



Universiteit Utrecht

Kelly Beurskens (5552869)

Bachelorproject Sociologie

Scriptiebegeleiders: Tali Spiegel &

Jornt Mandemakers

Tweede lezer: Marcus Kristiansen

Utrecht, juni 2017

CHRONISCH ZIEKEN OP DE ARBEIDSMARKT

werkt het beleid en wat is de invloed van SES?



Abstract

Het effect van de beleidsmaatregelen die in 2007 zijn doorgevoerd omtrent de arbeidsmarktparticipatie van chronisch zieken staan centraal in dit onderzoek. Aan de hand van de policy learning theorie werd er een stijging in arbeidsmarktparticipatie verwacht voor chronisch zieken. Ook werd er een modererend verband verwacht voor sociaal economische status. De economisch kapitaal theorie ondersteunt dit. In dit onderzoek zijn de beleidsveranderingen geoperationaliseerd aan de hand van tijd, gemeten in 2004 en 2013. De Survey of Health Ageing and Retirement (SHARE) is gebruikt om deze verbanden te meten. De resultaten tonen een negatieve relatie tussen chronisch ziek zijn en arbeidsmarktparticipatie en een stijging in arbeidsmarktparticipatie tussen 2004 en 2013. Deze stijging blijkt echter niet te verschillen tussen chronisch zieken en niet chronisch zieken. Er is geen effect van SES op de relatie tussen chronisch ziek zijn en arbeidsmarktparticipatie gevonden. Dit geldt ook voor het effect van SES over tijd voor chronisch zieken op arbeidsmarktparticipatie.

1. Inleiding

Chronisch zieken in Nederland participeren minder op de arbeidsmarkt dan gezonde mensen (Meulenkamp, Cardol, van der Hoek, Francke & Rijken, 2013). Slechts 25 procent van de chronisch zieken tussen de 18 en 64 heeft betaald werk en participeert dus op de arbeidsmarkt (Maurits, Rijken & Friele, 2013). Ongeveer 32 procent van de Nederlandse bevolking heeft zich in 2014 gemeld bij de huisarts in verband met een chronische ziekte (Rijksoverheid, 2016). Er wordt verwacht dat het percentage chronisch zieken in Nederland de komende jaren verder zal stijgen (Maurits et al., 2013). Ondanks dat het niet voor iedereen met een chronische ziekte mogelijk is om te werken zou 18 procent van de werkloze chronisch zieken wel graag willen werken (Maurits et al., 2013). Deze groep mensen die een ziekte hebben met weinig of geen uitzicht op volledig herstel (Rijksoverheid, 2016) is dus ongewenst werkloos. Slechts 8 procent van de werkloze chronisch zieken tussen de 40 en 65 jaar ervaart werkloos zijn als problematisch. Uit onderzoek van het Nivel blijkt dat het percentage ongewenst werkloze het hoogst is voor chronisch zieken tussen de 18 en 39 jaar, namelijk 37 procent (Maurits et al., 2013).

Volgens Sorgdrager (2016), is een reden van de lagere arbeidsmarktparticipatie van chronisch zieken het onvermogen om te voldoen aan de eisen van een werkgever. Chronisch zieken kunnen zich vaak onvoldoende aanpassen aan veranderende omstandigheden. Dit vergt een creatieve aanpak van de inrichting van arbeids- en bedrijfsprocessen. Buiten de gezondheidsbarrière die chronisch zieken hebben bij het vinden van werk zijn er ook andere problemen. Zowel de arbeidsmarkt, het aanbod van werk en de wil van de werkgever om samen met chronisch zieken naar passend werk te kijken hebben invloed op de arbeidsmarktparticipatie (Driever, 2010). Een ander probleem waar chronisch zieken tegenaan lopen is discriminatie op de arbeidsmarkt (Mink, 2010).

De verzorgingsstaat heeft plaats gemaakt voor nieuwe beleidsmaatregelen die onderdeel zijn van een overkoepelende term: de participatiemaatschappij. Het doel van de participatiemaatschappij is om alle burgers in Nederland op alle vlakken, dus zowel maatschappelijk, sociaal en economisch, meer te laten participeren. Deze veranderingen zijn met name in de sociale zekerheid en langdurige zorg zichtbaar, maar moeten voor iedereen draaglijk zijn (Ministerie van Algemene zaken, 2013). Een van de doelen van de participatiemaatschappij is dan ook het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en deze betaalbaar te houden voor mensen met een chronische ziekte. Buiten de bevordering van maatschappelijke participatie van chronisch zieken, zijn er in 2007 meerdere beleidsmaatregelen genomen met als doel om de arbeidsmarktparticipatie van chronisch zieken te verhogen (Ursum, Heijmans, Cardol & Schellevis, 2011).

Met het oog op de verwachte stijging van het aantal chronisch zieken in Nederland (Maurits et al., 2013), zou meer arbeidsmarktparticipatie voor deze groepde benodigde zorg voor chronisch zieken betaalbaar moeten houden. Het is dus belangrijk om te onderzoeken of deze beleidsmaatregelen ook echt

hun doel bereiken. Buiten het belang op macro niveau, de Nederlandse samenleving, is er ook belang op micro niveau om de werking van deze beleidsmaatregelen te onderzoeken. De arbeidsmarktparticipatie van chronisch zieken ligt zoals eerder genoemd veel lager dan die van gezonde mensen, terwijl een deel van deze chronisch zieken wel zou willen werken. Chronisch zieken ervaren deze situatie zelf als problematisch. Om te kijken of deze problemen nog steeds aan de orde zijn en om hierop in te kunnen spelen, is het nodig om onderzoek te doen.

Door de recente veranderingen in het beleid is er weinig onderzoek te vinden in dit specifieke onderzoeksveld. Zowel Besseling (2008) en Achterberg, Holwerda, Verhoof en Wind (2010) hebben onderzoek gedaan naar arbeidsmarktparticipatie onder jonggehandicapten in Nederland. Achterberg, Wind, de Boer en Frings-Dresen (2009) publiceerden al eerder een artikel over factoren die voor jonggehandicapten van invloed zijn op arbeidsmarktparticipatie. Uit het onderzoek van Duinkerken, Wesdorp en van der Woude (2009), komt naar voren dat de motivatie om te werken vaak ontbreekt bij Wajongers. Verder wordt er een negatief verband gevonden tussen arbeidsmarktparticipatie en chronisch zieke mensen (Meulenkamp et al., 2013) Echter geven geen van deze artikelen een vergelijking over meerdere jaren. In onderzoek waarin dat wel aan de orde is, gericht op de periode tussen 2000 en 2005 wordt een dalende trend in arbeidsmarktparticipatie gevonden (Besseling, de Vroome, Klein Hesselink & Sanders, 2007). Onderzoek naar soortgelijke onderwerpen zijn met data uit het Verenigd Koninkrijk ook uitgevoerd (Hyde, 2000; Bell & Heitmueller, 2008). Uit een studie over arbeidsmarktparticipatie in verschillende landen kwam naar voren dat chronisch zieken meer worden uitgesloten en disproportioneel vaak tot de armste in landen behoren (Yeo & Moore, 2003).

