



## **Het effect van depressieve klachten op de arbeidsmarktkansen: wat is de rol van geslacht, opleiding en het sociale netwerk?**

**Abstract** Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te verkrijgen in het effect dat depressieve klachten hebben op de kans op een baan. Hierbij zijn we in het bijzonder geïnteresseerd in de mogelijke modererende effecten van geslacht, opleiding en het sociale netwerk. Het onderzoek is gedaan onder Nederlanders met onderzoeksdata verkregen van wave 4 van de Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Als ook verborgen werklozen in de analyse meegenomen worden blijkt dat naarmate iemand meer depressieve klachten heeft, zijn voorspelde werkkans afneemt. Er wordt geen modererend effect gevonden van geslacht, opleiding of het sociale netwerk.

*Trefwoorden:* Depressie; depressieve klachten; arbeidsmarktkansen; werk

Bachelorscriptie Sociologie

Datum: 16 juni 2017, Universiteit Utrecht

Auteur: Elise Karl – de Bruijn (4153618)

Scriptiebegeleiders: Tali Spiegel & Jornt Mandemakers

Tweede corrector: Marcus Kristiansen

## Inleiding

Ondanks het streven van de Nederlandse overheid naar gelijke kansen op de arbeidsmarkt voor iedereen, blijkt dat mensen met een handicap nog steeds minder vaak werkzaam zijn dan mensen zonder handicap. Dit geldt in het bijzonder voor mensen met een mental handicap zoals depressie. Dit onderzoek focust zich daarom op de arbeidsmarktkansen van mensen met depressieve klachten.

De Nederlandse overheid streeft er naar dat mensen met een (arbeids)handicap mee kunnen draaien op de arbeidsmarkt. De wet Gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz) uit 2003 stelt dat mensen met een langdurig lichamelijk, verstandelijk of psychische aandoening op dezelfde wijze behandeld moeten worden als mensen zonder deze beperking. De arbeidsmarkt wordt hierin ook expliciet genoemd als plek waar een gelijke behandeling gewenst is (Ministerie volksgezondheid, welzijn en sport, 2012). Hierop aansluitend ging in 2015 de participatiewet in. Deze stelt dat werkgevers die meer dan 25 werknemers in dienst hebben, ook een vastgesteld percentage mensen met een ziekte of handicap in dienst moeten nemen (Antwoord voor bedrijven, z.j.). Hoe hoog het percentage is hangt af van het aantal banen en de sector (Ministerie van sociale zaken en werkgelegenheid, 2017). Daarnaast stimuleert de overheid werkgevers die (arbeids)gehandicapten in dienst nemen door middel van onder andere loonkostensubsidie, vergoeding van de werkplek aanpassingen, en een no-risk polis (De Rijksoverheid, z.j.).

Ondanks deze maatregelen is de arbeidsparticipatie van mensen met een handicap nog steeds fors lager dan van mensen zonder handicap. Zo had in 2015 en 2016 circa 30% van de beroepsbevolking met een handicap betaald werk terwijl dit onder de beroepsbevolking zonder handicap circa 70% was (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2017). Er is dus sprake van een ongelijkheid tussen de beroepsbevolking met en zonder handicap die mogelijk te maken heeft met een ongelijke behandeling op de arbeidsmarkt. Een quotum voor het aantal werknemers met een handicap zoals in de participatiewet genoemd is, is dus niet voldoende voor gelijkheid op de arbeidsmarkt.

