} + \beta_9 \cdot \text{Opleidingsniveau} + \epsilon$$

Stap 4. Vergelijken C en C', directe effect

In deze stap zijn er geen regressies geschat, maar zijn de coëfficiënten van het totale effect (C) (β_1 coëfficiënt stap 1) vergeleken met de coëfficiënten van het directe effect (C') (β_1 coëfficiënt stap 2). Het verschil tussen het totale effect en het directe effect is namelijk het indirecte effect. Het beoordelen van dit effect is noodzakelijk voor het beantwoorden van de hypothesen. Het indirecte effect is het effect van X op Y dat uitsluitend via het mediërend mechanisme verloopt. Hoe groter het verschil tussen deze coëfficiënten, hoe groter het indirecte effect en dus de verklarende kracht van het mediërende mechanisme waarvoor is gecontroleerd. Volgens de theorie van Baron & Kenny (1986), is er volledige mediatie als C'

geen significante voorspellende kracht heeft terwijl, C dit wel heeft, en is er gedeeltelijke mediatie als C en C' verschillende waarden hebben. Dit betekent dat X invloed heeft op Y via het mediërende mechanisme en dat er andere mediërende mechanismen zijn waar het effect van X op Y doorheen stroomt.

Als C groter is dan C' is het indirecte effect positief, wat betekent dat X via het mediërende mechanisme een positieve invloed heeft op Y. Als C kleiner is dan C' gaat het om een negatieve invloed via het mediërend mechanisme. Aangezien de hypothesen stellen dat X leidt tot een hoger gezondheidsgevoel en een lagere ziektefrequentie kunnen deze hypothesen bevestigd worden indien $C1 > C'1$ en $C2 < C'2$.

Deze methode biedt geen manier om het significantieniveau van het indirecte effect te meten en geeft louter de grootte van het indirecte effect aan. Een van de voorwaarden voor het accepteren van de uitkomsten uit deze methode is dat Pad C significant is met een lage standaardfout. Als C niet significant is, zijn aanvullende statistische tests noodzakelijk om de significantie van het indirecte effect te meten. Dit is gedaan in stap 5 en kan niet door simpelweg C en C' te vergelijken.

Stap 5. Pad AB, indirecte effect

In de vijfde stap is het indirecte effect berekend door de coëfficiënt van pad A te vermenigvuldigen met de coëfficiënt pad B. In theorie zou het uitvoeren van deze stap onnodig zijn, omdat pad AB, in theorie gelijk is aan het verschil tussen het totale effect (C) en het directe effect (C') zoals al berekend in stap 4. Toch is deze extra stap uitgevoerd in de scriptie om extra controle te bieden, door de resultaten uit stap 5 te vergelijken met stap 4, wat kan leiden tot additionele inzichten en meer zekerheid in de conclusies. Ook zijn de resultaten van stap 5 te beoordelen, indien pad C insignificant is, doordat in stap 5, na het vermenigvuldigen van pad A (β_1 coëfficiënt stap 1) met pad B (β_2 coëfficiënt stap 2) kan met een relatief eenvoudige test het significantieniveau van het indirecte effect bepaald kan worden.

De coëfficiënt van pad AB staat voor de verandering in Y na een toename in deelnametijd van een maand, wat uitsluitend wordt veroorzaakt door het mediërende mechanisme. Stel, voor elke maand extra deelname aan de Instapeconomie ervaren deelnemers 10% meer structuur in hun leven (pad A) en voor elk procentpunt extra structuur worden ze 0,3

procentpunt minder vaak ziek (pad B). In dit geval leidt een maand deelname tot $(10\% \times -0,3\%) = 3\%$ minder ziekte via alleen het structuur mechanisme. Pad AB zou in dit rekenvoorbeeld -0,03 zijn.

De coëfficiënten die volgen uit pad A en B hebben allen verschillende standaardfouten. Bij het vermenigvuldigen van de paden moet niet alleen naar de groottes van de coëfficiënten gekeken worden, maar ook naar de standaardfouten om te beoordelen hoe groot de kans is dat de coëfficiënt en dus het indirecte effect door toeval is ontstaan, of dat er een significante trend is. Coëfficiënten uit verschillende regressievergelijkingen zijn dus niet zomaar met elkaar te vermenigvuldigen.

Sobel (1982) loste dit probleem op en ontwikkelde een test om het significantieniveau van het indirecte effect te beoordelen. Dit deed hij door de onderstaande formule te ontwikkelen die de standaardfout van het indirecte effect berekent. Door AB te delen door de standaardfout van AB, kan de Z-waarde worden berekend, zie de onderstaande formule. A en B zijn de waarden uit stap 2 en 3 en de S staat voor de standaardfouten van deze coëfficiënten. De uitkomst Z is de Sobel-test-statistic (Zeng et al. 2021). De Sobel-test is gebaseerd op de aanname van onafhankelijkheid van de paden A en B. Er wordt dus geen rekening gehouden met correlatie tussen de verschillende paden (Sobel, 1987). Indien er wel sprake is van correlatie kan dit resulteren in het onderschatten van de standaardfout, waardoor het significantieniveau in de realiteit lager is dan uit deze test blijkt. Verder neemt de Sobel-test aan dat de indirecte effecten normaal verdeeld zijn (Mackinnon et al., 2004). Vanwege de Centrale Limietstelling, die stelt dat de verdeling van het gemiddelde van een aantal waarnemingen naar een normale verdeling neigt, mits de steekproefgrootte groot genoeg is, is het van belang dat het aantal waarnemingen dus ook groot genoeg (minstens enkele tientallen) is om deze aanname te rechtvaardigen. Kortom, bij een kleine steekproef zijn de z-waarden van de Sobel-test minder betrouwbaar. Met het aantal metingen van rond de vijftig in deze studie lijkt dit genoeg te zijn om deze test correct uit te voeren.

$$z = \frac{\hat{a}\hat{b}}{S_{\hat{a}\hat{b}}}, S_{\hat{a}\hat{b}} = \sqrt{\hat{b}^2 S_a^2 + \hat{a}^2 S_b^2}$$

Formule Sobel-Test Statistic. Screenshot afkomstig uit Zeng et al.,(2021).

4.5 Ethiek

Ter voorbereiding op het afnemen van de vragenlijst en de interviews heb ik vijf dagdelen meegelopen bij de stichting Lichtpuntjes van Mariahoeve. Tijdens deze sessies heb ik me niet beziggehouden met mijn onderzoek. Het doel van de bezoeken was namelijk om een bekend en vertrouwd gezicht te worden voor de deelnemers, zodat zij zich prettiger zouden voelen op het moment dat ik als onderzoeker hen om persoonlijke informatie zou vragen omwille van het onderzoek. Ook hoopte ik dat de deelnemers hierdoor meer welwillend tegenover het onderzoek zouden staan en zich meer open zouden durven stellen, wat bijdraagt aan de validiteit van de data. Bovendien was het waardevol om de context van het onderzoek beter in beeld te krijgen, zodat ik een beter beeld zou krijgen van de praktijk achter de cijfers en de beleidsdocumenten.

In deze scriptie is onderzoek gedaan naar individuen in een kwetsbare positie. De meeste deelnemers van de Instapeconomie kampen met multiproblematiek. Omdat ik één-op-één contact moest leggen voor het verzamelen van de data, droeg ik een grote verantwoordelijkheid om dit onderzoek op een correcte, respectvolle en ethische wijze uit te voeren. Ter voorbereiding op mijn ontmoetingen met de deelnemers heb ik een workshop ethiek gevolgd onder leiding van Dr. Mena en Dr. Winters. Zij hebben me bekendgemaakt met de uitdagingen en de verantwoordelijkheden die op mijn pad zouden komen. Ook hebben ze enkele praktische tips meegegeven die ik direct kon toepassen. Tijdens de workshop ben ik gewaarschuwd om mij bewust te zijn van mijn machtspositie als student. Gebrek aan bewustzijn over verschillen in machtsposities, privileges en wereldbeelden kan leiden tot onbedoelde vooroordelen bij het verzamelen van data en het schrijven van de scriptie (O’leary, 2017). Deze vooroordelen kunnen zich uiten doordat de onderzoeker een oordeel velst over de antwoorden en ervaringen van een respondent gedurende een interview of afname van een vragenlijst, waardoor het vertrouwen tussen de onderzoeker en de deelnemer kan verdwijnen. Hierdoor zal de deelnemer een nare nasmaak overhouden aan het onderzoek. Luisteren zonder oordeel lijkt eenvoudig, maar dat is het niet, want wereldbeelden zijn diepgeworteld in je karakter en kunnen naar voren komen als je er niet van bewust bent, bijvoorbeeld via je lichaamstaal of mimiek (O’leary, 2017). Voor de workshop voelde ik geen machtsverhouding ten opzichte van de deelnemers van de Instapeconomie die ik zou gaan ontmoeten. Ik zag mezelf als ‘gewoon een student’ en was ook een stuk jonger dan de deelnemers. Toch gaf Dr. Winters mij het inzicht dat deze machtsverhouding waarschijnlijk

wel bestaat, aangezien ik aan de Universiteit studeer en het mandaat heb gekregen om onderzoek te doen naar hen. Ook mijn achtergrond, opgegroeid in een welvarende wijk en mijn Nederlandse, autochtone etniciteit kunnen bijdragen aan deze machtsverhouding (O'leary, 2017). Hierom was het belangrijk mij bewust te zijn van de verschillende wereldbeelden en achtergronden tussen mij en de deelnemers en potentiële wederzijdse vooroordelen.

Tijdens mijn bezoeken aan de Lichtpuntjes heb ik dit goed in mijn achterhoofd gehouden en geprobeerd zo oordeelvrij, vriendelijk en respectvol mogelijk over te komen. Dit was niet alleen belangrijk voor mijn eigen onderzoek, maar ook voor toekomstige onderzoekers van de Instapeconomie. Het was belangrijk dat ik de reputatie van de onderzoeksstudenten niet zou schaden. Ik heb geprobeerd niet opdringerig te zijn met de vragenlijsten en geduldig te zijn als deelnemers liever de vragenlijst op een later moment wilden invullen. Verder heb ik alleen de deelnemers geïnterviewd die hiervoor open stonden en heb ik niet geprobeerd deelnemers die dit liever niet wilden te overtuigen om toch mee te doen. Op het moment dat ik een interview afnam en ik merkte dat de deelnemer zich niet op zijn of haar gemak voelde, heb ik het gesprek snel afgerond, ook al ging dat ten koste van de validiteit van de resultaten.

