

# Gezondheid en functioneren van moeilijk bemiddelbare bijstandsgerechtigden in een gesubsidieerde baan

Shirley Oomens, Tanja de Jong en Roland Blonk\*

411

In de gemeente Rotterdam is een project gestart om een groep WWB-cliënten met een grote afstand tot de arbeidsmarkt te reïntegreren door middel van gesubsidieerd werk. In dit artikel wordt verslag gedaan van een veldonderzoek onder deze groep moeilijk bemiddelbare bijstandsgerechtigden. De focus ligt daarbij op de relatie tussen gezondheidsklachten en functioneren in betaald werk. De onderzoeksgroep bestaat uit 97 deelnemers, die werkzaam zijn in een gesubsidieerde baan. Ongeveer drie maanden na plaatsing is hun functioneren beoordeeld door de leidinggevende. Onze resultaten laten zien dat mensen die zich over het algemeen fitter en gezonder voelen, beter functioneren. De aard van eventuele gezondheidsklachten bleek niet gerelateerd aan het functioneren. Het aandeel van gezondheidsklachten in het functioneren in betaald werk was beperkt. Het functioneren in het werk bleek het meest bepaald te worden door de duur van de voorafgaande werkloosheid.

## 1 Inleiding

Het huidige arbeidsmarktbeleid van het kabinet is erop gericht zoveel mogelijk mensen mee te laten doen in de maatschappij (SZW, 2007). Vergroting van de arbeidparticipatie en *participatie naar vermogen* staan daarbij centraal. Dit 'activerende arbeidsmarktbeleid' geldt ook voor langdurig werklozen. Ongeveer 40 procent van de geregistreerde mensen zonder werk is langdurig werkloos, dat wil zeggen, is twaalf maanden of langer werkloos (CBS, 2008). Participatie op de arbeidsmarkt is voor deze groep geen vanzelfsprekendheid. De groep langdurig werklozen ondervindt relatief veel belemmeringen, die een duurzame reïntegratie op de arbeidsmarkt bemoeilijken. Vooral de gezondheid lijkt een belangrijke belemmerende factor bij de

---

\* De auteurs zijn werkzaam bij TNO Kwaliteit van Leven|Arbeid. Roland Blonk is tevens verbonden aan de Universiteit Utrecht, Sectie Sociale en Organisationspsychologie. Correspondentieadres: Dr. P.C.J. Oomens, TNO Kwaliteit van Leven |Arbeid, Postbus 718, 2130 AS Hoofddorp, tel. 023-5549580, e-mail shirley.oomens@tno.nl.

uitstroom naar betaald werk (Giesen, Lagerveld & Bennenbroek, 2007; Groot, De Graaf-Zijl, Hop, Kok, Fermin et al., 2008; SCP, 2008). Ongeveer 60% van de mensen die langdurig een bijstandsuitkering ontvangen, kampt met ervaren gezondheidsbeperkingen in enigerlei vorm (Hoff, Jehoel-Gijsbers & Wildeboer-Schut, 2003). Met name klachten aan het bewegingsapparaat, depressieve gevoelens en stress worden door bijstandsgerechtigden genoemd (Huijs, Bennenbroek, Genabeek & Giesen, 2009). Deze gezondheidsproblemen zijn deels het resultaat van de werkloosheidsduur (McKee-Ryan, Song, Wanberg & Kinicki, 2005). Naarmate de werkloosheid voortduurt, neemt de kans op psychische gezondheidsproblemen toe (Taris, 2002). Van een grote groep bijstandsgerechtigden (41%) die de gemeenten in hun bestand hebben, wordt daarom niet verwacht dat zij kunnen uitstromen naar regulier betaald werk. Fysieke en psychische problemen, naast een hoge leeftijd, worden door consulenten als belangrijkste belemmeringen beschouwd (Divosa, 2007).

412 Sinds de invoering van de Wet Werk en Bijstand (WWB) zijn gemeenten zowel in financiële als uitvoerende zin verantwoordelijk voor het reïntegratiebeleid. Dit heeft ertoe geleid dat reïntegratie van mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt nadrukkelijker op de agenda is komen te staan. Gemeenten hebben verschillende initiatieven ondernomen om met name hun 'granieten bestand' door te lichten en handvatten te vinden voor succesvolle reïntegratie van deze moeilijk bemiddelbare uitkeringsgerechtigden. In dit kader is de gemeente Rotterdam het 'Experiment Subsidiebanen' gestart. Hierbij biedt zij een groep moeilijk bemiddelbare WWB-cliënten de mogelijkheid om twee jaar lang werkervaring op te doen binnen een gesubsidieerde baan, met als doel deze groep mensen te laten doorstromen naar regulier betaald werk.

In dit artikel wordt het functioneren van deze groep bijstandsgerechtigden onderzocht. Doel van dit onderzoek is meer inzicht te krijgen in de relatie tussen gezondheid en het functioneren in het werk. In hoeverre vormen gezondheidsklachten een belemmering voor het functioneren in betaald werk bij moeilijk bemiddelbare uitkeringsgerechtigden? En, indien gezondheidsklachten een belemmering vormen, welke aspecten zijn dan het meest belemmerend voor het functioneren in betaald werk? Deze vragen passen binnen een bredere vraagstelling met betrekking tot reïntegratie, namelijk, welke factoren leiden tot een duurzame reïntegratie? Er is nog relatief weinig bekend over de precieze effecten van dergelijke reïntegratietrajecten voor moeilijke bemiddelbare bijstandsgerechtigden. De resultaten van dit onderzoek geven inzicht in de rol van eventuele gezondheidsklachten in dit proces. Wij richten ons in dit artikel op de volgende onderzoeksvragen: (1) In hoeverre bepaalt gezondheid het functioneren van moeilijk bemiddelbare bijstandsgerechtigden in een gesubsidieerde baan? (2) Hangt het functioneren van deze cliënten af van de aard van de gezondheidsklachten?