Hebben de beleidveranderingen het gewenste effect gehad? Is er een stijging in arbeidsmarktparticipatie onder chronisch zieken? Antwoord op deze vragen komen in eerder onderzoek niet naar voren, dit heeft geleid tot de eerste onderzoeksvraag: *Is de arbeidsmarktparticipatie onder Chronisch zieken veranderd tussen 2004 en 2013?*

De percentages van participerende chronisch zieken zijn hoger voor hoger opgeleiden dan voor lager opgeleiden (Maurits et al., 2013). Er is een versterking van het negatieve effect van chronische aandoeningen op participatie gevonden voor bepaalde zwakke groepen, zoals mensen met een lage Sociaal Economische Status (Schuring, Robroek, Otten, Arts, & Burdorf, 2013). In het onderzoek van Mackenbach (2006) wordt gekeken naar de gevolgen van de verzorgingsstaat. Ongelijkheid zou in eerste instantie zijn afgenomen, vervolgens de laatste decennia weer toegenomen. Deze ongelijkheid heeft volgens hem een doorwerking op andere vlakken, waaronder arbeidsmarktparticipatie. Er is verder nog weinig bekend over het effect Sociaal Economische Status op de arbeidsmarktparticipatie van chronisch zieken heeft. Ook ontstaat er de vraag wat het veranderde beleid omtrent arbeidsmarktparticipatie met het effect van sociaal economische status op dit probleem doet. De tweede onderzoeksvraag is dan ook: *Wat*

is het effect van SES op de arbeidsmarktparticipatie van chronisch zieken tussen 2004 en 2013?

Met behulp van de Survey of Health Ageing and Retirement (SHARE) kan de invloed van het beleid op arbeidsparticipatie en de invloed van sociaal economische status worden onderzocht. De eerste en vijfde wave van de SHARE data zullen hiervoor worden gebruikt, deze werden afgenomen in 2004 en 2013.

2. Theoretisch kader

2.1 Policy learning

Volgens Döhler moeten beleidsveranderingen niet als opzichzelfstaande politieke gebeurtenissen worden gezien, maar als een lang proces van opeenstapelende veranderingen (1995). Dit sluit aan op de ideeën die er binnen policy learning zijn. Hall (1993) definieert policy learning als een overwogen poging om de doelen en middelen van beleid te veranderen als reactie op eerdere gebeurtenissen en nieuwe informatie. Wanneer beleidsveranderingen plaatsvinden is er sprake van leren (Hall, 1993). Drie vragen staan hierbij centraal: wie leert er? Wat wordt er geleerd? En wat zijn de effecten van het leren? Hall onderscheidt ook drie soorten veranderingen: eerste, tweede en derde-rangs veranderingen. Eersterangs veranderingen zijn de kleine technische veranderingen om beleidsontwikkelingen gaande te houden. Veranderingen van de tweede rang kunnen gekenmerkt worden door het reorganiseren van de institutionele regels. De eerste twee rangen worden door de auteurs gekenmerkt als normaal beleid (Helderman, Schut, van der Grinten & van de Ven, 2005), waarmee ze alledaagse, kleinere veranderingen in beleid bedoelen. De derde rang is de omslag naar een heel ander soort beleid. Specifieker gezegd zijn de eerste en tweede rang, veranderingen binnen een groter beleidskader en de derde-rangs veranderingen zijn een verandering van het complete kader. Hall is echter niet de enige auteur die over policy learning schrijft. Bennett & Howlett vergelijken in hun artikel vijf verschillende benaderingen van policy learning, aan de hand hiervan hebben zij een schema gemaakt waarin onderscheid wordt gemaakt tussen drie soorten (1992). In figuur 1 is dit schema te zien. Staten leren op drie verschillende manieren, waarin ze verschillende dingen leren en dus in verschillende veranderingen zullen resulteren. De derde-rangs veranderingen waarover Hall het heeft zijn veranderingen in paradigma's en dus toe te wijzen aan social learning.

Bennett en Howlett (1992) lichten hun tabel, figuur 1, zelf niet uitgebreid toe, toch is er een vergelijking te maken tussen de drie manieren die ze gebruiken en de drie rangen die Hall beschrijft. De eerste rang kan gekoppeld worden aan governmental learning van Bennett en Howlett. Beiden zien deze beleidsveranderingen als kleine veranderingen in de uitvoering en het proces van bestaand beleid. Het idee en de middelen van het beleid blijven bestaan, maar het proces wordt veranderd. De tweede rang is te vergelijken met Lesson drawing, beide veranderingen kijken naar de middelen waarmee het beleid het doel probeert te bereiken. De laatste lijn is zoals eerder al genoemd te trekken tussen de derde rang van Hall en social learning van Bennett en Howlett, vanwege de verandering van het gehele kader. Dit zijn de ideeën en doelen van beleid, waarbinnen ander beleid wordt gevormd.

Learning type	Who learns	Learn what	To what effect
Governmental learning	State officials	Process-related	Organizational change
Lesson drawing	Policy networks	Instruments	Program change
Social learning	Policy communities	Ideas	Paradigm shift

Fig. 1. Drie soorten leren en beleidsveranderingen (Bennett & Howlett, 1992).

Volgens Lakatos (1978) zou policy learning tot een progressieve problem shift moeten leiden en niet tot een degenererende, pas dan is het succesvol. Wanneer de werkende aspecten uit oud beleid zijn gebleven en de niet werkende aspecten zijn vervangen of veranderd betekent dit dat er volgens Lakatos gesproken kan worden van een succesvol proces van leren. Een succesvol proces van policy learning geeft het succes van beleid aan (Bennett & Howlett, 1992).

Helderman et al. (2005) geven in hun onderzoek aan dat er, van 1988 tot 2001, in Nederland eigenlijk geen derderangs veranderingen voorkomen. Oorzaken hiervoor zijn het politieke stelsel in Nederland, waarin door de samenwerking van partijen geen grote veranderingen worden gemaakt. Er is nooit één partij met de gehele macht, dus een verandering in paradigma is bijna niet te bereiken. De grote vooruitstrevende veranderingen in de zorg die in het verleden zijn gemaakt zijn het resultaat van vele eerste en tweederangs veranderingen in plaats van meerdere kleine (Helderman et al. 2005).