Over het algemeen wordt bij een handicap vaak gedacht aan een *fysieke* handicap. Psychische problemen vormen echter ook een handicap die net zo goed zorgt voor problemen bij het krijgen van een baan. Uit onderzoek in Amerika blijkt zelfs dat mensen met een psychische handicap nog minder kansen maken op de arbeidsmarkt dan mensen met een fysieke handicap. Werkgevers nemen liever iemand aan met een fysieke dan een psychische handicap (Stuart, 2006). Dit maakt dat een quotum niet alleen niet voldoende is om gelijkheid

op de arbeidsmarkt te bereiken voor mensen met en zonder handicap, het is ook niet voldoende om gelijke arbeidsmarktkansen te creëren voor alle mensen met een handicap. Het zorgt er namelijk voor de mensen met een fysieke handicap wél aangenomen worden terwijl mensen met een psychische handicap nog steeds achterblijven. Kortom is er dus sprake van twee trends: ten eerste hebben mensen met een handicap weinig werk en ten tweede hebben binnen de groep van mensen met een handicap mensen met een psychische handicap een nog slechtere positie op de arbeidsmarkt. In dit onderzoek is gekozen om in te zoomen op één specifieke psychische handicap, namelijk depressie. Daarom zal getracht worden de volgende vraag te beantwoorden: “ *Wat is het effect van de mate van depressieve klachten op de kansen op de arbeidsmarkt?* ”

Er is gekozen voor een focus op depressie omdat het onderzoek naar psychische handicaps op de arbeidsmarkt nog erg beperkt is en de resultaten tegenstrijdig zijn. Zo blijkt uit sommige onderzoeken dat psychische handicaps voor mannen wel nadelig zijn voor de kansen op een baan maar niet voor het inkomen (Kidd, Ferko & Sloane, 2000). Terwijl uit ander onderzoek blijkt dat mannen met een psychische handicap ook minder verdienen dan mannen met een fysieke handicap (Jones, Latreille en Sloane, 2006). Er is dus niet alleen meer onderzoek nodig naar het effect van psychische handicaps op de arbeidsmarktkansen, er is ook meer duidelijkheid nodig over wat de effecten echt zijn. Door niet psychische handicaps in het algemeen te onderzoeken, maar onderscheid te maken of te focussen op één handicap kunnen deze eerder gevonden tegenstrijdige resultaten mogelijk ontrafeld worden en kan duidelijkheid ontstaan.

Het is zeer relevant om hier te kiezen voor een focus op depressie omdat depressie de meest voorkomende psychische handicap in Nederland is (GGZnieuws.nl, 2015). In 2013 hadden ruim 250.000 Nederlanders te maken met een depressieve stoornis. Een depressieve stoornis is een stoornis “waarbij iemand zich minstens twee weken achter elkaar somber voelt of geen interesse of plezier meer heeft in allerlei zaken. Daarnaast zijn er een aantal andere klachten, zoals concentratieproblemen, moeite met slapen, vermoeidheid of verlies aan energie, gevoelens van waardeloosheid en gedachten aan de dood” (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2016, tabeltoelichting). De mate, de soort en de duur van de klachten hangt af van het soort depressieve stoornis (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2016).

Door deze depressieve klachten is een werknemer nadelig voor de werkgever omdat de klachten samengaan met onder andere meer ziekteverzuim, lagere productiviteit en verminderde prestaties (Henke & Lerner, 2008). De mate hiervan hangt af van de fysieke

symptomen en de mate van depressieve symptomen (Adler et al, 2004; Berndt et al 1998; Dooley, Ham-Rowbottom & Prause, 2000; Eckert, Greco & Kroenke, 2004).

Ondanks het feit dat een groot deel van de bevolking in meerdere of mindere mate te maken heeft (gehad) met depressieve klachten is het onderzoek naar depressieve klachten en de arbeidsmarkt nog erg beperkt. Onderzoek richt zich met name op het nadelige effect van een werknemer met depressie op het bedrijf (Adler et al, 2004; Eckert, Greco & Kroenke, 2004; Berndt et al 1998), of op het effect van werkloosheid op depressie (Dooley, Ham-Rowbottom & Prause, 2000; Eales, 1988) maar de kansen op de arbeidsmarkt van mensen met depressie zijn nog zelden onderzocht. Daarom is het relevant om in te gaan op depressie en te onderzoeken waar het al dan niet slagen op de arbeidsmarkt door bepaald wordt.