## 2 Theoretisch kader

Voor zover wij weten, is er nog nauwelijks onderzoek verricht naar de relatie tussen gezondheid en functioneren in (gesubsidieerd) werk onder deze specifieke groep cliënten. Het merendeel van de literatuur richt zich op de effecten van werkloosheid

op gezondheid en op de effecten van werk op gezondheid. Er zijn echter wel theorieën ontwikkeld over de relatie tussen ziekte en arbeidsprestatie in algemene zin. Zo kan deze relatie worden beschouwd vanuit de moderne zelfreguleringtheorieën (Roe, 2007). Volgens deze theorieën moet menselijk (werk)gedrag worden gezien als resultaat van regulerende processen in de persoon zelf. Voor het leveren van arbeid zijn verschillende vormen van regulering van belang: (1) handelingsregulering (d.w.z. bewuste/onbewuste cognitieve aansturing om gewenst resultaat te bereiken); (2) energetische regulering (d.w.z. het beschikbaar maken van mentale capaciteit voor het uitvoeren van handelingen); (3) emotionele regulering (d.w.z. het behoud van een positieve stemming door externe of interne regulering van gevoelens); (4) vitale regulering (d.w.z. activiteiten om mentaal en fysiek fit te blijven); en (5) regulering van het zelfbeeld (d.w.z. handhaving van positief zelfbeeld). Ziekte en gezondheid kunnen op elk van de reguleringsvormen van invloed zijn, en daarmee doorwerken in het prestatieproces en/of het prestatieresultaat. Uit deze zelfreguleringtheorieën kan worden afgeleid dat mensen die meer gezondheidsklachten rapporteren, slechter zullen functioneren in hun werk en derhalve minder goede werkprestaties zullen leveren. Uit de literatuur rond ziekteverzuim blijkt tevens dat mensen met ernstige gezondheidsklachten vaker verzuimen en ook minder productief zijn. Met name werknemers met psychische problemen functioneren relatief minder goed op het werk en ook melden zij zich vaker ziek (Vollebergh et al., 2003).

413

Naast de literatuur over de relatie tussen gezondheidsklachten en functioneren in het werk is er literatuur die meer specifiek ingaat op reïntegratie van uitkeringsgerechtigden en de factoren die het succes van het reïntegratieproces bepalen. Zo onderscheiden Nijhuis en Van Lierop (2007) vier factoren die leiden tot een succesvolle werkhervatting: (1) persoonsgebonden factoren (waaronder gezondheid, maar ook sociaaldemografische kenmerken en persoonlijkheidskenmerken); (2) organisatiegebonden factoren (zoals de bereidheid van de werkgever om aanpassingen aan te brengen); (3) de maatschappelijke omgeving (zoals de arbeidsmarkt); en (4) de kwaliteit van het reïntegratie-instrumentarium gericht op afstemming tussen persoon en werk. Het model dat Nijhuis en Van Lierop hanteren voor een succesvolle reïntegratie, laat grote overeenkomsten zien met het theoretische raamwerk dat Wanberg en haar collega's hanteren (Wanberg, Hough & Song 2002). Gezondheid wordt in deze modellen als een belangrijke voorwaarde beschouwd voor het vinden en behouden van werk. Mensen met een slechte gezondheid hebben niet alleen een kleinere kans om werk te vinden, maar ook om duurzaam te reïntegreren dat wil zeggen: het werk te behouden.

Op basis van bovenstaande literatuur hebben wij twee hypothesen geformuleerd:

**Hypothese 1:** Een slechtere gezondheid leidt tot minder goed functioneren in (gesubsidieerd) werk.

**Hypothese 2:** Mensen met psychische klachten functioneren slechter in (gesubsidieerd) werk dan mensen met lichamelijke klachten.

### 3 Beschrijving 'Experiment Subsidiebanen'

De doelgroep van het 'Experiment Subsidiebanen' bestaat uit WWB-cliënten, van wie wordt aangenomen dat zij niet meer in staat zijn om volledig productief in regulier werk te participeren. Het betreft cliënten met een WWB-uitkering die 45 jaar of ouder zijn en in het verleden zonder duurzaam resultaat één of meerdere keren een traject richting betaald werk hebben gevolgd. Voor het hanteren van een dergelijke leeftijdsgrens is gekozen omdat met name een hoge leeftijd een sterk belemmerende factor vormt om uit te stromen naar werk (Groot et al., 2008). Door het toekennen van een loonkostensubsidie aan werkgevers, wordt getracht deze groep binnen een periode van twee jaar uit de uitkering naar betaald werk te laten stromen. De ontwikkelmogelijkheden van de deelnemers vormen het uitgangspunt bij het plaatsen in passende trajecten. De deelnemers worden op de werkplek begeleid door een reïntegratiebedrijf. Voorafgaand aan plaatsing vullen de deelnemers een schriftelijke vragenlijst in, de zogenaamde Diagnose Methode Activeringspotentieel (DMA). Aan de hand van deze zelfrapportage is men in staat de mogelijkheden en belemmeringen van cliënten in kaart te brengen. Na plaatsing in de gesubsidieerde baan wordt door de leidinggevende elk kwartaal een oordeel gegeven over het functioneren van de betreffende medewerker om de ontwikkeling in functioneren te monitoren en om de loonwaarde te bepalen.

414

## 4 Methode van onderzoek

### 4.1 Steekproeftrekking

Het project is op 1 februari 2008 gestart en heeft een looptijd van twee jaar. In eerste instantie kwamen 2478 WWB-cliënten in aanmerking voor deelname aan het project. Voor 600 van hen stelt de gemeente financiële middelen beschikbaar om subsidiebanen te zoeken. Motieven voor het uitsluiten van cliënten voor deelname aan het project zijn: ernstige lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen, onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal, het volgen van een ander traject, lage motivatie en het niet verschijnen op de afspraak. Uiteindelijk zijn 479 cliënten daadwerkelijk geselecteerd om deel te nemen aan het project (19.3% van de oorspronkelijke groep). Zij hebben de DMA-vragenlijst ingevuld. Op basis van de vragenlijst is voor 61 cliënten alsnog besloten hen uit te sluiten voor verdere deelname aan het reïntegratietraject ('de niet-aangemelden'). De overige 418 cliënten zijn doorverwezen naar een reïntegratiebureau, dat hen begeleidt bij de start van het traject en plaatsing in de subsidiebaan. Op het moment van meting op 1 december 2008 zijn 299 cliënten nog in traject (de 'deelnemers'). De overige 119 cliënten zijn voortijdig uitgevallen ('de uitvallers'); 81 van hen zijn uitgevallen nog voordat de intake bij het reïntegratiebedrijf heeft plaatsgevonden. Er is geen aanvullende informatie beschikbaar over de reden van uitval bij deze mensen. Op het moment van meting zijn 97 deelnemers aan het reïntegratietraject op functioneren beoordeeld door de leidinggevende. Over deze groep zal in dit artikel gerapporteerd worden.