O'leary (2017) benadrukt dat een van de belangrijkste vereisten van onderzoek doen is dat de deelnemers geen leed ervaren van het onderzoek op fysiek, emotioneel of psychologisch gebied. Ik heb hierom geprobeerd niet bij te dragen aan stigma of zelf-stigma bij de deelnemers. Op het moment dat ik uitstraal dat ik onderzoek doe naar de multiproblematiek van de deelnemers, kunnen zij denken: 'mijn problemen zijn zo groot dat ik onderzocht moet worden'. Waardoor ik bij zou dragen aan een negatief stigma. In plaats daarvan heb ik juist, op een nette manier, geprobeerd uit te stralen, dat ik onderzoek doe naar hun positieve bijdrage op de stichting en de progressie in hun leven. Daarnaast heeft een deel van deze groep te maken gehad met trauma. Sommigen zijn gevlucht voor oorlog en geweld, anderen hebben een heftige ziekte doorgemaakt met chronische gevolgen. Als je de deelnemers hier te veel over laat vertellen, kan dit nadelige effecten hebben op hun verwerkingsproces, doordat ze het trauma kunnen herbeleven. Hierdoor veroorzaakt de onderzoeker leed bij de deelnemer, iets wat je koste wat kost wilt voorkomen (Seedat et al., 2004). Hierom heb ik geprobeerd niet door te vragen naar heftige gebeurtenissen en op het moment dat deelnemers hier zelf over begonnen hier respectvol naar te luisteren zonder ingewikkelde vragen te stellen.

Tot slot heb ik ook rekening gehouden met de privacy voor de deelnemers. Alle deelnemers hebben de vragenlijsten anoniem ingevuld. Elke deelnemer kreeg een code toegewezen die voor hen op de vragenlijst was geschreven in plaats van hun naam. Voor mij is de studie echter niet anoniem, door rond te lopen bij de Lichtpuntjes leerde ik de deelnemers kennen. Hierdoor is het voor mij onoverkomelijk om deelnemers te herkennen in de antwoorden van de vragenlijst. In deze scriptie zijn de deelnemers gespeudonimiseerd, zodat ze anoniem zijn voor de lezer en zijn de antwoorden volledig anoniem opgeslagen in de dataset, waardoor de deelnemers volledig anoniem zullen zijn voor vervolgonderzoek.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de hypothesen die voorkomen uit de literatuur empirisch getoetst door het schatten van lineaire regressies. Hierbij zijn de stappen van de mediatieanalyse, zoals gepresenteerd in hoofdstuk 4 doorlopen en de resultaten daarvan gepresenteerd. Voordat de resultaten uit de regressieanalyse zijn getoond, is de beschrijvende statistiek weergegeven.

5.1 Beschrijvende statistiek

Voordat de gestelde hypothesen worden getest, is het nuttig om de onderzochte populatie in kaart te brengen door middel van beschrijvende statistiek. Dit is uitgevoerd met behulp van vier tabellen of figuren. Tabel 4 toont de waarden van de ratio- en intervalvariabelen en tabel 5 de waarden van de binaire variabelen. De cumulatieve frequentiehistogrammen tonen de verdeling van de ordinale variabelen. De eerste histogram behandelt de variabelen gemeten op de negenpuntsschaal van smileys en de tweede behandelt de variabelen gemeten op een vijf-, zes- of zevenpuntsschaal.

Uit de data blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de deelnemers 48 jaar is. Er is slechts één deelnemer onder de dertig jaar, terwijl de 50- tot 60-jarigen een groot deel van de populatie vormen. Gemiddeld zijn de mannen die meedoen aan de Instapeconomie twee jaar ouder dan de vrouwen (49 versus 47).

Iets minder dan twee-derde van de deelnemers is vrouw en voor slechts 22 van de 51 (43,1%) deelnemers is Nederlands hun moedertaal of een van hun moedertalen. Opvallend is dat voor met name de vrouwelijke deelnemers van de Instapeconomie de moedertaal vaker niet Nederlands is. Na het Nederlands is Arabisch de meest voorkomende moedertaal. Ondanks dat de moedertaal voor de meeste deelnemers dus niet Nederlands is, is het grootste deel van de deelnemers wel tevreden over hun kennis van de Nederlandse taal, zoals blijkt uit het tweede histogram (figuur 4). Iets minder dan de helft van de populatie is chronisch ziek en daardoor niet in staat om te werken. Opvallend hierbij is dat meer dan de helft van de vrouwen chronisch ziek is (55%), terwijl dit bij de mannen slechts iets meer dan een kwart is (27%). Verder blijkt dat uit het tweede histogram dat het merendeel van de deelnemers maximaal een vmbo-opleiding heeft afgerond. De gemiddelde deelnametijd aan de Instapeconomie is iets meer dan 9 maanden, met een standaardafwijking van 7,1. Dit wijst op behoorlijke variatie in deelnametijd tussen de deelnemers. Verder blijkt dat iets meer dan de

helft van de deelnemers hun gezondheidsgevoel uitdrukt met een niet blijde gele of verdrietige rode smiley (schaal 1 tot 5). De rest geeft dit gevoel weer met een groene smiley (schaal 6 tot 9). Toch blijkt uit het andere histogram dat de meeste deelnemers niet vaker dan twee keer per jaar ziek zijn

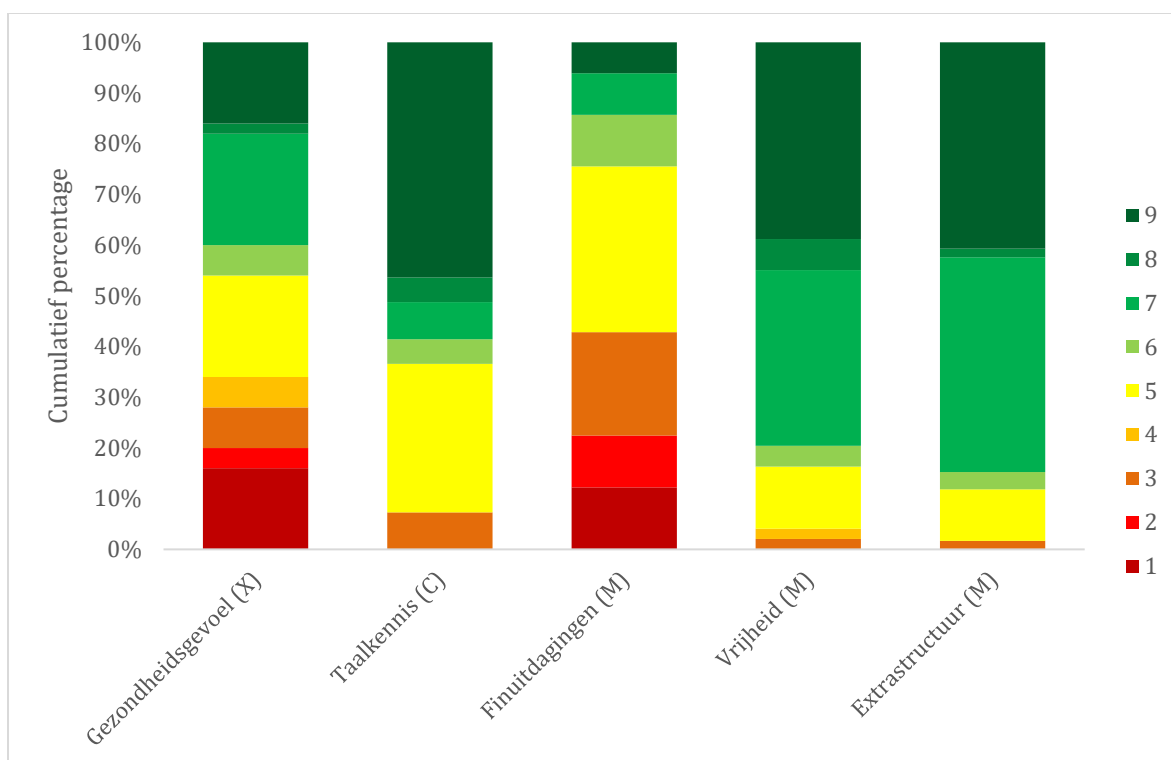
De meeste deelnemers uiten hun zorgen om hun persoonlijke financiën. Bijna 80% kiest niet voor een blijde, groene smiley, maar een gele of rode smiley. Het merendeel geeft daarentegen aan wel veel vrijheid te ervaren en veel extra structuur in hun leven te ervaren door het instapwerk. De meeste instappers komen elke dag buiten en hebben meerdere keren per week tot meerdere keren per dag sociaal contact, maar sporten vrijwel nooit. Sociale contacten en een gemeenschappelijk doel worden ongeveer even vaak genoemd als belangrijk aspect van het instapwerk. Ongeveer één op de drie deelnemers geeft aan dingen geleerd te hebben door het instapwerk

	Gemiddelde	Standaard afwijking	Min	Max
Leeftijd in jaren (C)	47,7	9,5	24	67
Deelnametijd in maanden (X)	9,2	7,1	2,5	27
Besteedbaremiddelen Na aftrek vaste lasten (M)	Schaal 2,4 ongeveer 90€	1,4 Ongeveer 70€	1 0-50€	5 200€ of meer