Zoals omschreven vormen de resultaten uit eerder onderzoek een tegenstrijdigheid waarin de focus op depressie verduidelijking kan bieden. Daarnaast kunnen ook modererende effecten inzicht geven in het daadwerkelijke verband tussen het hebben van een psychische handicap, in het bijzonder depressie, en de arbeidsmarktkansen. In de volgende alinea's zullen de getoetste modererende variabelen uiteengezet worden.

Al lange tijd is bekend dat er sprake is van genderongelijkheid op de arbeidsmarkt. Vrouwen hebben namelijk een slechtere positie op de arbeidsmarkt dan mannen (Gornick, 1999; Fortin, 2005; England, 2005; Schober, 2013). In voorgaand onderzoek naar de gevolgen van een handicap op de kansen op de arbeidsmarkt wordt dan ook onderscheid gemaakt tussen het effect van de handicap op de arbeidsmarktkansen voor mannen en vrouwen (Ferko, Kidd & Sloane, 2000). Het blijkt dat zowel het effect zelf (Jones, Latreille & Sloane, 2006) als de magnitude van het effect (Grubb & Martin, 2001) verschilt voor mannen en vrouwen. Er zijn dus sekseverschillen in de arbeidsmarktkansen voor zowel mensen met als zonder handicap. Daarmee is het een interessante vraag of dit ook geldt voor mensen met depressie en hoe dit er dan uit ziet. Deze vraag is ook interessant omdat er ook een verschil is in attitude ten opzichte van mannen en vrouwen met depressie (Wirth & van Bodenhausen, 2009). Al met al is het relevant en interessant om in te gaan op deze sekseverschillen. Dat brengt ons tot de eerste deelvraag:

*“ Verschilt het effect van de mate van depressieve klachten op de kansen op de arbeidsmarkt voor mannen en vrouwen? ”*

Over het algemeen geldt dat mensen met een hoger opleidingsniveau vaker een baan hebben dan mensen met een laag opleidingsniveau (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2017). Hoog opgeleiden kunnen namelijk ook de baan die bedoeld is voor een laagopgeleide

vervullen. Andersom kan dit niet (Cörvers, Hensen & De Vries, 2009; Marlet, Ponds en van Woerkens, 2015). Hoewel er in voorgaand onderzoek naar handicaps op de arbeidsmarkt zelden onderscheid gemaakt wordt tussen opleidingsniveaus is er wel reden om aan te nemen dat dit patroon hetzelfde of zelfs sterker is voor mensen met depressie. Mensen met een laag opleidingsniveau hebben namelijk sowieso vaker te maken met depressie dan mensen met een hoog opleidingsniveau (Ross, 2000). Het is te verwachten dat er ook voor mensen met depressie een verschil is tussen de kansen van hoogopgeleiden met depressie en laagopgeleiden met depressie. Ook voor hen geldt namelijk dat hoogopgeleiden een baan onder niveau kunnen uitvoeren. Daarom is het interessant om te onderzoeken hoe dit verband tussen opleidingsniveau en arbeidsmarktkansen er echt uit ziet voor mensen met depressie. De tweede deelvraag is als volgt:

*“ Verschilt het effect van de mate van depressieve klachten op de kansen op de arbeidsmarkt tussen verschillende opleidingscategorieën? ”*

Er is veel onderzoek naar het effect van sociale contacten op de arbeidsmarktkansen (Bijv: Calvó-Armengol & Jackson, 2007; Marmaros & Sacerdote, 2002; Mortensen & Vishwanath, 1994). Een manier om aan een baan te komen is namelijk via sociale contacten, ofwel ‘via via’. Contacten kunnen als referentie functioneren en daarmee een bron van informatie voor de werkgever. Andersom geldt dat de werknemer ook ‘via via’ op de hoogte kan worden gesteld van een openstaande vacature waar hij op kan solliciteren. Sociale contacten vormen dus ook een bron van informatie voor de werknemer. Kortom de sociale contacten kunnen via twee wegen een belangrijke rol spelen in het krijgen van een baan (Bentolila, Michelacci & Suarez, 2004).