## 4.2 Beschrijving steekproef

De onderzoeksgroep bestaat uit 97 cliënten, die gemiddeld 50.6 jaar oud zijn. Iets meer dan de helft is man (55.7%). De overgrote meerderheid, 79.3% is alleenstaand, dat wil zeggen vrijgezel of gescheiden. De overige respondenten (20.7%) hebben een partner. Meer dan de helft van de onderzoeksgroep, 55.6%, is alleenstaande ouder. Meer dan drie kwart van de onderzoeksgroep (78.4%) is laag opgeleid en niet in het bezit van een startkwalificatie. Iemand heeft een startkwalificatie als hij een opleiding heeft gevolgd met minimaal een mbo-2 diploma. Daarnaast is 57.7% van allochtone herkomst; 91.1% daarvan is buiten Nederland geboren (eerste generatie allochtonen). Gezien de gemiddelde leeftijd van de onderzoeksgroep is dit niet verwonderlijk. De verblijfsduur in Nederland varieert van 2 tot 46 jaar met een gemiddelde van 22.6 jaar.

Aangezien de selectie van deelnemers is uitgevoerd door consultants van de gemeente Rotterdam, is nagegaan of de groep 'niet-aangemelden' en de groep 'uitvallers' afwijkt van de groep 'deelnemers' in het traject wat betreft sociaaldemografische kenmerken en gezondheidsindicatoren (zie tabel 1).

415

**Tabel 1** Beschrijving achtergrondkenmerken en gezondheidsindicatoren voor de cliënten in traject, uitvallers en niet-aangemelde cliënten

	In traject N = 97	Uitvallers <sup>1</sup> N = 119	Niet aangemeld <sup>2</sup> N = 61
<b>Gezondheidsindicatoren</b>			
<i>Algemene gezondheid</i>			
Heel erg fit	34.0% <sup>1,2</sup>	13.6%	14.5%
Redelijk fit	52.6% <sup>1</sup>	32.2%	58.2%
Niet fit	13.4% <sup>1</sup>	54.2%	27.3%
<i>Fysieke en psychische klachten (afgelopen vier weken)</i>			
Geen klachten	55.7% <sup>1</sup>	27.1%	50.9%
Psychisch of lichamelijk	14.4% <sup>1</sup>	28.8%	16.4%
Psychisch en lichamelijk	29.9% <sup>1</sup>	44.1%	32.7%
<i>Depressieve klachten</i>			
Veel – aantal klachten	15.5% <sup>1,2</sup>	39.0%	41.8%
Geen klachten	84.5% <sup>1,2</sup>	61.0%	58.2%
<i>Angst klachten</i>			
Veel – aantal klachten	21.6% <sup>1</sup>	38.1%	27.3%
Geen klachten	78.4% <sup>1</sup>	61.9%	72.7%
<i>Medicijngebruik</i>			
Nee	61.9% <sup>1</sup>	39.0%	60.0%
Ja	38.1% <sup>1</sup>	61.0%	40.0%
<i>Behandeling</i>			
Nee	75.3% <sup>1</sup>	51.7%	70.9%
Ja	24.7% <sup>1</sup>	48.3%	29.1%

	In traject N = 97	Uitvallers <sup>1</sup> N = 119	Niet aangemeld <sup>2</sup> N = 61
<b>Achtergrondkenmerken</b>			
<i>Geslacht</i>			
Man	55.7%	44.5%	52.5%
Vrouw	44.3%	55.5%	47.5%
<i>Gemiddelde leeftijd (min-max)</i>			
t/m 49 jaar	46.9%	46.2%	39.3%
50 t/m 54 jaar	33.3%	42.0%	36.1%
55 en ouder	19.8%	11.8%	24.6%
<i>Opleidingsniveau</i>			
416 Laag (basisschool t/m mbo-1)	78.4%	81.5%	80.0%
Middel (havo/mbo-2, 3, 4/vwo)	14.4%	13.4%	11.7%
Hoog (hbo/universiteit)	7.2%	5.0%	8.3%
<i>Burgerlijke staat</i>			
Getrouwd	13.4%	21.0%	20.0%
Vaste partner	7.2%	2.5%	3.3%
Alleenstaand	34.0%	45.4%	41.7%
Gescheiden	45.4% <sup>1</sup>	30.3%	35.0%
Weduwe/weduwenaar	0%	0.8%	0%
<i>Etniciteit</i>			
Autochtoon	42.3%	42.4%	31.7%
Allochtoon	57.7%	57.6%	68.3%
<i>Gemiddeld aantal jaren in Nederland woonachtig (min-max)</i>			
Gemiddeld aantal jaren geleden laatst betaalde baan (min-max)	5.38 (0-32) <sup>1,2</sup>	10.1 (0-77)	8.31 (0-30)
<i>Werkervaring in het verleden</i>			
Nee	2.1% <sup>1,2</sup>	16.0%	13.3%
Vrijwilligerswerk	4.1%	10.1%	3.3%
Betaald werk	73.2% <sup>1</sup>	57.1%	60.0%
Vrijwilligerswerk en betaald werk	20.6%	16.8%	23.3%

<sup>1</sup> Significant verschil met uitvallers,  $p < .05$ .

<sup>2</sup> Significant verschil met niet-aangemelden,  $p < .05$ .

Wat betreft sociaaldemografische kenmerken zijn er weinig verschillen te zien tussen de drie groepen. De deelnemers wijken niet significant af van de groep 'niet-aangemelden' en 'uitvallers' wat betreft man/vrouw verhouding, hoogst behaalde opleidingsniveau, leeftijd en etniciteit. In vergelijking met de cliënten die uitval-

len zijn, zitten er in de groep deelnemers meer mensen die gescheiden zijn. Ook verschillen deze groepen wat betreft werkervaring. De groep deelnemers heeft meer ervaring in het doen van betaald werk en ook is deze werkervaring van recentere datum in vergelijking met de groep 'niet-aangemelden' en de 'uitvallers'. Met name in de groep 'uitvallers' zitten meer mensen die over geen enkele werkervaring beschikken. Van degenen die aangegeven hebben in het verleden wel betaald werk te hebben gehad, is dit in vergelijking met de andere twee groepen langer geleden. Ook verschillen de groepen in hun gezondheidsbeleving. De mensen in het traject geven significant vaker aan ( $p < .05$ ) zich heel erg fit te voelen dan de mensen die niet aangemeld zijn en degenen die uitgevallen zijn voordat zij aan het traject gingen deelnemen. Daarnaast hebben de mensen in het traject significant ( $p < .05$ ) minder depressieve klachten in vergelijking met de andere twee groepen. De grootste verschillen in gezondheidsbeleving zijn te vinden tussen de deelnemers aan het traject en de mensen die uitgevallen zijn. De mensen die uitgevallen zijn, voelen zich op alle vlakken minder gezond: zij voelen zich minder fit, hebben meer last van fysieke en psychische klachten, gebruiken meer medicatie, en zijn vaker onder behandeling. De 'niet-aangemelden' nemen een tussenpositie in. Zij wijken op het merendeel van de gezondheidsindicatoren niet af van de deelnemers aan het traject. Wel voelen zij zich minder fit en rapporteren zij meer depressieve gevoelens dan de deelnemers.