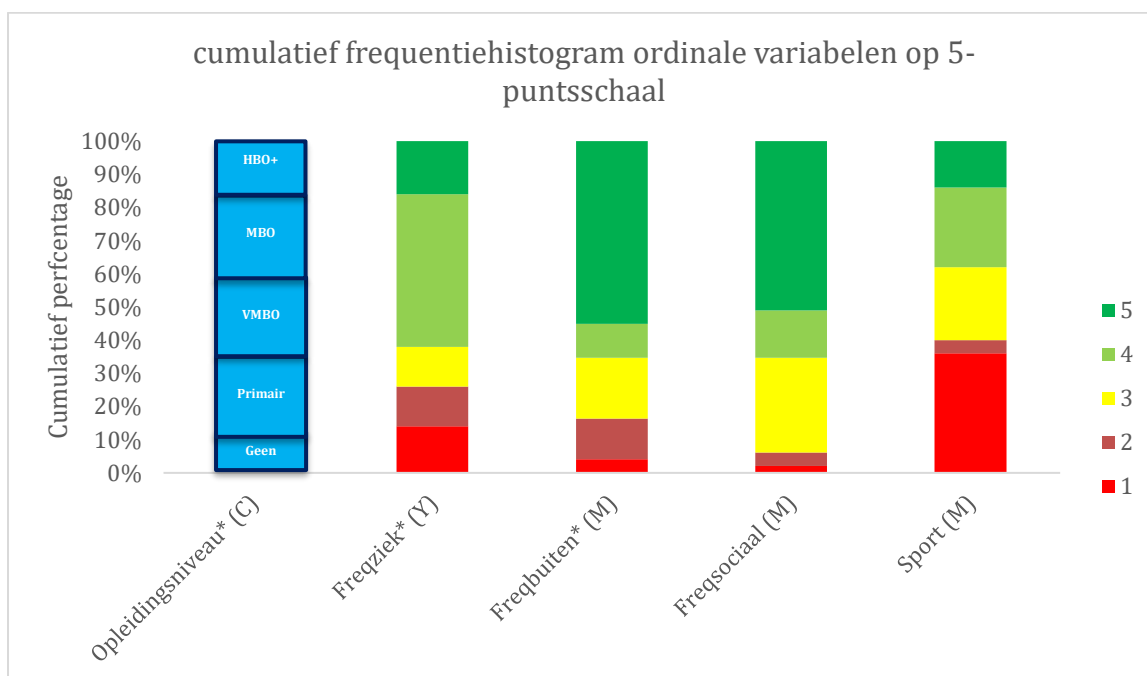
Tabel 4: Beschrijvende statistiek Ratio en ordinale variabelen

% Vrouw (C)	64,7
% Alleenstaand (C)	36,7
% Ervaring met betaald werk (C)	66,7
% Nederlands als moedertaal (C)	43,1
% Chronisch ziek (C)	45,5
% Dat een gemeenschappelijk doel noemt als belangrijk aspect van instapwerk (M)	31,9
% Dat sociale contacten noemt als belangrijk aspect van instapwerk (M)	29,8
% Dat aangeeft ergens goed in te zijn (M)	90,0
% Dat nieuwe dingen heeft geleerd van instapwerk (M)	31,4

Tabel 5: Beschrijvende statistiek binaire variabelen



Figuur 3: Cumulatief frequentie histogram ordinale variabelen op een negenpuntsschaal



Figuur 4: Cumulatief frequentie histogram ordinale variabelen op een vijfpuntsschaal

*De waarden bij de variabele Ziektefreq zijn omgedraaid, waarbij 5=1, 4=2, etc. Zodat een hoge ziektefrequentie een rode kleur en een lage ziektefrequentie een groene kleur krijgt in het histogram. De oorspronkelijke zespuntsschaal van het opleidingsniveau is teruggebracht naar een vijfpuntsschaal door hbo en wo samen te voegen. Voor de variabele Freqbuiten zijn schaal 1 en 2 evenals schaal 5 en 6 samengevoegd, om zo een vijfpuntsschaal te creëren. Er waren nauwelijks observaties in schaal 1, 2 en 5 dus samenvoegen geeft geen vertekend beeld.

5.2 Regressieanalyse

In dit deel van het hoofdstuk zijn de resultaten uit de mediatieanalyse gepresenteerd. De resultaten zijn gepresenteerd aan de hand van de vijf stappen uit het vorige hoofdstuk. In stap 1 zijn de coëfficiënten die horen bij pad C (totale effect) geschat. In stap 2 zijn de resultaten van pad A (eerste deel indirecte effect) geschat, in stap 3 die van pad B (tweede deel indirecte effect) en pad C' (directe effect). In stap 4 zijn de resultaten van pad C en C' vergeleken om zo het indirecte effect te meten en in stap vijf het indirecte effect opnieuw berekend door pad AB te berekenen, ditmaal inclusief significantieniveau's.

Resultaten stap 1, pad C (totale effect)

Gezondheidsgevoel als afhankelijke variabele op een negenpuntsschaal: OLS-model

	Coëfficiënt (C1)	Standaardfout	P-waarde
Deelnametijd	0,023	0,067	0,73
Leeftijd	-0,032	0,042	0,45
Geslacht	-1,227	0,995	0,23
Alleenstaand	0,239	1,015	0,82
Werkervaring	-2,274**	1,122	0,05
Taalkennis	-0,001	0,225	0,99
Chronischziek	-1,157*	0,989	0,14
Opleidingsniveau	0,151	0,341	0,66

Tabel 6: $p < 0,2^*$, $p < 0,1^{**}$, $p < 0,05^{***}$

Ziektefrequentie als afhankelijke variabele op een 5-puntsschaal: OLS-model

	Coëfficiënt (C2)	Standaardfout	P-waarde
Deelnametijd	0,019	0,029	0,52
Leeftijd	-0,019	0,018	0,30
Geslacht	1,366****	0,433	0,01
Alleenstaand	0,684*	0,441	0,13
Werkervaring	-0,258	0,488	0,60
Taalkennis	-0,088	0,098	0,38
Chronischziek	-0,244	0,430	0,57
Opleidingsniveau	0,192	0,148	0,21

Tabel 7: $p < 0,2^*$, $p < 0,1^{**}$, $p < 0,05^{***}$, $p < 0,01^{****}$

Tabel 6 en 7 laten de invloed zien van deelnametijd op de mediërende variabelen. Uit de coëfficiënt de regressievergelijking in 6 blijkt dat de β_1 coëfficiënt, oftewel pad C1 een waarde heeft van 0,023. Dit houdt in dat het gezondheidsgevoel op een negenpuntsschaal met 0,023 schaaltraden toeneemt na elke extra maand deelname aan de Instapeconomie.

Uitgaande van een lineaire schaal zal het gezondheidsgevoel na twaalf maanden van deelname aan de Instapeconomie met 0,28 schaaltraden stijgen. Deze coëfficiënt is behoorlijk klein en niet significant met een hoge p-waarde van 0,73. Dit betekent dat er geen effect is gevonden van deelname aan de Instapeconomie op het gezondheidsgevoel van deelnemers. Deelnemster Kayla (niet haar echte naam) (44) zegt illustratief: *“Ik ben chronisch ziek en mijn gezondheid is een proces dat langer loopt. Ik werk hier nog geen half jaar, het werk beïnvloedt mijn gezondheid niet”*. Wel blijkt dat deelnemers met werkervaring zich veel ongezonder voelen dan deelnemers zonder werkervaring, gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, etc. Zij scoren 2,3 schaaltraden lager dan degenen die geen werkervaring hebben op het gevoel van gezondheid ($p < 0,1$). Ook lijkt chronische ziekte logischerwijs een negatieve invloed te hebben op het gezondheidsgevoel van meer dan een schaaltrade ($p < 0,2$).

Uit de tweede regressievergelijking (Tabel 7) blijkt dat pad C2 coëfficiënt een waarde heeft van 0,019. Ondanks dat deze coëfficiënt een kleinere waarde heeft dan de β_1 coëfficiënt uit de vorige regressievergelijking is het effect van deze waarde waarschijnlijk groter, omdat de afhankelijke variabele Ziektefrequentie op een vijfpuntsschaal is gemeten in plaats van op een negenpuntsschaal. Deze coëfficiënt houdt in dat voor elke extra maand van deelname aan de Instapeconomie een deelnemer 0,019 schaaltraden vaker ziek is. Dit gaat tegen de verwachting in, omdat de hypothese stelde dat instapwerk zou leiden tot minder ziekte.

Ondanks dat dit effect relatief gezien groter is dan het effect van deelname op het gezondheidsgevoel, is deze coëfficiënt te klein en de standaardfout te groot om te concluderen dat deelnametijd leidt tot een hogere ziektefrequentie. Met een p-waarde van 0,52 kan dit resultaat als insignificant beschouwd worden. De variabele *geslacht* blijkt wel een significante invloed te hebben. Vrouwen blijken 1,4 schaaltraden vaker ziek te zijn dan mannen, gecontroleerd voor deelnametijd, leeftijd, etc. ($p < 0,01$). Alleenstaanden lijken ook relatief vaak ziek te zijn ($p < 0,2$).

Op basis van deze resultaten kan de hypothese dat deelname aan de Instapeconomie leidt tot een verbetering van de gezondheid van de deelnemers niet worden bevestigd. Er zijn geen significante resultaten gevonden die aantonen dat deelname aan de Instapeconomie in zijn totaliteit invloed heeft op de gezondheid van de deelnemers.

Resultaten stap 2, pad A (eerste deel indirecte effect)

deelnametijd als onafhankelijke variabele: OLS-model

Afhankelijke variabele	β_1 Coëfficiënt deelnametijd (A)	Standaardfout	P-waarde
Extrastructuur	0,080**	0,040	0,06
Freqbuiten	0,084**	0,047	0,08
Gemeenschappelijkdoel	-0,024**	0,013	0,07
Noemtsociaal	-0,018*	0,011	0,12
Freqsociaal	0,032	0,032	0,33
Status	0,016**	0,009	0,08
Sport	0,001	0,012	0,93
Finuitdaging*	0,081*	0,062	0,20
Besteedbaremiddelen	0,021	0,026	0,43
Ontwikkeld	0,001	0,08	0,93
Vrijheid	0,048	0,041	0,25

Tabel 8: $p < 0,2^*$, $p < 0,1^{**}$, $p < 0,05$, *** , $p < 0,01$, **** gecontroleerd voor Leeftijd, Geslacht, Alleenstaand, Werkervaring, Taalkennis, Chronischziek, Opleidingsniveau. Finuitdaging* omgekeerd gemeten: hogere waarden duiden op lagere financiële uitdagingen.