Voor mensen met depressie, of een handicap in het algemeen, is het aannemelijk dat in principe dezelfde processen gelden: ze zoeken en baan en kunnen via hun sociale contacten over een openstaande vacature horen. En hun werkgever kan de tussenpersoon vragen om achtergrondinformatie of een referentie. Alleen het is aannemelijk dat de processen niet geheel hetzelfde zijn en de sociale contacten niet hetzelfde effect hebben. Het zou kunnen dat de werkgever die iemand aanneemt met depressieve klachten meer twijfels heeft over de capaciteit van de werknemer en daarom juist extra bevestiging zoekt in de gemeenschappelijke contacten. In dat geval is de rol van de sociale contacten nog groter dan in geval van iemand zonder depressieve klachten of dergelijke handicap. Om dit belang van sociale contacten in het verkrijgen van een baan te onderzoeken is de derde deelvraag opgesteld:

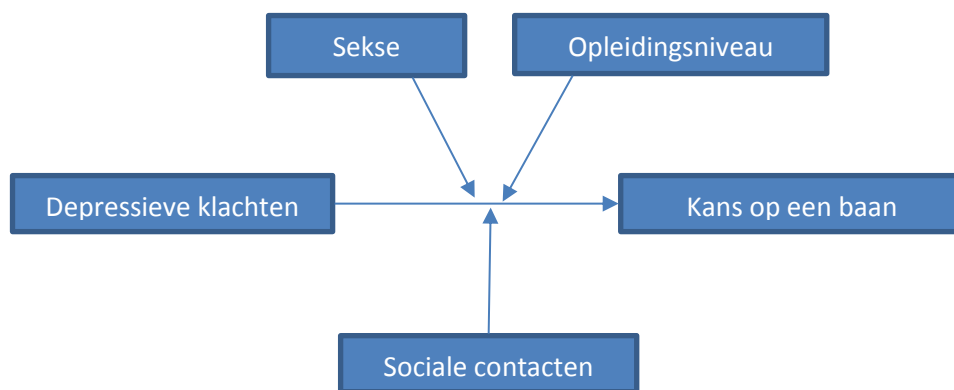
*“ Verschilt het effect van de mate van depressieve klachten op de kansen op de arbeidsmarkt voor verschillende netwerkgroottes? ”*

Door het beantwoorden van deze onderzoeksvragen zal de literatuur op een aantal punten aangevuld worden. Ten eerste zal ingegaan worden op een psychische handicap terwijl voorgaand onderzoek zich met name focuste op fysieke handicaps. Ten tweede zal de literatuur verdiept worden door niet psychische handicaps in het algemeen te onderzoeken maar de specialiseren in depressie. Dit resulteert mogelijk in verduidelijking van het effect van psychische handicaps op de arbeidsmarktkansen. Ten slotte zorgt het onderzoeken van de modererende effecten van sekse, opleidingsniveau en sociale contacten voor meer inzicht en een grondiger begrip van de relatie tussen depressieve klachten en de arbeidsmarktkansen. Dit zorgt ook voor een verbreding van de kennis die er is over de effecten van sekse, opleiding en sociale contacten op de arbeidsmarktkansen in het algemeen.

Naast de aanvulling op de wetenschappelijke kennis zal dit onderzoek om verschillende redenen ook van maatschappelijk belang zijn. Om te beginnen is er een financieel belang. De werkloosheid onder mensen met een handicap is op dit moment nog erg hoog. Dit zorgt voor hoge kosten bij de overheid aan WW-uitkeringen. Door meer inzicht te krijgen in welke groepen mensen werkloos zijn en wat daar de oorzaak van is, kan effectief beleid opgesteld worden om mensen aan het werk te helpen of houden.

Daarnaast is er mogelijk sprake van discriminatie wat in strijd is met de Universele Rechten van de Mens (College voor de Rechten van de Mens, 2017). Door ook modererende factoren te onderzoeken wordt meer licht op geworpen op de oorzaak van de werkloosheid en of er inderdaad sprake is van discriminatie of dat er andere verklaringen zijn.