417

### 4.3 Meetinstrumenten

De *gezondheid* van mensen is gemeten aan de hand van verschillende indicatoren. Allereerst is er gevraagd naar de algemene gezondheid met behulp van het item 'Voelt u zich fit en gezond?' Antwoordcategorieën variëren van heel erg fit, redelijk fit, tot niet fit.

Naast de algemene gezondheidsmaat is het *type gezondheidsklachten* bevraagd. Gevraagd is of mensen in de afgelopen vier weken fysieke klachten dan wel psychische klachten hebben gehad (antwoordcategorieën ja/nee). Op basis van deze antwoorden is een typologie gemaakt, waarin vier categorieën onderscheiden zijn: geen klachten, lichamelijke klachten, psychische klachten en zowel lichamelijke als psychische klachten. De *aard* van eventuele psychische klachten is gemeten aan de hand van de subschalen depressie en angst uit de 'Depression Anxiety Stress Scale' (DASS) (Cronbachs alpha angst = .82; Cronbachs alpha depressie = .85). Depressie en angst behoren tot de meest voorkomende psychische problemen (Bijl, Zessen & Ravelli, 1997). De DASS is een valide en betrouwbaar meetinstrument dat depressieve, angst- en stressgevoelens meet (Brenninkmeijer, Blonk, Nieuwenhuijsen & De Beurs, 2005).

*Medische behandeling* is gemeten met de vraag 'Wordt u op dit moment voor lichamelijke of psychische klachten door een arts behandeld?' (antwoordcategorieën: ja/nee). *Medicijngebruik* is nagegaan met de vraag of mensen medicijnen gebruiken of niet. Het gebruik van deze verschillende indicatoren voor het meten van gezondheid levert een completer en meer betrouwbaar beeld op van de ervaren gezondheidstoestand van de respondenten (König-Zahn, Furer & Tax, 1993). De groep mensen die klachten ervaart, komt niet overeen met de groep mensen die onder behandeling is of medicatie gebruikt. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat maar een klein percen-

tage van de mensen die psychische klachten hebben ook daadwerkelijk hulp zoekt (Bijl & Ravelli, 1998; Sytema & Koopmans, 1998).

418 Het *functioneren van mensen in het werk* is gemeten aan de hand van de Vragenlijst Prestatie Mogelijkheden (VPM) op het moment dat de cliënten drie maanden werkzaam waren in een gesubsidieerde baan. Deze vragenlijst richt zich specifiek op het beoordelen van competenties in functies aan de onderkant van de arbeidsmarkt (Bennenbroek et al., 2007). De vragenlijst bestaat uit 59 vragen, die door de leidinggevende zijn ingevuld en waarin verschillende concrete beschrijvingen van gedrag van werknemers worden bevraagd. In totaal worden tien gedragingen in kaart gebracht, te weten: afspraken nakomen, zelfstandigheid, nauwkeurigheid, leervermogen, samenwerken & collegialiteit, gevoel voor arbeidsverhoudingen, communiceren, stressbestendigheid & flexibiliteit, doorzettingsvermogen en productiviteit. Deze gedragingen worden door werkgevers beschouwd als noodzakelijke competenties voor

het goed functioneren van werknemers in beschutte werkplekken (Hazelzet, Penninga & Bennenbroek, 2005). Uit eerder onderzoek blijkt dat de VPM een betrouwbare en valide vragenlijst is voor het beoordelen van competenties van werknemers aan de onderkant van de arbeidsmarkt, en tevens een goede indicatie geeft voor het doorgroeien naar regulier werk (Bennenbroek, Paagman & Hazelzet, 2007). Een totaalscore voor het functioneren is berekend op basis van het gemiddelde van de scores op de tien afzonderlijke schalen (min-max = 0-100). De betrouwbaarheid (Cronbachs alpha) van de afzonderlijke schalen varieert tussen de 0.91 en 0.97. Ten slotte zijn *sociaaldemografische kenmerken* als de hoogst voltooide opleiding (laag, middelbaar, hoog), etniciteit, geslacht en de duur van de werkloosheid (0-1 jaar, 2-4 jaar, 5-7 jaar, 8 jaar en langer) meegenomen in de analyses als controlevariabelen.

## 5 Resultaten

Om antwoord te kunnen geven op de geformuleerde onderzoeksvragen zijn in de eerste plaats beschrijvende, bivariate analyses gedaan. Met behulp van variantie analyse (ANOVA) is getoetst of het gemiddeld functioneren in werk verschilt voor verschillende groepen cliënten, ingedeeld op basis van achtergrondkenmerken en gezondheidsindicatoren. Vervolgens is de relatie tussen gezondheid en functioneren getoetst aan de hand van een multivariate lineaire regressie-analyse, waarbij gecontroleerd is voor relevante achtergrondkenmerken.

### 5.1 Bivariate analyses

In tabel 2 zijn de gemiddelde scores voor het functioneren naar gezondheidsindicatoren en achtergrondkenmerken weergegeven.



**Tabel 2** Gemiddelde score op functioneren naar verschillende gezondheidsindicatoren en achtergrondkenmerken ( $N = 91$ )

Variabele naam	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Totaal gemiddelde (min-max = 0-100)	32.8	29.4	91
<b>Gezondheidsindicatoren</b>			
<i>Algemene gezondheid** 1,2</i>			
1. Heel erg fit <sup>2</sup>	43.6	34.2	31
2. Redelijk fit <sup>1</sup>	26.3	26.4	48
3. Niet fit	30.7	19.7	12
<i>Fysieke en psychische klachten</i>			
1. Geen klachten	36.3	30.8	51
2. Psychisch of lichamelijk	26.0	26.6	27
3. Psychisch en lichamelijk	32.9	28.6	13
<i>Angst klachten</i>			
Veel/een aantal klachten	25.4	19.3	19
Weinig klachten	34.7	31.3	72
<i>Depressieve klachten</i>			
Veel/een aantal klachten	37.0	28.0	13
Weinig klachten	32.0	29.7	78
<i>Medicijngebruik</i>			
Nee	36.6	30.8	56
Ja	26.7	26.3	35
<i>Behandeling</i>			
Nee	35.4	30.0	68
Ja	25.1	26.4	23
<b>Achtergrondkenmerken</b>			
<i>Geslacht</i>			
Man	37.1	29.5	50
Vrouw	27.4	28.7	41
<i>Opleidingsniveau** 1,3</i>			
1. Laag <sup>3</sup>	29.1	28.2	71
2. Middel	39.5	27.6	14
3. Hoog <sup>1</sup>	60.0	34.1	6
<i>Etniciteit**</i>			
Autochtoon	39.7	33.3	39
Allochtoon	27.6	25.1	52