Beleid is succesvol zolang policy learning maar leidt tot een progressieve “problem shift” volgens Lakatos (1978). Wanneer beleid leidt tot een degenererende “problem shift” kan het beleid als niet succesvol worden omschreven. Echter, het is niet waarschijnlijk dat bij de aanwezigheid van meerdere mogelijke conflicten tussen beleidsdoelen, het oude beleidsprogramma compleet vervangen zal worden door een nieuw beleidsprogramma. Het nieuwe beleidsprogramma moet eerst zijn legitimiteit en effectiviteit bewijzen, om langere en volledige politieke ondersteuning te krijgen (Helderman et al., 2005).

In Nederland zijn er tussen 2000 en 2005 een aantal eerste en tweederangs veranderingen doorgevoerd met betrekking tot arbeidsmarktparticipatie onder chronisch zieken (Besseling et al. 2007). Zo is in 2002 de wet verbetering poortwachter ingesteld, waarin verplicht werd gesteld dat er al in het begin van de verzuimperiode een plan van aanpak gemaakt moest worden. In 2004 is Wet verlenging loondoorbetaling bij ziekte (VLZ) doorgevoerd, waarin werkgevers en werknemers de eerste twee jaar verantwoordelijk waren voor een zo spoedig mogelijke terugkeer naar de arbeidsmarkt (Besseling et al. 2007). In deze tijd waren verder de inmiddels afgeschafte of veranderde Wet Op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO), Wet op de re-integratie arbeidsgehandicapten (REA) en Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong) regelingen nog van kracht. Uit het onderzoek van Besseling et al. (2007) en dat van Cuijpers en Lautenbach (2006) blijkt dat de arbeidsmarktparticipatie van chronisch zieken in deze

periode is gedaald, terwijl het aantal chronisch zieken gelijk is gebleven. Ondanks de veranderingen in beleid is de arbeidsmarktparticipatie niet gestegen. Oorzaken hiervoor worden gevonden in de verschuiving voor de arbeidsmarkt, de verzwakte economie en het falen van beleidsmaatregelen (Besseling et al. 2007).

Dit falen van beleidsmaatregelen leidt tot ruimte voor een leerproces binnen het beleid, policy learning. Dit proces heeft geresulteerd in de maatregelen die rond 2007 werden genomen. Zo is de sinds 1968 bestaande Wet Algemene Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) na een stijging van kosten, 24 procent tussen 2003 en 2007, in 2007 aangepast om kosten te besparen (Ursum et al., 2011). Buiten de wijzigingen in de AWBZ zijn er ook twee nieuwe wetten met betrekking tot chronisch zieken ingevoerd. De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), ingevoerd in 2007, houdt zich bezig met het zo lang mogelijk zelfstandig wonen en sociale participatie van chronisch zieken. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van deze wetten en de al door de gemeente uitgevoerde Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) en de Welzijnswet zijn komen te vervallen.

De Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) vervangt de oude Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO), deze werd in 1966 ingevoerd en was tot eind jaren 80 erg coulant, hierdoor was de instroom groot. De criteria om in aanmerking te komen voor een WAO uitkering zijn verschillende keren aangescherpt. De vervangende WIA richt zich meer op (re)integratie in de maatschappij door, in tegenstelling tot WAO, onderscheid te maken tussen mensen die waarschijnlijk slechts tijdelijk arbeidsongeschikt zijn en mensen die naar verwachting volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn (Ursum et al. 2011). Voor de eerste groep mensen is er de regeling Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten (Wga), dit is een uitkering die zo is gemaakt dat het altijd meer loont om wel te gaan werken. Deze groep is verder verplicht om werk te zoeken en passend werk te accepteren. Om de re-integratie verder te ondersteunen, wordt er binnen de WIA gebruik gemaakt van middelen zoals jobcoaches voor werknemers met een arbeidshandicap, een no-risk polis voor werkgevers en de mogelijkheid tot een proefplaatsing. Werkgevers krijgen premiekorting voor het in dienst nemen of houden van arbeidsongeschikten (Ursum et al. 2011). Verder is met de komst van de WIA, de Wet Re-integratie arbeidsgehandicapten (Wet Rea) komen te vervallen, deze is deels overgeheveld naar de WIA en deels naar de wet Wajong. Ook in deze laatste, al bestaande, wet zijn aanpassingen gemaakt. Waar mensen eerst bij 18 jaar al volledig arbeidsongeschikt werden verklaard, wordt er nu gebruik gemaakt van een participatieplan en tussentijdse evaluaties (Ursum et al. 2011). Al deze aanpassingen in het beleid omtrent chronisch zieken zouden het doel moeten hebben om de arbeidsmarktparticipatie van mensen met chronische aandoeningen te vergroten.

Dit doel is ook al in kleine mate naar voren gekomen bij de wetsveranderingen in 2002 en 2004. Er is dus geen sprake van een paradigm shift zoals Hall die beschrijft, de ideeën zijn langzaam in het beleid

geïmplementeerd. De middelen waarmee de doelen beoogd te worden gehaald verschillen wel. Waar de beleidsmaatregelen tussen 2000 en 2005 de verantwoordelijkheid voor re-integratie op de arbeidsmarkt nog gelegd werd bij werkgevers en werknemers, worden er binnen de WIA meer stappen vanuit gemeente en overheid genomen om hierbij te ondersteunen (Ursum et al. 2011). Ook worden jongeren niet meer volledig afgekeurd wanneer ze 18 zijn, er wordt gebruik gemaakt van een participatieplan en tussentijdse evaluaties. De nieuwe wetten en veranderingen zijn meer dan de oude gefocust op arbeidsmarktparticipatie. Deze verandering van middelen en beleid kan het beste worden gekoppeld aan lesson drawing, een van de types van policy learning die Bennett en Howlett (1992) beschrijven (zie fig. 1). Lesson drawing gaat uit van een instrumentale verandering die resulteert in een verandering van het programma.

Vogels en van Trier (2003) hebben onderzoek gedaan naar de factoren die van invloed zijn op de effectiviteit van arbeidsmarktparticipatiebeleid. Individuele begeleiding is een van de genoemde factoren die een grote invloed heeft op het vinden van werk. In tegenstelling tot het oude, onsuccesvolle beleid, is hier in de aanpassingen van 2007 wel ruimte voor. Onder de beleidsinstrumenten van de WIA worden jobcoaches aangesteld die samen met werkloze chronisch zieken op zoek gaan naar het vinden van een passende baan (Ursum et al. 2011). Een andere factor die samenhangt met de individuele begeleiding is de omvang van het programma. Volgens Vogels en van Trier (2003) bieden grote programma's vaak weinig ruimte voor individuele begeleiding en zijn daardoor minder effectief. In het nieuwe beleid is ook op dit vlak geleerd van vorig beleid. De verantwoordelijk voor de specifieke invulling van veel van de nieuwe wetten, zoals de WIA, ligt namelijk niet meer op landelijk, maar op gemeentelijk niveau (Ursum et al. 2011). Zoals eerder besproken werd de verantwoordelijkheid voor re-integratie in de VLZ bij de werkgevers en werknemers gelegd. In het nieuwe beleid zijn een proefplaatsing en no-risk polis aangesteld die het proces voor werkgevers moeten vergemakkelijken en het risico verlagen. Dit sluit aan bij de ideeën van Vogels en van Trier, die constateren dat arbeidsmarktparticipatiebeleid het meest effectief is, wanneer werkgevers hier een zo groot mogelijke rol in hebben. De wet Wajong is slechts gedeeltelijk aangepast, chronisch zieken jongeren vallen nog steeds onder een speciale regeling. Beleid werkt namelijk beter wanneer het gericht is op een specifieke doelgroep (Vogels & van Trier, 2003). Dit is bewaard gebleven in het nieuwe beleid.