Deze tabel geeft de β_1 coëfficiënten weer, die volgen uit elf verschillende regressievergelijkingen. Deze coëfficiënten geven het effect van een maand extra deelname aan de instapeconomie op de mediërende variabelen weer. Deze mediërende variabelen staan links in de tabel weergegeven. Het effect van deelnametijd op Extrastructuur, Freqbuiten, Gemeenschappelijkdoel en Status is significant voor $\alpha < 0,1$ en voor de variabelen Noemtsociaal en Finuitdaging is dit effect significant voor een $\alpha < 0,2$ niveau. Dit houdt in dat voor elke extra maand deelname aan de Instapeconomie ervaart een deelnemer 0,080 schaaltraden op een negenpuntsschaal meer structuur in zijn of haar leven door het instapwerk. Uitgaande van de lineaire relatie zou dit na één jaar dus een toename van bijna een hele schaal zijn. Ook is geschat dat een deelnemer 0,084 schaaltraden op een zevenpuntsschaal vaker buitenkomt na elke maand extra deelname. Dit wijst er ook op dat deelname leidt tot meer tijdsstructuur in het leven van deelnemers. Deelnemster Mara (58) (niet haar echte naam) zegt dat het Instapwerk haar structuur geeft in haar leven. Ze ontvangt het rooster waarop staat hoe laat ze moet werken en vervolgens kan ze haar dag daaromheen plannen. Ook wijst het feit dat deelnemers vaker buiten de voordeur komen erop dat de Instapeconomie een positief effect heeft op de hoeveelheid activiteit in hun leven, ondanks dat deelname niet leidt tot meer sporten.

De kans dat een deelnemer iets noemt waar hij of zijzelf goed in is, neemt met 0,016 toe na elke extra maand deelname ($p < 0,2$). Hierdoor lijkt de sociale status en dus het zelfbeeld en het zelfvertrouwen van deelnemers te stijgen. Dit resultaat komt sterk naar voren in de interviews. In een interview zegt Marissa (47) (niet haar echte naam) *“Door het Instapwerk voel ik mijn oude zelf van voor mijn diagnose langzaam terugkomen. Het Instapwerk prikkelt mijn creativiteit en helpt me met het zoeken naar oplossingen voor mijn beperkingen. Ik ben erachter gekomen dat ik veel meer kan dan dat ik dacht”*. Eva (47) (niet haar echte naam) licht toe: *“Voordat ik met het Instapwerk begon, zat ik altijd thuis en dacht ik vaak dingen zoals ‘ik ben nergens goed’ voor en ‘Ik deug niet’. Hierdoor word je onzeker. Bij het Instapwerk hebben ze me geholpen om me zekerder te voelen. Ik kom er nu achter van ik kan dit en ik kan dat”*. Tot slot geeft Mara aan (61), *“door het instapwerk heb ik veel meer zelfvertrouwen gekregen. Ik ben er bijvoorbeeld achter gekomen dat op het moment dat er eten over is, ik het kan hergebruiken en er iets heel lekkers van kan maken”*.

Tegen de verwachting in, lijkt de kans dat een deelnemer een gemeenschappelijk doel noemt als belangrijk aspect van het instapwerk gemiddeld met een 0,024 af te nemen voor elke extra maand van deelname ($p < 0,2$). In iets mindere mate geldt hetzelfde voor het noemen van sociale contacten als belangrijk aspect van het instapwerk ($p < 0,1$). Wel lijkt het erop dat deelnemers minder financiële uitdagingen ervaren door het Instapwerk (gezien de positieve coëfficiënt). Voor elke maand van deelname dalen de financiële uitdagingen met 0,081 schaalte op een negenpuntschaal ($p < 0,2$). Hierdoor lijkt het dat de economische positie van deelnemers verbetert. De coëfficiënten van deelnametijd voor Freqsociaal, Sport, Besteedbaremiddelen en Vrijheid coëfficiënten zijn insignificant. Hiervan is dus niet met zekerheid te zeggen of deelnametijd juist een negatieve of positieve invloed heeft op deze variabelen of dat er helemaal geen invloed is. De coëfficiënt van Vrijheid is echter positief en behoorlijk groot, maar de standaardfout is ook behoorlijk groot in vergelijking tot de coëfficiënt. Hierdoor is deze coëfficiënt net niet significant voor een niveau van $p < 0,2$. Wel lijkt het er dus op dat werken binnen de Instapeconomie een sterke positieve invloed heeft op de ervaren vrijheid.

Al met al tonen deze resultaten dat deelname aan de Instapeconomie leidt tot een toename van tijdsstructuren, sociale status en activiteit in het leven van deelnemers. Ook verbetert het de economische positie van deelnemers. Deze bevestigde hypothesen zijn in figuur 5 aangegeven met groene lijnen. De resultaten bevestigen niet dat deelname aan de Instapeconomie een positieve invloed heeft op sociaal contact, het hebben van een

gemeenschappelijk doel, uitdaging en ontwikkeling van competenties en het gevoel van controle en autonomie in het leven van deelnemers. De hypothesen die niet bevestigd zijn aangegeven met rode lijnen in figuur 5.

Resultaten stap 3, pad C' (directe effect) pad B (tweede deel indirecte effect)

gezondheidsgevoel als afhankelijke variabele: OLS- model

Mediërende variabele	Coëfficiënt β_1 (C'1)	Standaard-fout β_1	P-waarde β_1	Coëfficiënt β_2 (B1)	Standaard-fout β_2	P-waarde β_2
Extrastructuur	-0,010	0,069	0,89	0,415*	0,288	0,16
Freqbuiten	0,018	0,072	0,80	0,067	0,261	0,80
Gemeenschap pelijdoel	0,008	0,070	0,91	-0,426	0,947	0,66
Noemtsociaal	0,010	0,069	0,88	-0,434	1,087	0,69
Freqsociaal	-0,024	0,067	0,72	0,219	0,367	0,55
Status	-0,009	0,069	0,90	1,935*	1,283	0,14
Sport	0,023	0,068	0,73	0,018	0,275	0,95
Finuitdaging*	0,048	0,069	0,49	-0,266*	0,196	0,19
Besteedbare- middelen	0,033	0,070	0,64	-0,283	0,489	0,57
Ontwikkeld	0,023	0,076	0,72	0,219	0,367	0,55
Vrijheid	-0,018	0,068	0,79	0,014	0,292	0,96

Tabel 9: $p < 0,2^*$, $** p < 0,1$, $** p < 0,05$, $*** p < 0,01$, $****$ gecontroleerd voor Leeftijd, Geslacht, Alleenstaand, Werkervaring, Taalkennis, Chronischziek, Opleidingsniveau. *Finuitdaging omgekeerd gemeten hogere waarden duiden op lagere financiële uitdagingen.

Ziektefrequentie als afhankelijke variabele: OLS- model

Mediërende variabele	Coëfficiënt β_1 (C2')	Standaard-fout β_1	P-waarde β_1	Coëfficiënt β_2 (B2)	Standaard-fout β_2	P-waarde β_2
Extrastructuur	0,028	0,031	0,37	-0,113	0,128	0,37
Freqbuiten	0,012	0,030	0,69	0,111	0,107	0,31
Gemeenschappelijk doel	0,029	0,030	0,35	0,266	0,405	0,52
Noemtsociaal	0,017	0,029	0,57	-0,322	0,464	0,49
Freqsociaal	0,035	0,028	0,22	-0,415***	0,155	0,01
Status	0,032	0,298	0,29	-0,806*	0,559	0,16
Sport	0,019	0,030	0,53	0,003	0,120	0,98
Finuitdaging	0,008	0,030	0,80	0,095	0,085	0,28
Besteedbaremiddelen	0,015	0,030	0,62	-0,103	0,213	0,63
Ontwikkeld	0,019	0,029	0,53	-0,025	0,435	0,95
Vrijheid	0,030	0,031	0,33	-0,174*	0,132	0,20

Tabel 10: $p < 0,2^*$, $** p < 0,1$, $** p < 0,05$, $*** p < 0,01$, $****$ gecontroleerd voor Leeftijd, Geslacht, Alleenstaand, Werkervaring, Taalkennis, Chronischziek, Opleidingsniveau

Deze tabellen tonen de coëfficiënten van pad C' en B. Dit zijn de β_1 en de β_2 coëfficiënten uit de tweeëntwintig regressievergelijkingen. De β_1 coëfficiënten tonen het directe effect van deelnametijd op het gezondheidsgevoel dan wel de ziektefrequentie aan, terwijl er gecontroleerd wordt voor de mediërende variabele die is weergegeven in de linker kolom. Dit directe effect is op zichzelf niet interessant voor deze studie, maar biedt de mogelijkheid om het indirecte effect te meten in de volgende stap. Hiernaast tonen de β_2 coëfficiënten uit deze tabellen het tweede deel van het indirecte effect (pad B). Dit is de invloed van de mediërende variabele op de gezondheidsvariabelen.

Uit deze resultaten van coëfficiënt β_2 (pad B) blijkt dat verschillende mediërende mechanismen het gezondheidsgevoel en de ziektefrequentie significant beïnvloeden

Extrastructuur heeft een aanzienlijke invloed op de gezondheidsstatus van de deelnemers. De coëfficiënt heeft een waarde van 0,415 ($p < 0,2$). Dit houdt in dat er geschat is dat voor elke schaalte die de variabele Extrastructuur stijgt op een negenpuntsschaal, de variabele Gezondheidsgevoel met 0,415 schaalte op een negenpuntsschaal stijgt. Aan de andere kant zorgt Extrastructuur niet voor een significant lagere ziektefrequentie. Status daarentegen leidt

tot zowel een hoger gezondheidsgevoel als een lagere ziektefrequentie. Als deelnemers iets kunnen noemen waar ze goed in zijn, stijgt hun gezondheidsgevoel met 1,9 schaaltraden ($p < 0,2$) en daalt hun ziektefrequentie met 0,8 schaaltraden op een vijfpuntsschaal ($p < 0,2$).

Tegen alle verwachtingen in lijkt het erop dat een daling in de grootte van de uitdagingen met rondkomen leidt tot een verslechtering van het gezondheidsgevoel. Oftewel, meer geldzorgen leiden tot een verbeterde gezondheid. Voor elke schaaltrede minder ervaren financiële uitdagingen (let op omgekeerd gemeten) daalt het gezondheidsgevoel met 0,266 schaaltraden (significant voor $\alpha < 0,2$). Ook lijkt hoewel niet significant een daling in financiële uitdagingen te leiden tot een verhoging in ziektefrequentie.