419

Variabele naam	M	SD	N
<i>Leeftijd</i>			
1. 45 t/m 49 jaar	31.7	27.4	44
2. 50 t/m 54 jaar	29.3	30.7	29
3. 55 t/m 62 jaar	41.0	32.9	17
<i>Aantal jaren werkloos**</i>			
1. 0 t/m 1 jaar <sup>2,3</sup>	21.0	27.6	15
2. 2 t/m 4 jaar <sup>1,4</sup>	44.4	32.3	24
3. 5 t/m 7 jaar <sup>1,4</sup>	45.8	27.5	20
4. 8 jaar en langer <sup>2,3</sup>	20.7	22.1	28

\*\*  $p < .05$  (Post-hoc Bonferoni-test).

<sup>1,2,3</sup> De cijfers achter de variabelen geven aan ten opzichte van welke categorie het effect significant is.

420

Als we kijken naar de verschillende indicatoren voor de gezondheid, is te zien dat de mensen die zich minder fit en gezond voelen, significant slechter functioneren dan de mensen die zich wel fit voelen. Als we kijken naar het *type* gezondheidsklachten, is te zien dat er geen significante verschillen in functioneren zijn tussen mensen die fysieke dan wel psychische klachten rapporteren. Mensen die geen klachten rapporteren, lijken wel iets beter te functioneren dan mensen die fysieke dan wel psychische klachten rapporteren, maar deze verschillen zijn niet significant. Hetzelfde kan worden gezegd over mensen die angstklachten of depressieve klachten rapporteren. Mensen met weinig angstklachten functioneren gemiddeld beter dan mensen met meer (ernstigere) angstklachten, maar het verschil is niet significant. Ook mensen die medicijnen gebruiken of onder behandeling zijn, functioneren niet significant slechter volgens de leidinggevende dan mensen die dit wel doen/zijn.

Als we kijken naar de relatie tussen achtergrondkenmerken en functioneren is te zien dat het opleidingsniveau, etniciteit en het aantal jaren dat men werkloos is gerelateerd zijn aan het functioneren. Mensen met een lager opleidingsniveau functioneren minder goed dan mensen met een hoger opleidingsniveau. Hoger opgeleiden functioneren het best volgens de leidinggevendenden. Autochtone medewerkers functioneren volgens de leidinggevendenden beter dan allochtone medewerkers. Wat betreft de duur van de werkloosheid is te zien dat mensen die acht jaar of langer werkloos zijn het minst goed functioneren. Ook de mensen die relatief kort werkloos zijn (0-1 jaar), functioneren minder goed. Navraag bij de gemeente leert dat het hier mensen betreft die niet in staat zijn gebleken duurzaam uit de bijstand te stromen, maar afwisselend in een betaalde baan of een bijstandsuitkering verkeren. Het betreft hier dus een heel specifieke groep. De mensen die tussen de twee en zeven jaar werkloos zijn, functioneren gemiddeld genomen ongeveer even goed. Tussen mannen en vrouwen en verschillende leeftijdsgroepen worden geen significante verschillen gevonden. Geslacht en leeftijd zullen om die reden niet meegenomen worden in verdere multivariate analyses.

## 5.2 Multivariate analyses

In tabel 3 zijn twee multivariate modellen weergegeven: model 1, waarin alleen gezondheidsindicatoren worden gerelateerd aan het functioneren in werk, en model 2, waarin daarnaast sociaaldemografische kenmerken zijn meegenomen. Op deze manier kan beter inzichtelijk worden gemaakt wat er gebeurt met de effecten van gezondheidsindicatoren door het opnemen van sociaaldemografische kenmerken.

**Tabel 3** Kenmerken gerelateerd aan functioneren in werk (multivariate regressie-analyse, ongestandaardiseerde b-coëfficiënten,  $N = 86$ )

	Model 1	Model 2
<b>Gezondheidsindicatoren</b>		
<i>Algemene gezondheid (heel erg fit = ref)</i>	-14.40*	-13.72*
<i>Type gezondheidsklachten (geen klachten = ref)</i>		
Lichamelijke klachten	0.31	2.87
Psychische klachten	-10.88	-9.76
Lichamelijk en psychische klachten	0.27	-3.89
<i>Angst klachten</i>	-2.68*	-1.90
<i>Depressieve klachten</i>	2.47*	1.15
<i>Medicatie (nee = ref)</i>	-6.72	-8.25
<i>Onder behandeling (niet = ref)</i>	6.23	5.43
<b>Achtergrondkenmerken</b>		
<i>Opleidingsniveau (laag = ref)</i>		
Middelbaar		4.21
Hoog		18.28
<i>Etniciteit (autochtoon = ref)</i>		-6.28
<i>Werkloosheidsduur (2-4 jaar = ref)</i>		
0-1 jaar werkloos		-19.83**
5-7 jaar werkloos		5.18
8 jaar of langer werkloos		-20.48**
<b>Adj. R<sup>2</sup></b>	.07	.23

\*  $p < .10$ , \*\*  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .01$

In model 1 is te zien dat mensen die zich over het algemeen minder fit en gezond voelen, slechter functioneren in hun werk dan mensen die zich wel fit en gezond voelen. Ook na opname van de sociaaldemografische controlevariabelen blijft deze variabele significant ( $p < .10$ ). De resultaten van de beschrijvende analyses worden hier dus bevestigd. Andere opgenomen gezondheidsaspecten, zoals het gebruiken van medicatie en het onder behandeling staan van een arts, laten geen significante effecten zien op het functioneren. Het gebruiken van medicatie en het onder behandeling staan lieten eerder al geen significante effecten zien op het functioneren. Ook in de multivariate analyses zijn deze niet direct gerelateerd aan het functioneren in werk.

Hypothese 1 dient dus *gedeeltelijk* verworpen te worden, aangezien alleen de algemene gezondheid een significant effect heeft op het functioneren in gesubsidieerd werk. Onze tweede hypothese had betrekking op de aard van eventuele gezondheidsklachten.