De in eerder beleid gebruikte instrumenten, bijvoorbeeld de VLZ, bereikten niet het juiste doel. Hier hebben de overheid en andere beleidsmakers van kunnen leren. Deze wetten zijn aangepast met de bedoeling het doel wel te bereiken, namelijk de arbeidsmarktparticipatie te verhogen onder chronisch zieken. Wanneer er gekeken wordt naar de invloeden op de effectiviteit van vergelijkbaar beleid, zijn er overeenkomsten tussen deze factoren en de beleidsinstrumenten van het nieuwe participatiebeleid. De niet werkende delen van het oude beleid zijn veranderd of vervangen en de werkende delen zijn gebleven. Er

is dus, om terug te komen op Lakatos (1978), sprake van succesvol policy learning. De nieuwe beleidsmaatregelen zouden er beter dan de oude voor moeten zorgen dat er meer chronisch zieken deelnemen op de arbeidsmarkt. Hieruit kan de volgende hypothese worden afgeleid:

Hypothese 1. De arbeidsmarktparticipatie van chronisch zieken is gestegen na verandering van het beleidsprogramma in 2007.

2.2 Economisch kapitaal theorie

Er zijn drie vormen van kapitaal volgens Bourdieu (1986), sociaal, economisch en cultureel kapitaal. Economisch kapitaal bestaat uit alle financiële middelen die een persoon tot zijn beschikking heeft. Des te meer financiële middelen, des te groter de invloed en macht die een persoon kan uitoefenen. Meerdere factoren versterken de manieren om financiële middelen te vergaren. Buiten een combinatie van een goede opleiding en hard werken, is ook de afkomst van een persoon belangrijk. Kinderen van ouders met hoog economisch kapitaal hebben een grotere kans om zelf ook een hoog economisch kapitaal te verkrijgen. In gezinnen met minder financiële middelen zijn er minder mogelijkheden tot het vergaren van economisch kapitaal (Bourdieu, 1986). Kinderen in deze gezinnen hebben vaak geen eigen plek om te leren. Verder zijn de spel- en leermogelijkheden in de buurt vaak beperkt omdat er in de buurten waarin ze wonen meer arme kinderen wonen. Dit heeft een negatief effect op de leermogelijkheden van kinderen en deze beperkte leermogelijkheden hebben op hun beurt weer een negatief effect op de kansen om financiële middelen te vergaren (Bourdieu, 1986).

Mensen die geen toegang hebben tot economisch kapitaal, hebben dus verlaagde educatieve mogelijkheden. Hierdoor zijn mensen met een lage sociaal economische status, SES, gemiddeld lager opgeleid dan mensen met een hoge SES. Fysiek zwaar werk komt meer voor bij lager opgeleiden dan bij hoogopgeleiden (Dorenbosch, Huiskamp & Smulders, 2011).

Door hun vaak lichamelijke beperkingen zijn chronisch zieken vaak niet in staat om fysiek zwaar werk te verrichten (Maurits, Rijken & Friele, 2013). Vanwege de verkleinde kans op een baan zonder fysieke belasting voor laag opgeleiden, is het voor chronisch zieken in deze groep lastiger om geschikt werk te vinden. Voor chronisch zieken met een lage SES is het dus moeilijker om een passende baan te vinden. Hierdoor wordt verwacht dat de werkloosheid hoger is voor chronisch zieken met een lage SES.

Hypothese 2. Voor mensen met een lage Sociaal Economische status zal het effect van chronisch ziek zijn op arbeidsmarktparticipatie een negatiever effect hebben.

Hypothese 3. Het effect van Sociaal economische status op de relatie tussen chronisch ziek zijn en arbeidsmarktparticipatie is gestegen na de beleidsveranderingen in 2007.

3. Methoden

De Survey of Health Ageing and Retirement (SHARE) zal gebruikt worden voor het toetsen van de hypothesen. SHARE is een multidisciplinaire database waarin de Europese bevolking van 50 jaar en ouder centraal staat. Sinds 2004 wordt er ongeveer elke twee jaar onderzoek gedaan naar gezondheid socio-economische positie en sociale netwerken. De SHARE vragenlijst wordt afgenomen in 28 landen, waarvan 27 Europese landen en Israël. Financiering van dit onderzoek wordt onder andere gedaan door de Europese Commissie, het U.S. National Institute on Aging en het Duitse Ministerie voor Educatie en Onderzoek. De data van de eerste vijf waves is verzameld door middel van het afnemen van interviews bij respondenten thuis, hierdoor waren ook lichamelijke tests mogelijk. Binnen huishoudens zijn alle inwoners van 50 jaar of ouder geselecteerd en hun partners ongeacht hun leeftijd.

Voor dit onderzoek is data van de eerste wave in 2004 en de vijfde, meest recente, wave in 2013 gebruikt. De gekozen waves kunnen het verschil ruim voor en ruim na invoering van de beleidsveranderingen in 2007 goed weergeven. De reden hiervoor is dat er tijd nodig is om beleidsveranderingen te implementeren. Een voorbeeld hiervan is de eigen ruimte die gemeenten krijgen om invulling te geven aan de nieuwe participatiewetten, bij de invoering van deze wetten zijn de eigen invullingen van de gemeenten nog niet doorgevoerd. Verder wordt er binnen het beleid gebruik gemaakt van tijdrovende middelen zoals jobcoaches. Het beleid geeft mensen na invoering niet ineens een nieuwe baan, maar hulpmiddelen om een baan te vinden en dat kost tijd (Ursum et al. 2011).