Verder heeft freqsocial negatief significant effect op de ziektefrequentie. Voor elke schaaltrede op een vijfpuntsschaal die freqsocial omhoog gaat, daalt de ziektefrequentie met 0,415 schaaltraden op een schaal van vijf ($p < 0,01$).

Tot slot heeft Vrijheid een negatief significant effect op ziektefrequentie. Voor elke schaaltrede die vrijheid stijgt op de negenpuntsschaal daalt de ziektefrequentie met 0,174 schaaltraden op een vijfpuntsschaal. Deze resultaten bevestigen de hypothesen dat een verhoging van Tijdsstructuren, Sociale status, Sociale contacten en Controle en autonomie de gezondheid verbeteren. Aan de andere kant zijn er geen resultaten gevonden die de hypothesen kunnen bevestigen dat het hebben van een gemeenschappelijk doel, meer activiteit in het dagelijks leven, een verhoging van uitdaging en ontwikkeling leiden tot een verbeterde gezondheid. De hypothese dat een verbetering van de economische positie leidt tot een verbetering van de gezondheid kan ook niet worden bevestigd, uit de data blijkt dat het omgekeerde juist gebeurt.

Resultaten stap 4, pad C vergelijken met pad C', (indirecte effect)

Mediërende variabele waarvoor is gecontroleerd	Vershil C1 - C'1	Vershil C2 – C'2
Extrastructuur	0,033	-0,009
Freqbuiten	0,005	0,007
Gemeenschappelijkdoel	0,015	-0,010
Noemtcontacten	0,013	0,002
Freqsociaal	0,047	-0,014
Status	0,032	-0,013
Sport	0,000	0,000
Finuitdaging	-0,025	0,011
Besteedbaremiddelen	-0,010	0,004
Ontwikkeld	0,000	0,000
Vrijheid	0,041	-0,011

Tabel 11

Tabel 11 laat het verschil tussen het totale effect en het directe effect zien. Dit is het indirecte effect, oftewel de invloed van X op Y dat louter door één van de mechanismen verklaard wordt.

De indirecte effecten aan de linkerkant van de tabel 11 zijn groter dan aan de rechterkant. Dit is logisch omdat, zoals uitgelegd bij stap 1, het gezondheidsgevoel op een negenstapsschaal is gemeten en ziektefrequentie op een vijfstapsschaal. Deze indirecte effecten moeten echter kritisch worden bekeken aangezien zowel pad C1 als pad C2 niet significant zijn. Hierdoor voldoet deze analyse niet aan de eisen van Baron & Kenny (1986).

Uit deze resultaten blijkt dat deelnametijd een positieve invloed heeft op het gezondheidsgevoel via het mechanisme Extrastructuur. Op het moment dat er voor Extrastructuur wordt gecorrigeerd, leidt één maand deelname tot 0,033 schaaltraden minder op de schaal van het gezondheidsgevoel dan wanneer deze variabele niet constant wordt gehouden. Deze coëfficiënt representeert dus het effect van een maand deelname op het gezondheidsgevoel uitsluitend via de variabele Extrastructuur. Dat deze variabele een van de belangrijkste variabelen blijkt te zijn is niet opvallend, aangezien uit stap 2 bleek dat deelname een relatief grote invloed heeft op de Extrastructuur en dat uit stap 3 bleek dat Extrastructuur een grote invloed heeft op het gezondheidsgevoel.

Deelnametijd lijkt ook het gezondheidsgevoel positief te beïnvloeden via de mediërende variabelen Freqsociaal, Status en Vrijheid. Dat dit effect via Freqsociaal zo groot is, is opvallend te noemen, omdat deelnametijd geen significante invloed had op Freqsociaal en Freqsociaal geen significante invloed had op het gezondheidsgevoel. De kans is groot dat dit verschil statistisch niet significant is en is veroorzaakt door toeval. Deelnametijd lijkt juist een negatieve invloed te hebben op het gezondheidsgevoel via het mechanisme economische positie. Dit is logisch gezien in stap 3 is geconcludeerd dat minder financiële uitdagingen leiden tot een slechter gezondheidsgevoel. Al met al zijn de meeste verschillen positief, wat erop wijst dat deelnametijd via de meeste mechanismen het gezondheidsgevoel positief beïnvloedt, behalve via de economische variabelen.

Een hogere deelnametijd lijkt de ziektefrequentie te verminderen via het directe effect dat stroomt door de mediërende variabelen Extrastructuur, Gemeenschappelijkdoel, Freqsociaal, Status en Vrijheid. Het lijkt erop dat deelnemers juist vaker ziek worden door de mechanismen, Finuitdagingen en Freqbuiten wat tegen de verwachting van deze scriptie ingaat en dus contrasteert met de hypothesen. Toch is het logisch dat dit uit deze data blijkt, aangezien in pad B geconcludeerd is dat deze mechanismen ervoor zorgen dat deelnemers vaker ziek zijn. Toch moeten er niet te snel conclusies uit deze data getrokken worden, aangezien pad C niet significant is. Om zeker te zijn van de directe effecten uit deze stap moeten de uitkomsten uit deze stap vergeleken worden met de directe effecten uit stap 5.

Resultaten stap 5, pad A x B (indirecte effect)

Indirecte effect deelnametijd op gezondheidsgevoel gemedieerd door M: OLS-model

Mediërende variabele	Indirecte effect	Z-waarde	P-waarde
Extrastructuur	0,033**	1,1696	0,24
Freqbuiten	0,006	0,2543	0,80
Gemeenschappelijkdoel	0,010	0,4373	0,66
Noemtcontacten	0,008	0,3876	0,70
Freqsociaal	0,008	0,5123	0,61
Status	0,031**	1,1521	0,25
Sport	0,001	0,0024	0,99
Finuitdaging	-0,022*	-0,9359	0,35
Besteedbaremiddelen	-0,006	-0,4722	0,64
Ontwikkeld	0,004	0,5652	0,57
Vrijheid	-0,001*	-0,876	0,38

Tabel 12: p < 0,4*, p < 0,3 **, p < 0,1, ***, p < 0,01, **** gecontroleerd voor Leeftijd, Geslacht, Alleenstaand, Werkervaring, Taalkennis, Chronischziek, Opleidingsniveau

Indirect effect deelnametijd op Ziektefrequentie gemedieerd door M: OLS regressie

Mediërende variabele	Indirecte effect	Z-waarde	P-waarde
Extrastructuur	-0,009	-0,805	0,42
Freqbuiten	0,009*	0,897	0,37
Gemeenschappelijkdoel	-0,005	-0,610	0,54
Noemtcontacten	0,006	0,674	0,50
Freqsociaal	-0,013*	-0,937	0,35
Status	-0,012**	-1,118	0,26
Sport	0,000	0,003	1,00
Finuitdaging	0,008*	0,849	0,36
Besteedbaremiddelen	-0,002	-0,026	0,98
Ontwikkeld	-0,001	-0,057	0,95
Vrijheid	-0,008*	-0,876	0,38

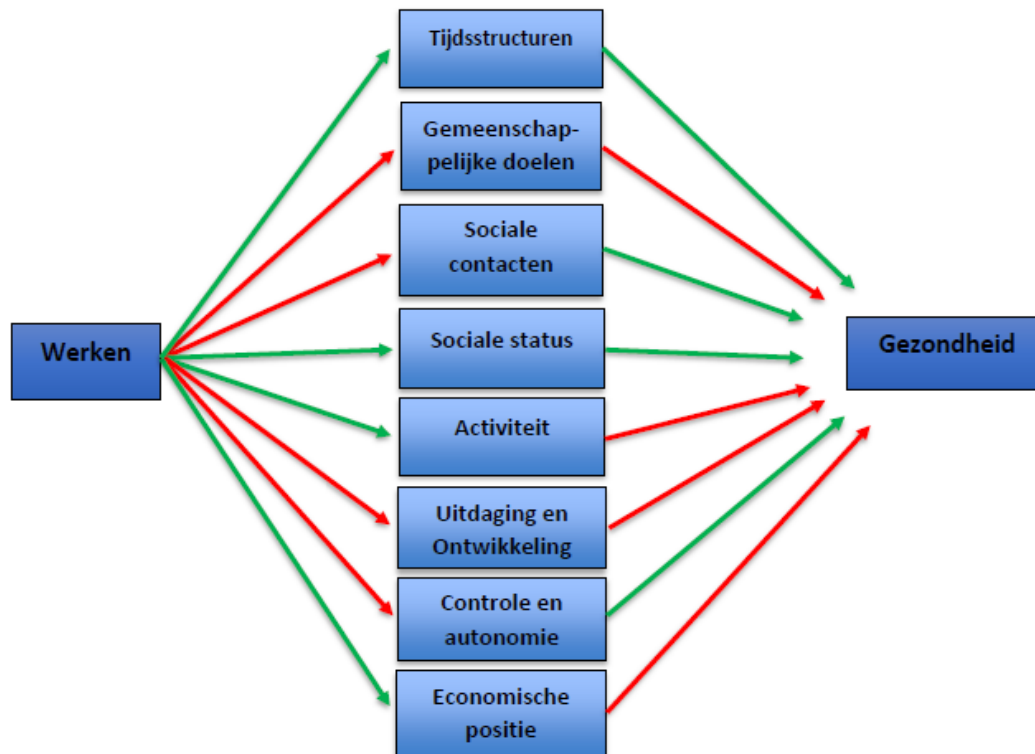
Tabel 13: p < 0,4*, p < 0,3 **, p < 0,1, ***, p < 0,01, **** gecontroleerd voor Leeftijd, Geslacht, Alleenstaand, Werkervaring, Taalkennis, Chronischziek, Opleidingsniveau

In theorie horen de resultaten van het indirecte effect uit stap 5 precies hetzelfde te zijn als de resultaten in stap 4. Maar vanwege de hoge standaardfout van pad C is dat in deze studie niet het geval. Toch lijken de meeste resultaten behoorlijk op elkaar, met name de indirecte effecten waarvan pad A en B een lage p-waarde hadden. Voor het effect van deelname op gezondheidsgevoel dat wordt gemedieerd door Freqsociaal en Vrijheid blijkt uit stap 4 dat deelname een relatief grote positieve invloed heeft op het gezondheidsgevoel. Uit deze stap blijkt echter dit niet het geval te zijn. Voor Freqsociaal is de coëfficiënt een stuk kleiner en voor Vrijheid zelfs negatief.