Model 1 laat zien dat de *aard* van eventuele gezondheidsklachten voorafgaand aan plaatsing van invloed lijkt op het functioneren in werk. Het hebben van angstklachten leidt tot minder goed functioneren in het werk. Het hebben van depressieve gevoelens voorafgaand aan plaatsing in werk leidt verrassend genoeg tot beter functioneren in het werk volgens de leidinggevende. Echter, na opname van de sociaal-demografische kenmerken (model 2) nemen beide effecten af en zijn ze niet meer significant. Ook het resultaat van de analyse voor type gezondheidsklachten laat zien dat mensen met psychische klachten niet slechter functioneren in gesubsidieerd werk dan mensen met lichamelijke klachten. Hypothese 2 dient daarmee verworpen te worden.

422

De gezondheidsindicatoren bepalen maar voor een relatief klein gedeelte het functioneren in het werk. Alle gezondheidsmaten samen verklaren 7% van de variantie in het functioneren. Opname van sociaaldemografische kenmerken laat een aanzienlijke toename van de verklaarde variantie zien: van 7 naar 23%.

Wat betreft de sociaaldemografische kenmerken is te zien dat alleen de werkloosheidsduur significant gerelateerd is aan het functioneren. Net als in de beschrijvende analyses is te zien dat met name de mensen die langer dan acht jaar werkloos zijn, minder goed functioneren in hun werk. Opleiding en etniciteit waren eerder in de bivariate analyses wel significant, maar blijken in de multivariate analyses niet significant gerelateerd aan het functioneren in werk (hoog opleidingsniveau  $p = .16$ ). Ondanks het feit dat deze variabelen geen significant verband laten zien, dragen zij wel bij aan de verklaarde variantie. Het weglaten van deze variabelen leidt tot een significante verslechtering van het model.

## 6 Conclusies en discussie

In dit artikel wordt verslag gedaan van een onderzoek naar het functioneren in het werk van een groep moeilijk bemiddelbare bijstandsgerechtigden. Deze mensen doen mee aan een reïntegratietraject waarbij zij de gelegenheid krijgen werkervaring op te doen binnen een gesubsidieerde baan. Doel van dit onderzoek was meer inzicht te krijgen in de relatie tussen gezondheid en het functioneren in het werk van deze groep mensen die veel gezondheidsklachten kent.

De eerste onderzoeksvraag luidde: 'In hoeverre bepaalt gezondheid het functioneren van moeilijk bemiddelbare bijstandsgerechtigden in een gesubsidieerde baan?' Uit deze studie is gebleken dat de algemene gezondheidsbeleving bijdraagt aan het beter functioneren in het werk. Het gebruik van medicatie, het onder behandeling zijn of het type gezondheidsklachten liet echter geen significant effect zien op het functioneren in het werk. Het feit dat veel uitvallers op alle gezondheidsindicatoren slechter scoorden dan de deelnemers aan het traject, duidt er ook op dat een goede gezondheidsbeleving een mogelijke voorwaarde is voor participatie in betaald werk. Echter,

de gezondheidsbeleving bepaalde maar een klein gedeelte van het functioneren van mensen in het werk. De verklaarde variantie van de verschillende gezondheidsindicatoren samen was beperkt: 7%. De duur van de werkloosheid bleek veel belangrijker voor het verklaren van het functioneren in het werk dan de gezondheidsbeleving.

Mensen die acht jaar of langer werkloos zijn geweest, functioneerden veel minder goed dan mensen die korter werkloos zijn geweest. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de leidinggevende inschat dat dergelijke personen vanwege hun minder recente werkervaring minder productief zijn, meer begeleiding nodig hebben of mogelijk vaker verzuimen. Door een langere werkloosheidsduur kunnen kennis en vaardigheden mogelijk verouderen (Groot et al., 2008).

De tweede onderzoeksvraag luidde: 'Hangt het functioneren van deze cliënten af van de aard van de gezondheidsklachten?' Deze vraag dient voornamelijk ontkennend beantwoord te worden. De aard van eventuele klachten voorafgaand aan plaatsing in het traject lijkt niet gerelateerd aan het functioneren in werk. Het hebben van angst- en depressieve klachten bleek onder invloed van sociaaldemografische kenmerken niet gerelateerd aan het functioneren in het werk. Onze resultaten geven dan ook geen aanleiding te denken dat psychische klachten als angst of depressie meer beperkend zijn voor het functioneren in werk dan bijvoorbeeld lichamelijke klachten. Resultaten uit eerdere studies (Vollebergh, De Graaf, Ten Have, Schoemaker, Van Dorsselaer et al., 2003) die lieten zien dat werknemers met psychische klachten slechter functioneerden in het werk, worden in deze studie niet gereproduceerd. Een mogelijke verklaring voor onze bevinding is de tijdsspanne tussen het meten van de verschillende kenmerken: de gezondheidstoestand van de deelnemers aan het traject is gemeten minimaal drie maanden voorafgaand aan de beoordeling van het functioneren, en niet op het moment van meting van het functioneren. Het is mogelijk dat eventuele psychische klachten afgenomen waren op het moment van het traject en de beoordeling door de leidinggevende. Onderzoek heeft laten zien dat depressie een 'natuurlijk' beloop kent: de helft van de mensen met een depressie herstelt daarvan spontaan binnen drie maanden en twee derde binnen zes maanden (Vollebergh et al., 2003). Onderzoeken hebben daarnaast aangetoond dat de psychische en fysieke gezondheid van werklozen verbetert wanneer zij werk vinden (Blonk, 2006; Hanisch, 1999; Schene, Weeghel, Van der Klink & Van Dijk, 2005; Wanberg, Glomb, Song & Sorenson, 2005; Waddell & Burton, 2006; Warner, 2001). Het plaatsen van de groep moeilijk bemiddelbare uitkeringsgerechtigden in een (gesubsidieerde) baan zou daarmee hun (psychische) gezondheid bevorderen: werk als middel tot herstel van gezondheidsklachten (Blonk, 2006). Het blijft overigens wel van belang in wat voor soort werk men hervat, het werk moet immers voldoende aansluiten bij de mogelijkheden en competenties van de werkzoekende (Hanisch, 1999; Nijhuis & Van Lierop 2007). Van der Ploeg (2005) bepleit dat het al of niet 'op traject zetten' van moeilijk bemiddelbare cliënten die een grote afstand tot de arbeidsmarkt hebben, niet zozeer bekeken zou moeten worden vanuit activering en uitstroom naar de arbeidsmarkt, maar eerder vanuit gezondheids- en welzijnsbevordering van deze groep cliënten. Om dergelijke gezondheidsbevorderende effecten van reïntegratietrajecten en/of gesubsidieerd werk te meten, en dan met name ook de duurzaamheid van het effect, zou naast het functioneren ook de gezondheid van deze groep cliënten periodiek in kaart gebracht moeten worden. Longitudinaal onderzoek waarin deze groep gevolgd wordt

tijdens het reïntegratietraject en na afloop van het traject, kan meer inzicht geven in de causale wisselwerking tussen gezondheid en functioneren.