Vanwege de opdeling van het SHARE databestand in waves en onderwerpen zijn er voor dit onderzoek meerdere datasets samengevoegd tot één databestand. Vanwege de focus op beleidsveranderingen in Nederland zijn in dit onderzoek alleen Nederlandse respondenten meegenomen, dit waren er 2968 in wave 1 en 4168 in wave 5. Verder zijn alleen de respondenten tot en met 65 jaar meegenomen, met de reden dat 65 jaar de gerechtigde pensioenleeftijd was op het moment van de dataverzameling. Dit betekent dat er bij wave 1 1887 respondenten overblijven en bij wave 5, 2097 respondenten. Alle respondenten met een geldige waarden op alle variabelen zijn meegenomen in de analyses, dit betekent dat alle antwoorden zoals: weet ik niet en weigering, niet mee zijn genomen in het onderzoek. Het totaal aantal respondenten dat is meegenomen in dit onderzoek is hierdoor in totaal 3240. Hiervan komen 1566 respondenten uit wave 1 en 1674 respondenten uit wave 5.

3.1 Operationalisering

De afhankelijke variabele in dit onderzoek is arbeidsmarktparticipatie. De arbeidsmarktparticipatie wordt bij zowel wave 1 als 5 gemeten aan de hand van de variabele: Wat is je huidige werksituatie? De antwoordcategorieën in de originele variabele zijn als volgt: Gepensioneerd, Werkend of Zelfstandig ondernemer (inclusief werken voor een familiebedrijf), Werkloos, Permanent ziek of gehandicapt,

Huishouden, Anders. Voor dit onderzoek zijn de antwoordmogelijkheden aangepast naar een variabele met twee antwoordcategorieën. De vraag luidt als volgt: maak je deel uit van de werkende beroepsbevolking? Met de antwoordmogelijkheden 0.nee en 1.Ja. Onder ja vallen werkend en zelfstandig ondernemer. Onder nee vallen werkloos, permanent ziek of gehandicapt en huishouden. De gepensioneerden en de antwoordcategorie anders zijn als missings genoteerd, omdat deze niet relevant zijn voor dit onderzoek.

De veranderingen in beleid zijn de onafhankelijke variabelen, omdat direct effect beleid lastig te meten is (BRON), worden deze veranderingen gemeten aan de hand van een voor en na meting in 2004 en 2013. Tijd is dus de gebruikte variabele, in die variabele is het antwoord 0. de eerste wave en dus 2004 en 1. wave 5 en dus 2013.

Om er voor te zorgen dat deze veranderingen ook daadwerkelijk gemeten worden, is er een controle groep: de niet chronisch zieken. Deze variabele was oorspronkelijk de variabele: ben je langdurig ziek? Ja en Nee. deze is veranderd naar een logischere variabele met de twee antwoordmogelijkheden 0. Ja en 1. nee.

Er is ook een modererende variabele aanwezig in dit onderzoek, namelijk Sociaal Economische Status. Dit wordt meestal gemeten aan de hand van inkomen, beroep en opleiding, echter is dat in dit geval niet wenselijk, omdat zowel inkomen als beroep in sterke mate verbonden zijn met arbeidsmarktparticipatie. Hierdoor kan er geen duidelijk beeld van het modererende effect gemeten worden (Shavers, 2007). In plaats van inkomen is ervoor gekozen om SES te meten aan de hand van opleidingsniveau. De variabele die dit in wave 1 meet is: Wat is uw hoogst genoten opleiding? Basisonderwijs, VGLO of LAVO, Voortgezet (speciaal) onderwijs, HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS, Lyceum, Lager beroepsonderwijs, Middelbaar beroepsonderwijs, Hoger beroepsonderwijs, hoger beroepsonderwijs, 2^e fase Wetenschappelijk onderwijs (universiteit), Speciaal onderwijs, Leerlingwezen, nog geen diploma/ volgt nu onderwijs, geen en Andere opleiding, zijn de antwoordmogelijkheden in de oorspronkelijke variabele. Deze variabele is voor de analyse omgezet naar opleidingsniveau in geschatte jaren. Speciaal onderwijs, leerlingwezen en andere opleiding zijn als missing gerapporteerd.

In wave 5 is deze variabele gesplitst in twee vragen. De eerste vraag meet welke school de respondent heeft afgemaakt en de tweede welke vervolgopleiding de respondent heeft afgemaakt. Deze twee vragen zijn samengevoegd tot een variabele die overeenkomt met de variabele in wave 1. Naar het opleidingsniveau van respondenten wordt alleen gevraagd wanneer zij voor het eerst meedoen aan het onderzoek, om de hierdoor ontstane missende antwoorden op te lossen in wave 5 wordt het antwoord op deze vraag uit alle voorafgaande waves meegenomen. Deze variabelen zijn aangepast op dezelfde manier als wave 1.

De controlevariabelen die worden meegenomen in dit onderzoek zijn geslacht en leeftijd. Geslacht wordt meegenomen omdat er een verschil in, het effect van de beleidsveranderingen op, arbeidsmarktparticipatie kan zijn tussen mannen en vrouwen. Uit onderzoek van Vogels en van Trier (2003) is naar voren gekomen dat beleidsinstrumenten vaak beter werken voor vrouwen dan voor mannen. Voor controlevariabele leeftijd is gekozen omdat chronische ziektes en werkloosheid vaker voorkomen naarmate men ouder wordt (CBS, 2014). Ook wordt er gecontroleerd naar de last die mensen de laatste zes maanden ondervonden hebben van hun chronische ziekte. Dit wordt gedaan omdat de arbeidsmarktparticipatie daalt naarmate mensen meer last ondervinden van ziekten (Maurits et al., 2013).

Geslacht wordt gemeten aan de hand van de dichotome variabele man of vrouw, deze is omgezet in 0. Man en 1. Vrouw.

Voor leeftijd wordt de variabele geboortjaar gebruik. Om de leeftijd mee te kunnen nemen in het onderzoek is er een formule gemaakt waarin het geboortjaar van de respondent van het jaar waarin de dataverzameling plaatsvond wordt afgetrokken. De formule luidt als volgt: jaar wave – geboortjaar = leeftijd. In Tabel 1 zijn de belangrijkste statistische gegevens over de in dit onderzoek gebruikte variabelen te vinden.

Tabel 1

Beschrijvende statistieken Wave 1 en 5 samen

Variabelen	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	SD
<i>Afhankelijke Variabele</i>					
Arbeidsmarktparticipatie	3240	0	1	.615	
<i>Onafhankelijke variabele</i>					
Chronisch ziek zijn	3240	0	1	.437	
Tijd	3240	0	1	.526	
<i>Modererende variabele</i>					
SES (Opleiding in jaren)	3240	0	17	6.580	5.306
<i>Controle variabele</i>					
Leeftijd	3240	32	65	57.554	4.879
Geslacht	3240	0	1	.567	

3.2 Analyse beschrijving

Voor alle modellen zal er gebruik worden gemaakt van logistische regressies, dit omdat in alle hypothesen de afhankelijke variabele, arbeidsmarktparticipatie, dichotoom is. Dit betekent dat er slechts twee antwoordmogelijkheden zijn. Allereerst wordt er een logistische regressie uitgevoerd met de variabelen tijd en chronisch ziek zijn. Deze zal gebruikt worden om de interactie effecten van de hypothesen te testen. Om de eerste hypothese te testen zal dezelfde logistische regressie worden uitgevoerd. Hierin wordt getoetst voor een stijging in arbeidsmarktparticipatie in de voor- (2004) en na (2013) meting met een interactie effect van tijd en chronisch ziek zijn. Vanwege de richting van deze hypothese zal er eenzijdig worden getoetst met een significantieniveau van vijf procent.