Deelnametijd lijkt het gezondheidsgevoel positief te beïnvloeden. Voor elke maand deelname lijken de deelnemers zich 0,033 schaaltraden gezonder te voelen doordat ze meer structuur ervaren ($p < 0,3$). Dit indirecte effect is het grootst en heeft de laagste p-waarde van alle indirecte effecten. Dit positieve effect vertaalt zich nog niet door naar een lagere ziektefrequentie. Vanwege het sufficient conditions principe is de hypothese dat deelnemers aan de Instapeconomie meer structuur in hun leven ervaren, wat hun gezondheid verbetert, aangetoond. Hetzelfde geldt voor het verklarende mechanisme sociale status. Voor een maand extra deelname lijken de deelnemers zich 0,021 schaaltrade gezonder te voelen doordat hun sociale status groeit ($p < 0,3$). Anders dan bij het vorige mechanisme leidt dit ook tot een lagere Ziektefrequentie van 0,013 schaaltraden op een vijfpuntsschaal voor elke extra maand van deelname.

Verder is er nog een aantal effecten zichtbaar, waarvan de p-waarden iets hoger zijn. Dit komt doordat pad A en/of pad B niet significant is. Het accepteren van deze resultaten komt met een grote kans op een type-I fout. Deze resultaten zijn dus niet voldoende om de hypothesen te bevestigen, toch zijn ze het benoemen waard. Deelname aan de Instapeconomie lijkt het gezondheidsgevoel negatief te beïnvloeden doordat deelnemers minder financiële uitdagingen ervaren ($p < 0,4$). Dit mechanisme lijkt ook ervoor te zorgen dat deelname leidt tot een hogere ziektefrequentie ($p < 0,4$). Aan de andere kant lijkt deelname ervoor te zorgen dat deelnemers minder vaak ziek zijn doordat ze vaker buiten komen, meer sociale contacten opdoen en meer vrijheid ervaren ($p < 0,4$). Over de impact van het werk op de gezondheid en de rol van de sociale contacten hierin zegt Eva: *“Als ik onder de mensen ben, voel ik me mentaal beter, minder depri omdat ik minder alleen ben. Eenzaamheid maakt je ziek, je vindt jezelf dan constant zielig, dat heeft effect op mijn gezondheid”*. Over het vaker buiten komen zegt Sarina (34) (niet haar echte naam) *“door het Instapwerk kom ik een beetje buiten, hierdoor voel ik me rustiger wat helpt voor mijn depressie”*.

Op basis van de resultaten uit stap 5 kunnen de hypothesen bevestigd worden dat deelname leidt tot een verbetering van de gezondheid via de verklarende mechanismen, tijdsstructuren en sociale contacten. De onderstaande figuur toont de effecten van en op de mediërende mechanismen.



Figuur 5: Overzicht effecten, groen: positief effect aangetoond, rood: negatief effect of geen effect aangetoond.

6. Conclusie

In deze scriptie is onderzoek gedaan naar de vraag: *Wat is het effect van deelname aan de Instapeconomie op de gezondheid van de deelnemers?* Uit de resultaten blijkt dat er geen verband is tussen de lengte van deelname in maanden en de gezondheid van de deelnemers. De lengte van deelname toont een positief verband met het gevoel van gezondheid, maar wijst wel in de richting dat een hogere deelnametijd leidt tot een hogere ziektefrequentie. Beide relaties zijn insignificant. Er kan dus niet worden bevestigd dat deelname aan de Instapeconomie leidt tot een verbeterde gezondheid. Als er verder wordt ingezoomd op mechanismen die verklaren waarom werk in theorie de gezondheid verbetert, laten de resultaten zien dat deelname aan de Instapeconomie een positieve invloed heeft op verklarende mechanismen die volgens de academische literatuur de gezondheid positief beïnvloeden. Deelname aan de Instapeconomie leidt namelijk tot een verbetering van het gevoel van tijdsstructuur in het leven van deelnemers. Naast dat zij dit zelf aangeven, blijkt dit uit het feit dat naarmate deelnemers langer meedoen aan de Instapeconomie zij vaker buiten de deur komen, wat de hoeveelheid activiteit in hun leven vergroot. Ook stijgt de sociale status van deelnemers door deelname aan de Instapeconomie, naarmate deelnemers langer meedoen aan dit project stijgt de kans dat zij iets positiefs over zichzelf vertellen en iets noemen waar zij goed in zijn. Verder ervaren deelnemers die langer meedoen minder uitdagingen op financieel gebied, hun economische positie verbetert dankzij de vrijwilligersvergoeding die zij ontvangen. Aan de andere kant wordt de kans kleiner dat deelnemers een gemeenschappelijk doel noemen als belangrijk aspect van hun werk. Dit lijkt erop te wijzen dat deze latente functie niet wordt vervuld door het werk. Hoewel in theorie deze effecten zich zouden moeten doorvertalen in een verbeterde gezondheid, is dit in de resultaten van deze scriptie niet overtuigend zichtbaar. Dit wil echter niet zeggen dat dit effect er niet is, of niet op een later moment zal plaatsvinden. Uit de resultaten blijkt tegen de verwachting uit de literatuur in, dat de verbeterde economische positie van de deelnemers niet zorgt voor een verbetering van hun gezondheid, maar voor een verslechtering. Indien deelnemers een schaaltrade minder geldzorgen ervaren, neemt hun gezondheidsgevoel met 0,26 schaaltraden af. De toegenomen tijdsstructuren vertalen zich wel naar een directe gezondheidsverbetering, voor elke extra maand deelname verbetert de gezondheid van de deelnemer met 0,03 schaaltraden op een schaal van negen, doordat de deelname aan de Instapeconomie extra structuur in het leven van de deelnemer brengt. Deze toename in

structuur leidt echter (nog) niet tot afname in ziekte. Doordat de sociale status van deelnemers en dus hun zelfbeeld stijgt, neemt hun gezondheidsgevoel toe en neemt de ziektefrequentie af. Voor elke extra maand deelname stijgt hun gezondheidsgevoel ook met 0,3 schaaltraden op dezelfde schaal en daalt de ziektefrequentie met 0,1 schaaltraden op een schaal van vijf. Ook zijn er mechanismen waar deelname aan de Instapeconomie geen positief effect op lijkt te hebben. Dit zijn het gevoel van het hebben van een maatschappelijk doel, waar juist een omgekeerd effect lijkt plaats te vinden, uitdaging en ontwikkeling en controle en autonomie. Al met al kan op basis van deze resultaten niet gesteld worden dat deelname aan de Instapeconomie de gezondheid van deelnemers positief beïnvloedt. Wel zijn er aanwijzingen dat processen in hun leven verbeteren, zoals een verbeterd gevoel van tijdsstructuren en een verhoogde sociale status, die hun gezondheid verbeteren.

7. Discussie

In dit laatste hoofdstuk van de scriptie is toegelicht hoe de resultaten uit deze scriptie zich verhouden tot de resultaten van eerdere onderzoeken naar het effect van werk op gezondheid en wat deze scriptie bijdraagt aan de bestaande literatuur. Hiernaast zijn de beperkingen van de scriptie besproken, inclusief suggesties over hoe deze beperkingen gepareerd kunnen worden in vervolgonderzoek.

7.1 Bijdrage aan de literatuur

Op basis van de resultaten uit deze scriptie kan niet bewezen worden dat aan het werk gaan binnen de Instapeconomie op korte termijn leidt tot een verbetering van de gezondheid. Deze resultaten sluiten niet aan bij de conclusies uit Schuring et al. (2010). Zij concludeerden namelijk dat aan het werk gaan op korte termijn al leidt tot een verbeterde gezondheid. Het zou kunnen dat alleen regulier werk dit gezondheidseffect veroorzaakt. Ook zou het kunnen zijn dat dit effect ook binnen de Instapeconomie plaatsvindt, maar dat dit vanwege toeval of methodische beperkingen niet blijkt uit de resultaten in deze scriptie.

In deze scriptie blijken de toename van tijdsstructuur in het leven van deelnemers en de verbetering van hun sociale status de belangrijkste verklarende mechanismen te zijn, waardoor deelname aan de Instapeconomie wel leidt tot een gezondheidsverbetering. De eerste conclusie sluit aan bij de wetenschappelijke literatuur. Uit de resultaten van Janlert en Hammarström (2009) blijkt namelijk dat tijdsstructuren het belangrijkste verklarende mechanisme is. Creed & Macintyre (2001) benadrukken eveneens het belang van tijdsstructuren als een van de sterkste mechanismen. In die zin is deze conclusie in deze scriptie dus niet opvallend en bevestigt het de verwachtingen. Wat wel opvallend is, is de belangrijke rol van het mechanisme sociale status. De resultaten wijzen uit dat deelname een grote invloed heeft op dit mechanisme, en zowel het gezondheidsgevoel verbetert als ziekte vermindert onder de deelnemers van de Instapeconomie doordat hun sociale status groeit. Dit is in sterk contrast met Janlert en Hammarström (2009) die geen belangrijke rol toedichten aan dit mechanisme en ook Karsten en Betinic (2010) die beargumenteren dat er geen verschil is in sociale status tussen werkenden en werklozen. Blijkbaar zijn sociale status en het zelfbeeld wel heel belangrijk voor de deelnemers van de Instapeconomie in tegenstelling tot individuen die regulier werk uitvoeren. Dit resultaat sijpelt ook door in de interviews. Als

je luistert naar Eva, een van de deelnemers, die aangeeft dat ze voordat ze met het werk begon, dacht dat ze nergens goed voor was en nu erachter komt dat ze van alles kan. Tot slot komt in deze studie naar voren dat een verbetering van de economische positie leidt tot een verslechtering van de gezondheid. Dit gaat tegen de literatuur in, want elk van de bovengenoemde studies geeft precies het tegenovergestelde effect aan. Hoe dit precies komt is niet duidelijk. Het zou door toeval of een methodologische fout kunnen zijn ontstaan. Wellicht durfden deelnemers die zich ongezond voelden niet aan te geven dat ze ook geldzorgen hadden of waren de geldzorgen voor de deelnemers die zich erg ongezond voelden relatief onbelangrijk, omdat al hun zorgen en aandacht uitgingen naar hun gezondheid. Dit blijft speculatief en wetenschappelijke literatuur wijst hier niet op. Verder onderzoek, wellicht kwalitatief, zou dit complexe verband verder kunnen onderzoeken.