In navolging hierop zou ook de groep uitvallers nader bestudeerd moeten worden. Deze groep was in eerste instantie wel geselecteerd voor deelname aan het experiment, maar haakte af voordat men daadwerkelijk van start ging in een werksituatie. Deze groep beoordeelde hun gezondheid als veel slechter dan de groep deelnemers. Daarnaast hadden zij minder (recente) ervaring met het doen van betaald werk. Bestudering van de groep uitvallers kan verder inzicht geven in factoren die bepalen hoe moeilijk bemiddelbare uitkeringsgerechtigden duurzaam gereïntegreerd zouden kunnen worden. Waarin verschillen moeilijk bemiddelbare uitkeringsgerechtigden die succesvol en duurzaam reïntegreren van diegenen die niet succesvol reïntegreren?

#### 424 *Beperkingen van deze studie*

Een belangrijke beperking van deze studie wordt gevormd door de selecties die hebben plaatsgevonden, deels door consultants voorafgaand aan instroom in het traject, maar ook door de (deels selectieve) uitval uit het traject. Het hebben van ernstige gezondheidsbeperkingen was bijvoorbeeld één van de criteria om mensen uit te sluiten van deelname aan het project. Voorts zijn de criteria die door consultants gebruikt werden om mensen te selecteren voor deelname aan het project, niet systematisch geregistreerd en deels onbekend. Met name de uitsluiting van 61 mensen nadat zij in eerste instantie wel waren geselecteerd voor deelname is onduidelijk. Daarnaast bleek uitval uit het traject niet willekeurig, maar gerelateerd aan gezondheidsindicatoren en werkverleden. Er lijkt daarmee sprake te zijn van enige selectiebias en dit beperkt de generaliseerbaarheid van onze conclusies naar de totale groep van moeilijk bemiddelbare bijstandsgerechtigden. Vanuit wetenschappelijk oogpunt is het wenselijk een zo groot mogelijke, aselechte groep van uitkeringsgerechtigden te onderzoeken om de gezondheidseffecten van deelname aan reïntegratietrajecten inzichtelijk te maken. Echter, in de praktijk selecteren gemeenten vaak de meest 'kansrijke' cliënten voor reïntegratietrajecten om een zo groot mogelijk uitstroom uit hun WWB-bestand te genereren. Uitkeringsgerechtigden die in de praktijk waarschijnlijk de meeste baat hebben bij deelname aan reïntegratietrajecten, namelijk de 'kansarmen', krijgen juist minder vaak een reïntegratietraject aangeboden (Hekelaar, Zwinkels & Braat, 2006). Dit maakt in zijn algemeenheid het doen van toegepast wetenschappelijk onderzoek op dit vlak lastig.

Naast genoemde selecties van deelnemers vermindert de relatief kleine steekproef de stevigheid van onze conclusies. Een kleine steekproef beperkt de hoeveelheid predicatoren die gelijktijdig bestudeerd kunnen worden en levert in algemene zin ook minder snel significante verschillen op. Omdat de instroom in subsidiebanen nog ongeveer twaalf maanden voortduurt, zullen de aantallen deelnemers in het traject nog verder toenemen. In toekomstige publicaties zal hierover gerapporteerd worden.

In dit onderzoek hebben we de relatie bestudeerd tussen gezondheidsbeleving en functioneren in het werk in een groep moeilijke bemiddelbare uitkeringsgerechtigden. Dit onderzoek vormt daarmee een eerste verkenning van de relaties tussen (een veelheid aan) psychosociale problemen waarmee mensen te maken kunnen hebben, gezondheid en functioneren, met als doel het bevorderen van de maatschappelijke

participatie van deze groep mensen. Samen met een aantal sociaaldemografische kenmerken verklaren gezondheidskenmerken ongeveer een kwart van de geobserveerde variantie in het functioneren. Een gedeelte van de variantie in het functioneren in werk blijft dus onverklaard. Om meer inzicht te krijgen in het functioneren in het werk is het nodig ook andere aspecten zoals motivationele kenmerken, attitudes of persoonlijkheidskenmerken, aspecten van de organisatie waar de cliënt werkt, de sociale omgeving en de kwaliteit van de reïntegratie-instrumenten mee in beschouwing te nemen (Wanberg, Hough & Song, 2002; Nijhuis & Van Lierop 2007).

Tot slot: ondanks de beperkingen van deze studie is het volgen van deze groep moeilijk bemiddelbare bijstandgerechtigden en hoe het hun vergaat in betaald werk een unieke kans om te leren over hoe deze mensen duurzaam maatschappelijk kunnen participeren. Vooralnog is dit het enige onderzoek waarbij deze groep WWB-cliënten wordt gevolgd in de tijd en waarbij een koppeling is gemaakt tussen gezondheid en functioneren in gesubsidieerd werk. Dit onderzoek leert dat gezondheidsproblemen een bescheiden belemmerende rol spelen in het functioneren in het werk. Dit is een hoopvolle bevinding, omdat dit aangeeft dat ook voor deze moeilijke groep uitkeringsgerechtigden er mogelijkheden tot betaald werk zijn. Het kunnen functioneren in het werk wordt over het algemeen erg laag ingeschat, vanwege de aanname dat gezondheidsklachten bij deze doelgroep de mogelijkheden tot arbeidsparticipatie ernstig belemmeren. Gezondheidsproblemen bleken echter minder belemmerend te zijn voor het functioneren in het werk dan verwacht. Bovenstaande inzichten hebben daarmee een belangrijke maatschappelijke, maar ook wetenschappelijke waarde. Verder onderzoek onder de groep moeilijk bemiddelbare uitkeringsgerechtigden is nodig om te zien waar hun arbeidsmarktkansen liggen.

425

### Praktijkbox

Wat betekenen de resultaten voor de praktijk?

- Gezondheidsproblemen blijken slechts een bescheiden rol spelen in het functioneren in gesubsidieerd werk van bijstandgerechtigden met een grote afstand tot de arbeidsmarkt. Gemeenten zouden niet op voorhand moeten selecteren op gezondheid bij het aanbieden van reïntegratietrajecten aan deze groep.
- Beoordeling van arbeidsmogelijkheden van mensen die lang werkloos zijn geweest, vereist andere inzichten dan die binnen de reguliere arbeidsongeschiktheidbeoordeling, die met name gericht is op de gezondheid en gezondheidsbeleving van cliënten.
- Werkloosheidsduur blijkt meer bepalend voor het functioneren in het werk dan gezondheid. Het is belangrijk voor gemeenten om te voorkomen dat mensen langdurig uit het arbeidsproces geraken. Het aanbieden van passende reïntegratietrajecten aan moeilijk bemiddelbare uitkeringsgerechtigden is daartoe een effectief middel.
- Dat een derde van een groep oudere bijstandgerechtigden die al geruime tijd werkloos zijn een grote stap richting werk weet te maken, laat zien dat de mogelijkheden van deze groep om te participeren in belangrijke mate wordt onderschat.