Hypothese 2 wordt getoetst aan de hand van een interactie effect. Er wordt gekeken naar het modererend effect van Sociaal economische status op het verschil in arbeidsmarktparticipatie in wave 1 en wave 5. De meegenomen variabelen zijn arbeidsmarktparticipatie, tijd gemeten aan de hand van waves en SES, waarbij SES met chronisch ziek zijn de interactievariabele zal zijn. Ook bij deze variabele wordt er eenzijdig getoetst met een significantieniveau van vijf procent.

Voor hypothese 3 wordt er ook gebruik gemaakt van een interactie effect. Dit interactie effect zal bestaan uit een interactie tussen drie variabelen, namelijk tijd SES en chronische ziekte. De hypothese wordt eenzijdig gemeten en het significantieniveau zal ook voor deze analyse vijf procent zijn.

In alle analyses wordt gecontroleerd voor de variabelen leeftijd en geslacht. Deze controlevariabelen worden meegenomen om neveneffecten van de analyses te voorkomen.

4. Resultaten

Voor het uitvoeren van de analyses zijn er eerst assumpties getoetst. De Variance Inflation Factors (VIF) die testen voor multicollineariteit lagen allemaal rond de 1, dit betekend dat er slecht een hele kleine kans is op multicollineariteitsproblemen. De variabelen hoeven dus niet gecentreerd te worden. Daarnaast is er voor alle variabelen gekeken of ze normaal verdeeld zijn. Leeftijd is enigszins scheef verdeeld, dit komt door het filteren van alle mensen boven de 65 en het feit dat de onderzoeksgroep ouderen zijn. Ook opleidingsniveau over jaren zijn niet helemaal normaal verdeeld. Verder zijn alle over het algemeen variabelen normaal verdeeld. Er is ook getest voor homoscedasticiteit, de residuen zijn normaal verdeeld. Er is niet getest voor outliers, de enige variabelen die als continue gezien kunnen worden, leeftijd en opleidingsniveau, zijn namelijk gefilterd.

Tabel 2

Overzicht hypotheses

H1	De arbeidsmarktparticipatie van chronisch zieken is gestegen na verandering van het beleidsprogramma in 2007.
H2	Voor mensen met een lage Sociaal Economische status zal het effect van chronisch ziek zijn op arbeidsmarktparticipatie een negatiever effect hebben.
H3	Het effect van lage Sociaal economische status op de relatie tussen chronisch ziek zijn en arbeidsmarktparticipatie is gestegen na de beleidsveranderingen in 2007.

De resultaten worden besproken aan de hand van de drie hypotheses. Er zijn vier modellen gebruikt om de hypotheses te testen. Een samenvatting van de resultaten is te zien in tabel 3.

In model 1 van tabel 3 is er gekeken naar de relatie tussen arbeidsmarktparticipatie over tijd en het hebben van een chronische ziekte. Uit dit model is gebleken dat er een significante negatieve relatie is tussen arbeidsmarktparticipatie en het hebben van een chronische ziekte ($B = -.979$, $Wald = 134.732$, $P = .000/2$, $OR = .376$). Dit betekent dat de kans voor chronisch zieken een 0.376 maal kleinere kans hebben op werk dan niet chronisch zieken. Ook tussen tijd en arbeidsmarktparticipatie is er een significante relatie gevonden, deze is positief ($B = 2.807$, $Wald = 228.269$, $P = .000/2$, $OR = 16.553$). De kans om werkend te zijn is dus 16.553 maal zo groot in 2013 ten opzichte van 2004. Het aantal werkenden is dus gestegen tussen 2004 en 2013. Beide relaties hebben een verklaarde variantie van 8,6% ($R^2 = .086$).

Voor de eerste hypothese is er een interactievariabele van tijd en chronisch ziek zijn geconstrueerd om de relatie van tijd en chronisch ziek zijn op arbeidsmarktparticipatie te toetsen. De resultaten van de deze test zijn te zien in model 2 van tabel 3. Er is gebleken dat er geen significant effect is bij toevoeging

van de interactievariabele ($B = -.042$, $Wald = .061$, $P = .805/2$, $OR = 1.043$). Deze hypothese kan dus niet worden bevestigd.

Vervolgens zijn er in model 3 van tabel 3 de resultaten van de tweede hypothese te zien. Deze toetst het effect van de interactievariabele van sociaal economische status en chronisch ziek zijn, op arbeidsmarktparticipatie. Er kon geen significant effect worden gevonden ($B = -.001$, $Wald = .005$, $P = .943/2$, $OR = .999$). Dus ook de tweede hypothese kan niet worden bevestigd.

Voor resultaten van de laatste hypothese kan er gekeken worden naar model 4 van de resultaten tabel. Voor deze analyse is er een drieweg interactievariabele gemaakt tussen tijd, sociaal economische status en chronisch ziek zijn. Er wordt gekeken naar het modererende effect van sociaaleconomische status op beleid. Dit effect is niet significant ($B = -.069$, $Wald = .212$, $P = .645/2$, $OR = .993$) dus ook deze hypothese kan niet worden bevestigd.

Opvallend is de interactie variabele tussen tijd en sociaal economische status, die nodig was om de drieweg interactie te meten. Het blijkt dat er wel een significante relatie is tussen deze variabele op arbeidsmarktparticipatie ($B = .405$, $Wald = 13.715$, $P = .000/2$, $OR = 1.499$). Dit wil zeggen dat er een 1,499 maal grotere kans is op het hebben van werk voor mensen met een hogere sociaal economische status in 2013 ten opzichte van 2004. Het hebben van een hoge sociaal economische status was in 2013 dus belangrijker voor het vinden van werk dan in 2004.