7.2 Beperkingen en suggesties vervolgonderzoek

Zoals al uitgebreid besproken in hoofdstuk 3 van deze scriptie kent deze studie behoorlijke methodologische uitdagingen. Ten eerste, de vragenlijst is ontwikkeld voor beschrijvende statistiek en niet voor complexe statistiek, wat wenselijk zou zijn bij het schatten van de regressievergelijkingen. Ook ligt er geen theoretisch raamwerk ten grondslag aan de vragenlijst. Hierdoor zijn de mechanismen, waaronder de latente functies van Jahoda niet 1-op-1 geopenrationiseerd, maar moesten ze worden benaderd. Een ander manco is het ontbreken van de nulmeting. Het is onduidelijk hoe het met de deelnemers ging voordat ze deelnamen aan de Instapeconomie. Hierdoor in combinatie met het ontbreken van een representatieve controlegroep is de validiteit van de conclusies lager dan in een situatie waarbij er minder beperkingen zouden zijn in de onderzoeksopzet. In deze studie zijn alle op dat moment deelnemers van de Instapeconomie onderzocht. Toch had een grotere N geholpen om meer kracht aan de statistische analyses te geven en tot betrouwbaardere resultaten te komen.

Doordat de vragenlijst niet op maat is gemaakt voor deze studie, leidde dit tot verschillende problemen die een bedreiging zijn voor de betrouwbaarheid van deze studie. Een voorbeeld hiervan is dat deelnemers zelf moesten aangeven hoe lang ze al deelnamen aan de Instapeconomie. Sommige deelnemers wisten dit heel precies, maar anderen konden zich dit lastig herinneren en gaven als antwoord een niet al te precies antwoord zoals 'een jaartje'. Deelnametijd is een van de belangrijkste variabelen van deze studie. Ondanks dat is geprobeerd hier een zo betrouwbaar en secuur mogelijk antwoord op te krijgen van de

deelnemers, was het beter geweest als de werkgevers van de Instappers de deelnametijd hadden doorgegeven op basis van wanneer het contract is ondertekend. Deelnemers is ook niet gevraagd of ze lijden aan een chronische ziekte, terwijl dit een hele belangrijke controlevariabele is in dit onderzoek. Gelukkig gaven veel deelnemers die chronisch ziek zijn uit zichzelf aan dat ze hiermee te kampen hadden, waardoor toch de controlevariabele Chronischziek kon worden gemeten. Het feit dat de deelnemers die hier aangaven chronisch ziek te zijn ook een veel lager gevoel van gezondheid ervaren dan de deelnemers die niets aangaven, laat zien dat deze manier van coderen, ondanks dat de vraagstelling te wensen over liet, bijdraagt aan de studie. Ook is er gebruikgemaakt van proxy-variabelen die wel ongeveer het concept meten maar niet zo goed als wenselijk. Deze beperkingen per variabele zijn besproken in hoofdstuk 3. Toekomstig onderzoek naar deze mechanismen zou hierom preciezer moeten operationaliseren en de meest precieze vragen stellen, aan de hand van een andere vragenlijst. Om de gezondheid te meten zouden bijvoorbeeld vragen uit de Gezondheidsmonitor kunnen worden overgenomen. Dit laat de uitkomsten ook gemakkelijker vergelijken met andere studies.

In de gekozen cross-sectionele opzet, waarbij deelnemers die al langer meedoen zijn vergeleken met deelnemers die net zijn begonnen, bestaat het risico dat de deelnemers onderling verschillen op een kenmerk dat niet is veroorzaakt door deelname aan de Instapeconomie, maar dat wel invloed heeft op hun gezondheid. Ondanks dat er geen aanwijzingen zijn dat er door de tijd heen verschillende typen deelnemers zijn geworven of dat gezondere deelnemers zijn uitgestroomd, is de beperking van een selectie-effect niet uitgesloten. Een longitudinale studie waarbij deelnemers op meerdere momenten worden onderzocht zou dit probleem grotendeels oplossen. Een nulmeting is hiervoor noodzakelijk. Op die manier kan een vergelijking worden gemaakt tussen de variabelen voor, tijdens en na deelname aan de Instapeconomie. De voor deze scriptie verzamelde data zou een goede basismeting kunnen zijn. Weliswaar geen zuivere nulmeting, omdat de deelnemers al zijn begonnen met het instapwerk, maar toekomstige onderzoekers kunnen op een later moment, bijvoorbeeld over een jaar op eenzelfde manier data verzamelen om zo tot een vergelijking en betrouwbaardere resultaten te komen.

Door het beperkte aantal deelnemers in deze studie heeft deze studie een beperkte statistische kracht. Hierdoor is de kans groot dat er effecten plaatsvinden die niet significant worden aangetoond. Door de grote kans op vals negatieve resultaten (type II-fouten) kunnen de gestelde hypothesen die niet zijn bevestigd nog steeds waar zijn. Ook zorgt deze beperkte

omvang ervoor dat de kans groot is dat effecten die niet bestaan toch significant aangetoond worden, bijvoorbeeld bij de variabele sociale steun hebben vijfenveertig deelnemers de waarde 1 toebedeeld gekregen en slechts vijf de waarde 0. Doordat het aantal deelnemers waarbij waarde 0 is toebedeeld zo laag is, is de kans dat de verschillen tussen deze twee groepen veroorzaakt zijn door toeval behoorlijk groot. De kans op type-I fouten is dus ook aanwezig. Ook is het met een groter aantal waarnemingen beter mogelijk om ingewikkeldere econometrische modellen toe te passen die meer parameters schatten, zonder dat de standaardfouten van die coëfficiënten enorm toenemen. Hierdoor zou een logistische regressie bijvoorbeeld een betere optie zijn geweest, wat ook zou bijdragen aan de betrouwbaarheid van de studie. Tegenwoordig nemen er al meer dan honderdvijftig mensen deel aan de Instapeconomie, dit biedt de mogelijkheid vervolgonderzoek te doen op grotere schaal. Hierbij zal het dan ook mogelijk zijn om locaties die instapwerk aanbieden onderling te vergelijken wat interessante inzichten kan opleveren. Bijvoorbeeld waarom bepaalde deelnemers zich op locatie A meer ontwikkelen dan op locatie B.

De laatste beperking is omgekeerde causaliteit. Het is de vraag of bijvoorbeeld tijdsstructuren bijdragen aan het gezondheidsgevoel, of dat een hoger gezondheidsgevoel leidt tot meer tijdsstructuren of allebei. Toekomstig onderzoek zal dit effect preciezer moeten uitzoeken. Longitudinaal onderzoek is al een stap in de juiste richting, omdat hierdoor beter de tijdsvolgorde kan worden vastgesteld. Ook kan het uitvoeren van uitgebreide kwalitatieve methodes helpen om deze inzichten te verkrijgen.

8. Beleidsadvies

Bij de beleidskeuze om het project Instapeconomie uit te breiden, te continueren of stop te zetten, is het belangrijk om neveneffecten op het gebied van gezondheid mee te nemen in de overweging. In de wetenschappelijke literatuur is er namelijk consensus dat de transitie van werkloosheid naar een werk behoorlijke positieve gezondheidseffecten met zich mee kan dragen. Dit is goed voor het individu en de samenleving. Deze studie toont niet aan dat deelname aan de Instapeconomie een positief effect heeft op de gezondheid van de deelnemers. Dat dit effect niet is aangetoond wil echter niet zeggen dat dit effect niet aanwezig is. Er zijn namelijk wel bepaalde processen in gang gezet waardoor de deelnemers zich gezonder zijn gaan voelen. De deelnemers ervaren dankzij het instapwerk meer structuur in hun dagen, hun zelfbeeld en zelfvertrouwen stijgen en ze worden actiever. Ook is het bij het nemen van een besluit belangrijk om verder te kijken dan alleen de resultaten van deze studie. Bijvoorbeeld door in gesprek te gaan met Yousseff en Wilco die het Instapwerk organiseren op hun locatie. Zij zien de deelnemers immers elke dag. Dit kan een nieuw perspectief bieden op het probleem naast de wetenschappelijke inzichten uit deze scriptie. Tot slot is het belangrijk te beseffen dat er allerlei andere neveneffecten zijn die de Instapeconomie veroorzaakt die niets met gezondheid te maken hebben, zoals taalkennis. Het is essentieel om dit soort effecten ook mee te nemen in de overweging.

9. Nawoord

Het schrijven van deze masterscriptie heb ik ervaren als een boeiende en leerzame manier om alle kennis en vaardigheden die ik heb opgedaan tijdens de MSc Economics & Governance toe te passen. In het najaar van 2023 volgde ik het vak Research Design bij Dr. Toshkov. Bij dit vak leerde ik hoe ik een onderzoek moest opzetten en welke mogelijke valkuilen een onderzoeker moet vermijden om tot valide conclusies te komen. Na het volgen van dit vak en het lezen van het boek van Dr. Toshkov beheerste ik deze vaardigheden tot in de puntjes en wist ik precies wat er in theorie nodig was om betrouwbare data te verzamelen en hieruit conclusies te trekken.

Bij aanvang van dit onderzoek merkte ik dat heel veel theoretische eisen uit dit vak in de praktijk niet haalbaar zijn. Aanvankelijk zag ik dus vooral beren op de weg. Mijn begeleider, Dr. Collewet, benadrukte dat een onderzoeker nou eenmaal niet in een perfecte wereld leeft en niet altijd zijn of haar onderzoek kan uitvoeren zoals gewenst. Ik moest roeien met de riemen die ik had. Toen ik dit besepte, ben ik voortvarend aan het werk gegaan en stelde ik mijn onderzoeksopzet op.

Ik kwam al snel in contact met stakeholders uit het veld, zoals de projectmanager van de Instapeconomie namens gemeente Den Haag, Wesley Kasten en medewerkers van de GGD. Daarnaast liep ik mee bij de Lichtpuntjes voordat ik data ging verzamelen.