## Literatuur

- Bennenbroek, F., Paagman, H. & Hazelzet, A. (2007). Het meten van competenties bij de onderkant van de arbeidsmarkt: de ontwikkeling van een vragenlijst. *Gedrag & Organisatie*, 20, 196-211.
- Bijl, R.V. & Ravelli, A. (1998). Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Nemesis). *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 76, 446-457.
- Bijl, R.V., Van Zessen, G. & Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 50, 2453-2460.
- Blonk, R.W.B. (2006) *Het lukt niet zonder werk. Over psychische klachten, arbeidsparticipatie en herstel*. Inaugurale rede, Universiteit Utrecht.
- Brenninkmeijer, V., Blonk, R., Nieuwenhuijsen, K. & Beurs, E. de (2005). De waarde van de DASS bij verzuimbeleid: sensitiviteit en specificiteit van een psychopathologie-maat. *Gedrag & Organisatie*, 18, 210-227.
- CBS (2008). Statline. <http://statline.cbs.nl/>
- Divosa (2007). *Divosa-monitor 2007. Verschil maken. Drie jaar Wet Werk en Bijstand*. Utrecht: Divosa.
- Giesen, F., Lagerveld, S. & Bennenbroek, F. (2007). Langdurig werkloos = kansloos? Over de beweegbaarheid van het 'granieten bestand'. *Maandblad Re-integratie*, 12, 22- 25.
- Groot, I., De Graaf-Zijl, M., Hop, P., Kok, L., Fermin, B., Ooms, D. & Zwinkels, W. (2008). *De lange weg naar werk. Beleid voor langdurig uitkeringsgerechtigden in de WW en de WWB*. Den Haag: Raad voor Werk en Inkomen.
- Hanisch, K.A. (1999). Job loss and unemployment research from 1994 to 1998: a review and recommendations for research and intervention. *Journal of Vocational Behaviour*, 55, 188-220.
- Hazelzet, A.M., Penninga, M. & Bennenbroek, F.T.C. (2005). Gesubsidieerde arbeid: van blackbox naar whitebox. En wat daarvoor nodig is. *Werk & Inkomen*, 1, 12-15.
- Hekelaar, A., Zwinkels, W. & Braat, A. (2006). *De juiste klant op het juiste traject'. Een onderzoek naar de netto-effectiviteit van het Rotterdamse reïntegratiebeleid voor het ontwikkelen van klantprofielen*. Rotterdam: Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Hoff, S., Jehoel-Gijsbers, G. & Wildeboer-Schut, J. (2003). *De uitkering van de baan. Reïntegratie van uitkeringsontvangers: ontwikkelingen in de periode 1992-2002*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Huijs, J., Bennenbroek, F., Van Genabeek, J. & Giesen, F. (2009). Participatie: iedereen doet mee! *Sociaal Bestek*, 2, 17-22.
- König-Zahn, C., Furer, J.W. & Tax, B. (1993). *Het meten van de gezondheidstoestand: algemene gezondheid (deel 1)*. Assen: Van Gorcum.
- McKee-Ryan, F.M., Song, Z., Wanberg, C.R. & Kinicki, A.J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, 53-76.
- Nijhuis, F. & Van Lierop, B. (2007). Arbeidsintegratie en arbeidsrehabilitatie. In W. Schaufeli & A. Bakker (Red.), *De psychologie van arbeid en gezondheid* (p. 169-191). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Roe, R. (2007). Gezondheid en prestaties. In W. Schaufeli & A. Bakker (Red.), *De psychologie van arbeid en gezondheid* (p. 373-388). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Schene, A.H., Van Weeghel, J., Van der Klink, J.J.L. & Van Dijk, F. (2005). Psychische aandoeningen en arbeid: een vergelijking van interventies. *Psychopraxis*, 7, 110-115.
- SCP (2008). *Wel of niet aan het werk. Achtergronden van het onbenut arbeidspotentieel onder werkenden, werklozen en arbeidsongeschikten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Sytema, S. & Koopmans, P. (1998). *Psychische stoornissen in de volwassen bevolking. Een verkenning van omvang, gevolgen en kosten*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- SZW (2007). *Actieprogramma iedereen doet mee*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.



- Taris, T.W. (2002). Unemployment and mental health: A longitudinal perspective. *International Journal of Stress Management* 9, 1, 43-57.
- Van der Ploeg, M. (2005). *Gezondheidsbevordering bij uitkeringsgerechtigden. Inventarisatie van projecten en beschrijving van 20 good practices*. Woerden: NIGZ.
- Vollebergh, W., De Graaf, R., Ten Have, M., Schoemaker, C., Van Dorsselaer, S., Spijker, J. & Beekman, A. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Waddell, G. & Burton, A.K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London: TSO (The Stationery Office).
- Wanberg, C.R., Hough, L.M. & Song, Z. (2002). Predictive validity of a multidisciplinary model of reemployment success. *Journal of Applied Psychology*, 87, 1100-1120.
- Wanberg, C.R., Glomb, T.M., Song, Z. & Sorenson, S. (2005). Job-Search persistence during unemployment: a 10-wave longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, 90, 411-430.
- Warner, R. (2001). Work disincentives in US disability programs. *Journal of Mental Health*, 10, 405-406.

427

### **Health and job performance of people working in sheltered employment**

S. Oomens, T. de Jong & R. Blonk, *Gedrag & Organisatie*, volume 22, November 2009, nr. 4, pp. 411-427.

In order to reintegrate a group of people who have received social assistance benefits (WWB) for a long time, the city of Rotterdam started a project called 'Experiment Sheltered Employment'. In this study we investigate the relationship between health complaints and job performance among this group of former unemployed. Our sample consists of 97 people who are working in sheltered jobs. Three months after their placement in sheltered employment, their job performance has been evaluated by their employer. Our results show, that people who in general feel more vital and healthy do perform better in their jobs. The type of health complaints seemed to be unrelated to job performance. Although related, the contribution of health complaints to one's job performance appears to be modest. Job performance was mostly affected by the duration of the unemployment period.

**Key words:** re-employment, people on welfare, health complaints, labour participation, sheltered employment, job performance