Tabel 3

Logistische regressiemodellen om arbeidsmarktparticipatie te voorspellen

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE
Constante	6.913*	.592	6.922*	.594	6.909*	.595	7.172*	.626
Chronisch ziek zijn (ref. niet ziek)	-.979*	.084	-1.001*	.124	-.972*	.132	-1.056*	.428
Tijd (ref. 2004)	2.807*	.186	2.789*	.199	2.806*	.186	1.770*	.350
Tijd*Chronisch ziek			.042	.168			.225	.523
SES	.207*	.018	.207*	.018	.208*	.019	.183*	.023
SES*chronisch ziek					-.001	.016	.006	.036
Tijd*SES							.405*	.109
Tijd*SES*chronisch ziek							-.069	.150
Leeftijd	-.140*	.010	-.140*	.010	.140*	.010	.140*	.010
Geslacht (ref. man)	1.273*	.090	1.274*	.090	1.273*	.090	1.266*	.090
Nagelkerke R ²		.086		.082		.095		.323

* $P < 0.05$, eenzijdig getoetst, $N = 3240$

5. Conclusie en discussie

In dit onderzoek is getracht inzicht te krijgen in de resultaten van de beleidsveranderingen die zijn genomen in 2007 omtrent de arbeidsparticipatie van chronisch zieken. Chronisch zieken werken gemiddeld veel minder dan mensen zonder een chronische ziekte. Uit eerder onderzoek blijkt dat achttien procent van de werkloze in deze groep wel graag een baan zou hebben. Verder is er meer arbeidsparticipatie nodig van chronisch zieken om hun zorg betaalbaar te houden (Ministerie van Algemene zaken, 2013). Om deze problemen op te lossen zijn er rond 2007 meerdere beleidsveranderingen doorgevoerd op het gebied van arbeidsparticipatie.

De policy learning theorie stelt dat beleid werkt wanneer er geleerd wordt uit fouten van vorig beleid (Lakatos, 1978). De niet werkende aspecten van de vorige beleidsveranderingen tussen 2002 en 2005 zijn vervangen en veranderd. De aspecten komen overeen met de factoren die Vogels en van Trier (2003) vonden in hun onderzoek naar succesvol arbeidsmarktbeleid. Het doel bleef hetzelfde, alleen de instrumenten om het beoogde doel te bereiken zijn veranderd. Verder is er gekeken naar de invloed van sociaal economische status op de arbeidsparticipatie van chronisch zieken en of dit effect groter is na invoering van de beleidsmaatregelen. De economisch kapitaal theorie veronderstelt dat mensen met minder financiële middelen ook minder educatieve mogelijkheden hebben (Bourdieu, 1986). Mensen met een lager opleidingsniveau doen vaker fysiek werk. Chronisch zieken zijn meestal minder goed in staat om fysiek werk te verrichten, waardoor het voor de lager opgeleiden binnen deze groep lastiger is om passend werk te vinden.

De datasets van SHARE zijn voor dit onderzoek gebruikt. Van deze longitudinale en internationale data zijn de Nederlandse respondenten gebruikt uit de waves in 2004 en 2013. Aan de hand van een logistische regressieanalyse met verschillende twee en drieweg interactie-effecten is geprobeerd antwoord te krijgen op de gestelde onderzoeksvragen. In al deze analyses zijn de beleidsveranderingen gemeten aan de hand het verschil in tijd.

Het eerste model de analyses toetste de relatie tussen arbeidsparticipatie en chronisch ziek zijn en de relatie tussen arbeidsparticipatie en het verschil in tijd. Beide relaties bleken significant te zijn. Chronisch zieken participeren, in lijn met voorgaand onderzoek, minder op de arbeidsmarkt dan mensen zonder een chronische ziekte. Verder is de arbeidsparticipatie gestegen in 2013 ten opzichte van 2004. De eerste hypothese verwachtte een stijging in arbeidsparticipatie voor chronisch zieken tussen 2004 en 2013. Deze hypothese werd niet bevestigd in het onderzoek. De interactie tussen chronisch ziek zijn en tijd had geen significant effect op de arbeidsparticipatie. Dit betekent echter niet per definitie dat het beleid niet werkt. De arbeidsparticipatie is namelijk zowel voor chronisch zieken als niet chronisch zieken in totaal gestegen, zoals gebleken uit het eerste model. Er is niet gekeken naar de beleidsveranderingen omtrent arbeidsparticipatie voor niet chronisch zieken. De

veranderingen rondom de participatiemaatschappij hebben namelijk als doel om de hele samenleving meer te laten participeren. De tweede en derde hypothesen voorspelden dat het effect van beleid op de arbeidsmarktparticipatie minder sterk zou zijn voor mensen met een lage SES en dat dit effect groter zou zijn na invoering van het beleid in 2007. Ook deze hypothesen werden niet bevestigd in dit onderzoek. Wel bleek dat de interactie variabele SES met tijd een positief effect heeft op arbeidsmarktparticipatie. Het hebben van een hogere SES geeft in 2013 dus een grotere kans op arbeidsmarktparticipatie dan in 2004, dit verschilt dus echter niet tussen chronisch zieken en niet chronisch zieken. Dit onderzoek draagt er wel aan bij om dichterbij een antwoord te komen over de werking arbeidsmarktparticipatiebeleid voor chronisch zieken.

Ondanks dat er geprobeerd is om zo compleet mogelijk onderzoek te doen, bleken er toch een aantal kleine complicaties te zijn. Zo was de verzameling van de data van SHARE gericht op ouderen, waardoor de steekproef niet overeenkomt met de samenleving. De jongste meegenomen respondent was 32 jaar oud, met een gemiddelde van ongeveer 57 jaar komt dit niet overeen met de landelijke gemiddeldes van 39 jaar in 2004 en 41 jaar in 2013 (CBS, 2017). Verder is er in de derde wave niet naar opleidingsniveau gevraagd, de nieuwe respondenten in deze wave hebben deze vraag ook in een andere wave niet beantwoord waardoor deze respondenten niet konden worden meegenomen in het onderzoek.

Voor vervolgonderzoek is het interessant om te kijken naar de beleidsveranderingen gericht op de arbeidsmarktparticipatie van niet chronisch zieken in de periode tussen 2004 en 2013. Aan de hand hiervan kunnen er wellicht verklaringen gegeven worden over het niet significant verschillen van de twee groepen, zo kan er meer worden geconcludeerd over het effect van de beleidsveranderingen. Ten tweede zou het interessant zijn om te kijken naar het aantal uren dat men werkt. Er is bij de operationalisering van arbeidsmarktparticipatie gekeken werkend of niet werkend, niet naar het aantal uur dat men per week werkt. Ook het onderzoeken van de verschillende beleidsinstrumenten die worden gebruikt in het in 2007 ingevoerde beleid, zoals de jobcoaches en de no-risk polissen voor werkgevers kan interessant zijn. Hiermee kan er gekeken worden welke aspecten van het beleid verbeterd zouden kunnen worden. Over andere modererende effecten dan SES is ook weinig bekend, het kan interessant zijn om explorand onderzoek te doen naar verschillende factoren die van invloed zouden kunnen zijn.

6. Literatuur

Achterberg, T. J., Holwerda, A., Verhoof, E., en Wind, H. (2010), Wajongers aan het werk: welke factoren kunnen van belang zijn voor arbeidsmarktparticipatie van jonggehandicapten? *TBV – Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, Bohn Stafleu van Loghum(2) 52-58.