Ik heb het als erg interessant ervaren om een scriptie te schrijven die zo dicht bij de werkelijkheid stond en waarbij ik actief verbinding heb gelegd met de praktijk en het beleid van de gemeente. Dit motiveerde me in het schrijven van deze scriptie. Ik heb gemerkt dat ik het een stuk leuker vind om te werken met concrete vraagstukken dan met meer abstracte problematieken. Dit is een belangrijk inzicht voor mijn toekomstige loopbaan.

Ik ben zeer tevreden met mijn progressie en ontwikkeling in de afgelopen maanden, evenals het eindresultaat. Verder hoop ik dat deze scriptie bijdraagt aan het werk van gemeente Den Haag met betrekking tot de Instapeconomie.

Thijs Sweers

Den Haag, 16 juli 2024

Bibliografie

- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Boumans, J., Michon, H., Hulsbosch, L., Knipsels, A., & De Lange, A. (2018). *Achterblijvende arbeidsparticipatie onder mensen met psychische problemen*. Trimbos-Instituut.
- Budorf, A., & Schuring, M. (2022). Staat van de gezondheid in Rotterdam. In *Waardevol aan het werk in Rotterdam* (1ste editie, pp. 35–47). BoekXpress.
- Carlier, B. E., Schuring, M., Lötters, F. J., Bakker, B., Borgers, N., & Burdorf, A. (2013). The influence of re-employment on quality of life and self-rated health, a longitudinal study among unemployed persons in the Netherlands. *BMC Public Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-503>
- CBS. (2020). *Arbeid, Flexwerk en Gezondheid : Over de samenhang tussen (tijdelijk) werk en gezondheid*. Centraal Bureau voor Statistiek. <https://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai%3Adare.uva.nl%3Apublications%2F82406a35-bb17-4502-9cba-4506f468eff2>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.). *Bijstandsuitkeringenstatistiek (BUS)*. CBS. Geraadpleegd op 25 maart 2024, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/deelnemers-enquetes/decentrale-overheden/soc-zekerheid-overheid/bijstandsuitkeringenstatistiek--bus-->
- Claussen, B. (1999). Health and re-employment in a five-year follow-up of long-term unemployed. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 27(2), 94–100. <https://doi.org/10.1177/14034948990270020801>
- Creed, P. A., & Macintyre, S. R. (2001). The relative effects of deprivation of the latent and manifest benefits of employment on the well-being of unemployed people. *Journal Of Occupational Health Psychology*, 6(4), 324–331. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.6.4.324>
- Creed, P. A., & Reynolds, J. (2001). Economic deprivation, experiential deprivation and social loneliness in unemployed and employed youth. *Journal Of Community & Applied Social Psychology*, 11(3), 167–178. <https://doi.org/10.1002/casp.612>
- De Gezondheidsmonitors | Gezondheidsmonitor*. (z.d.). Geraadpleegd op 18 mei 2024, van <https://www.monitorgezondheid.nl/>
- De Jonge, A. (2022a, februari 16). Betaald werk vaak niet realistisch voor bijstandsgerechtigden. *Binnenlands Bestuur*. Geraadpleegd op 16 april 2024, van <https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/bijstandsgerechtigden-hebben-weinig-perspectief-op-werk>
- De Jonge, A. (2022b, april 21). Den Haag creëert banen zonder drempels. *Binnenlands Bestuur*. <https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/instapeconomie-banen-voor-kansarm-bijstandssegment>
- Den Haag in cijfers*. (z.d.). Geraadpleegd op 15 juni 2024, van <https://denhaag.incijfers.nl/jive>
- Fenger, M., Kip, T., & Van Der Veen, R. (2022). Tien jaar beleid voor werk en inkomen in Rotterdam: een terugblik. In *Waardevol aan het werk in Rotterdam* (1ste editie). Boekxpress.
- García-Gómez, P., Jones, A. M., & Rice, N. (2010). Health effects on labour market exits and entries. *Labour Economics*, 17(1), 62–76. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2009.04.004>

- Gemeente Den Haag. (2022). *Eindrapport Werkloosheidsprognose +500*.
- gemeente Den Haag. (2022). *Pilot evaluatie van de Instapeconomie*.
- Gordo, L. R. (2006). Effects of short- and long-term unemployment on health satisfaction: evidence from German data. *Applied Economics*, 38(20), 2335–2350. <https://doi.org/10.1080/00036840500427692>
- Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment : a social-psychological analysis* (1ste editie). Cambridge University Press.
- Janlert, U., & Hammarström, A. (2009). Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-235>
- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Karsten, P., & Batinic, B. (2009). The need for work: Jahoda's latent functions of employment in a representative sample of the German population. *Journal Of Organizational Behavior*, 31(1), 45–64. <https://doi.org/10.1002/job.622>
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., & Williams, J. (2004). Confidence Limits for the Indirect Effect: Distribution of the Product and Resampling Methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39(1), 99–128. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr3901_4
- Mosselman, K., Dekker, F., & De Vleeschouwer, E. (2022). Experimenteren met basisbanen in Groningen en Rotterdam. *B En M*, 49(1), 26–42. <https://doi.org/10.5553/benm/138900692022049001004>
- OCW. (2024, 31 mei). *Hoogst behaald onderwijsniveau*. Onderwijs Algemene Feiten en Cijfers | OCW in Cijfers. Geraadpleegd op 11 juni 2024, van <https://www.ocwincijfers.nl/sectoren/onderwijs-algemeen/hoogst-behaald-onderwijsniveau>
- O'leary, Z. (2017). Undertaking Credible and Ethical Research. In *The essential guide to doing you research project* (3de editie). SAGE Publications Ltd.
- Rainey, C., & McCaskey, K. (2021). Estimating logit models with small samples. *Political Science Research And Methods*, 9(3), 549–564. <https://doi.org/10.1017/psrm.2021.9>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist/The American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.1.68>
- Schmitz, H. (2011). Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health. *Labour Economics*, 18(1), 71–78. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2010.08.005>
- Schuring, M. & Erasmus Universiteit Rotterdam. (2010). *The Role of Health and Health Promotion in Labour Force Participation*. https://admin.dezwijger.nl/wp-content/uploads/2015/04/101014_Schuring-Merel.pdf
- Schuring, M., Mackenbach, J. P., Voorham, T. A., & Burdorf, A. (2010). The effect of re-employment on perceived health. *Journal Of Epidemiology And Community Health*, 65(7), 639–644. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.103838>
- Schuring, M., Reeuwijk, K., & Burdorf, A. (2016). *Het monitoren van arbeidstoeleiding van mensen met grote afstand tot de arbeidsmarkt en gezondheidsproblemen*. Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam.
- Schuring, M., Reijenga, F. A., Carlier, A., & Burdorf, A. (2011). *Gezondheidsbeleving van werklozen: Wat is bekend en wat zijn witte vlekken?*

- Schuring, M., Robroek, S. J., & Burdorf, A. (2017). The benefits of paid employment among persons with common mental health problems: evidence for the selection and causation mechanism. *Scandinavian Journal Of Work, Environment & Health*. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3675>
- Seedat, S., Pienaar, W. P., Williams, D., & Stein, D. J. (2004). Ethics of research on survivors of trauma. *Current Psychiatry Reports/Current Psychiatry Reports*, 6(4), 262–267. <https://doi.org/10.1007/s11920-004-0075-z>
- Segregatiemonitor - 6. Gezondheid, zorg en welbevinden - Den Haag*. (z.d.). Geraadpleegd op 16 april 2024, van <https://denhaag.inciifers.nl/dashboard/en-us/segregatiemonitor/6--gezondheid--zorg-en-welbevinden>
- Sieben, I., & Linssen, L. (2009). *Logistische regressie analyse: een handleiding*. Radboud Universiteit.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic Confidence Intervals for Indirect Effects in Structural Equation Models. *Sociological Methodology*, 13, 290. <https://doi.org/10.2307/270723>
- Sobel, M. E. (1987). Direct and Indirect Effects in Linear Structural Equation Models. *Sociological Methods & Research*, 16(1), 155–176. <https://doi.org/10.1177/0049124187016001006>
- Stauder, J. (2018). Unemployment, unemployment duration, and health: selection or causation? *The European Journal Of Health Economics*, 20(1), 59–73. <https://doi.org/10.1007/s10198-018-0982-2>
- Theorell, T. (2020). The Demand Control Support Work Stress model. In *Handbook series in occupational health sciences* (pp. 339–353). https://doi.org/10.1007/978-3-030-31438-5_13
- Thomas, C. (2005). Employment transitions and mental health: an analysis from the British household panel survey. *Journal Of Epidemiology And Community Health*, 59(3), 243–249. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.019778>
- Toshkov, D. (2016). *Research Design in Political Sciences* (1ste editie). Palgrave.
- Wacker, A. (2012). The Explanation of Unemployment Effects in the Latent Function Model of Marie Jahoda – A Critical Assessment. In *VS Verlag für Sozialwissenschaften eBooks* (pp. 129–141). https://doi.org/10.1007/978-3-531-94345-9_9
- Wanberg, C. R. (2012). The Individual Experience of Unemployment. *Annual Review Of Psychology*, 63(1), 369–396. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100500>
- Wielers, R., & De Beer, P. (2005). De (in)effectiviteit van het arbeidsmarktbeleid. *Tijdschrift Voor Arbeidsvraagstukken*, 21(1). <https://doi.org/10.5117/2005.021.001.002>
- Worster, A., Fan, J., & Ismaila, A. (2007). Understanding linear and logistic regression analyses. *CJEM. Canadian Journal Of Emergency Medical Care/CJEM*, 9(02), 111–113. <https://doi.org/10.1017/s1481803500014883>
- Zechmann, A., & Paul, K. I. (2019). Why do individuals suffer during unemployment? Analyzing the role of deprived psychological needs in a six-wave longitudinal study. *Journal Of Occupational Health Psychology*, 24(6), 641–661. <https://doi.org/10.1037/ocp0000154>
- Zeng, P., Shao, Z., & Zhou, X. (2021). Statistical methods for mediation analysis in the era of high-throughput genomics: Current successes and future challenges. *Computational And Structural Biotechnology Journal*, 19, 3209–3224. <https://doi.org/10.1016/j.csbj.2021.05.042>