Achterberg, T. J., Wind, H. de Boer A. G. E. M. en Frings-Dresen, M. H. W. (2009) Factors that Promote or Hinder Young Disabled People in Work Participation: A Systematic Review, Springer.

Bell, D., Heitmueller, A. (2008), The Disability Discrimination Act in the UK: Helping or hindering employment among the disabled? *Journal of Health Economics*, 28(2), 465-480, Elsevier.

Besseling, J. J. M. (2008), De Wajong-werkregeling: kanttekeningen bij voorgenomen wijzigingen, *TBV*, 16 (8) 339-344.

Besseling, J. J. M. Vroome, E. de, Klein Hesselink, J., Sanders, J. (2007), Arbeidsmarktparticipatie van arbeidsgehandicapten, *TNO-publications*.

Bennett, C. J., & Howlett, M. (1992). The lessons of learning: Reconciling theories of policy learning and policy change. *Policy sciences*, 25(3), 275-294.

Bourdieu, P. (1986). The forms of Capital. *Cultural theory an Anthology*, Wiley-Blackwell, Chapter 8, 81-93.

CBS (2013), *Onderwijsniveau*, Den Haag/ Heerlen, <https://www.cbs.nl/nl-nl/artikelen/nieuws/2013/40/onderwijsniveau-bevolking-gestegen/onderwijsniveau>.

CBS (2014), *gezondheid, aandoeningen, beperkingen; leeftijd en geslacht, 2010-2013*, Den Haag/Heerlen, <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81174NED&D1=27-30&D2=1-2&D3=a&D4=0&D5=1&VW=T>, geraadpleegd op 23-05-2017.

CBS (2017), *Arbeidsdeelname; kerncijfers*, tabel toelichting, Den Haag/ Heerlen, <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82309NED&D1=22-23&D2=1-2&D3=0&D4=0&D5=4,9,14,19,24,29,34,39,44,49,54,1&HDR=G1,T&STB=G2,G3,G4&VW=T>, geraadpleegd op 23-02-2017.

CBS (2017), *bevolking; kerncijfers*, Den Haag/Heerlen, <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37296NED&D1=22&D2=0,10,20,30,40,54,63&HDR=G1&STB=T&VW=T> geraadpleegd op 07-06-2017.

Döhler, M.(1995), The State as Architect of Political Order: Policy Dynamics in German Health Care, *Governance* 8: 380–404.

Dorenbosch, L., Huiskamp, R., Smulders, P. (2011), De relatie tussen baanontevredenheid en vertrekintenties: maakt opleiding een verschil? *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken* (27) 1, 77-93.

Duinkerken, G., Wesdorp, P. & Woude, S. van der (2009). *Tussen nieuw denken en nieuw doen: verkenning attitudes rond de Wajong; in opdracht van het Ministerie van SZW, WhatWorks*.

Driever, L. M. (2010). *Re-integreren: wat is daarvoor nodig?* Een onderzoek naar de rol van barrières en vaardigheden in het reïntegratieproces van gedeeltelijk arbeidsongeschikten met een WGA-uitkering, Universiteit Utrecht.

Hall, P. A. 1993. Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policy Making in Britain. *Comparative Politics* 25: 275–296.

Helderman, J. K., Schut, F. T., van der Grinten, T. E., & van de Ven, W. P. (2005). Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1-2), 189-210.

Hyde, M. (2000), From Welfare to Work? Social Policy for Disabled People of Working Age in the United Kingdom in the 1990s, *Disability and society*, 15 (2) 327- 341.

Klijnsma, J. (2013), *Wetsvoorstel invoering Participatiewet; kamerstuk: voorstel van wet*, Toelichting, Staatssecretaris van sociale zaken en werkgelegenheid, Den Haag, Rijksoverheid.

Krom, De, P. (2012), *Invoeringswet Wet Werken naar vermogen*. Staatssecretaris van sociale zaken en werkgelegenheid, Den Haag, Rijksoverheid.

Lakatos, I. (1978), Falsification and the Methodology of Scientific Research Programmes. In *Philosophical Papers 1*, ed. J. Worrall and G. Currie. Cambridge: Cambridge University Press.

Lautenbach, H., Cuijpers, M., Kösters, L., & Arbeidsgehandicapten, C. M. (2006). Statistics Netherlands Monitor workers with a disability. *Heerlen: CBS*.

Maurits, E., Rijken, M., Friele, R. (2013), kennissynthese Chronisch ziek en werk: Arbeidsmarktparticipatie door mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking, Nivel, Utrecht.

Meulenkamp, T. M., Cardol, M., van der Hoek, L. S., Francke, A. L., & Rijken, M. (2013). Participation of people with physical disabilities: three-year trend and potential for improvement. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 94(5), 944-950.

Ministerie van Algemene zaken (2013), Troonrede 2013, Rijksoverheid, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2013/09/17/troonrede-2013>.

Mink, I. (2010). Beperkt, onbeperkt. *Een studie naar ervaringen van mensen met een beperking met discriminatie en uitsluiting*, Radar, Rotterdam.

Rijksoverheid (2016), Chronische ziekten en multimorbiditeit; aantal mensen met chronische ziekte in zorg bij de huisarts, Volksgezondheidszorg.info, geraadpleegd op 08-03-2017.

Rijksoverheid (2017), Pensioen, <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/pensioen>, Geraadpleegd op 23-02-2017.

Schuring, M., Robroek, S. J., Otten, F. W., Arts, C. H., & Burdorf, A. (2013). The effect of ill health and socioeconomic status on labor force exit and re-employment: a prospective study with ten

yearsfollow-up in the Netherlands. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 134-143.

Shavers, V. L., (2007), Measurement of socioeconomic status in health disparities research. *J NatlMedAssoc.* 99(9):1013-23.

Sorgdrager, B. (2016). Arbeidsdeskundig Kennis Centrum: werk is een goed medicijn. *TBV– Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 24(8), 390-391.

Ursum, J. Rijken, M. Heijmans, M. Cardol, M. Schellevis, F. (2011), *overzichtstudies – Zorg voor chronisch zieken Zorg voor chronisch zieken*, H4. Ondersteuning van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie, Nivel, Utrecht, p. 65-88.

VNG (2015), *Participatiewet*, <https://vng.nl/onderwerpenindex/werk-en-inkomen/participatiewet/wetsvoorstellen/participatiewet>, geraadpleegd op: 22-03-2017.

Vogels, E., & Trier, C. V., van (2003). Wanneer is actief arbeidsmarktbeleid effectief?. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 19(3), 245-256.

Yeo, R., Moore, K. (2003), Including Disabled People in Poverty Reduction Work: “Nothing About Us, Without Us”, *World development*, 31(3) 571-590, Elsevier.