Tot slot is het zo dat werkloosheid depressie in de hand werkt. Mensen die werkloos zijn raken ook sneller depressief. En mensen die dus al depressief waren toen zij werkloos raakten, komen ook minder makkelijk weer uit die depressie als zij tevens geen werk hebben. Door wederom effectief beleid in te stellen kan dus ook de volksgezondheid verbeteren.



*Figuur 1* Overzicht van de getoetste relaties

Voor het analyseren van de onderzoeksvragen wordt gebruik gemaakt van data de Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, oftewel SHARE data. Het Share project is onder andere gefocust op de sociaal economische status van de respondent maar analyseert ook de gezondheid en de sociale en familienetwerken van de respondent. Daarmee is de SHARE data zeer geschikt voor het beantwoorden van alle onderzoeksvragen.

## **Theoretisch kader**

De hypothesen worden gebouwd op basis van stigma theorie, *human capital* theorie en sociaal kapitaal theorie. De theorieën zullen eerst algemeen besproken worden om vervolgens te worden toegepast op de onderzoeksvragen.

### **Stigma theorie**

Minderheidsgroepen, zoals allochtonen en homoseksuelen hebben vaak te maken met stigma's. Stigma's zijn conceptueel opgebouwd uit vier opeenvolgende componenten: *labeling, stereotyping, separation, status loss & discrimination*. Deze vier componenten zullen aan de hand van concrete toepassing op depressie uiteengezet worden.

Een stigma ontstaat als om te beginnen verschillen tussen mensen onderscheiden en gelabeld worden. Hoewel mensen op veel verschillende vlakken verschillen, wordt niet elk verschil bewust opgemerkt en wordt niet elk verschil als relevant gezien. Wat een relevant verschil is, wordt door de mens en haar cultuur bepaald. De kleur van je ogen is bijvoorbeeld zelden relevant en heeft dus meestal geen consequenties. Maar je IQ of huidskleur wordt vaak als relevant verschil tussen individuen gezien. Het onderscheiden van de verschillen gaat gepaard met het versimpelen van de werkelijkheid; mensen zijn slim of dom, mensen zijn zwart of wit, terwijl er vaak veel meer variatie is (Link & Phelan, 2001). Op dezelfde manier

kan ook depressiviteit als onderscheidend kenmerk gezien worden en kunnen mensen gelabeld worden als depressief of niet depressief. Er is dan geen nuance meer in de mate van depressiviteit maar een hard onderscheid.

Vervolgens worden deze verschillen geassocieerd met negatieve stereotypen. Stereotypen zijn een aantal ongewenste eigenschappen die een sociale identiteit uitdragen. Als een label aan deze stereotypen gekoppeld wordt, zal het individu deze sociale identiteit opgelegd krijgen wat zorgt voor een negatieve houding van buitenstaanders op het individu (Link & Phelan, 2001). Zo kan het zijn dat depressie geassocieerd wordt met het stereotype 'emotioneel' of 'onvoorspelbaar'. Het gevolg is dat elke persoon met depressie deze stereotypen opgelegd krijgt en daardoor negatief benaderd wordt.

Door de stereotypen kan het opgelegde label samen gaan met een "wij" – "zij" denken, oftewel er wordt een onderscheid gemaakt tussen de in- en outgroup. Dit groepsdenken zorgt voor de overtuiging dat de gelabelde mensen fundamenteel anders zijn. Hierdoor kunnen nog meer negatieve eigenschappen aan de out-group toegewezen worden (Link & Phelan, 2001). De "depressieven" zouden dus als fundamenteel anders gezien gaan worden dan de overige mensen waardoor zij met nog meer negatieve stereotypen te maken krijgen.

Tot slot krijgen de gelabelde mensen ook te maken met statusverlies en discriminatie. De gelabelde mensen hebben onder andere minder kansen als het gaat om opleiding, werk, inkomen, welzijn en gezondheid (Link & Phelan, 2001). Mensen met het label depressie hebben dan dus mogelijk minder kansen op algemeen welzijn maar ook op de arbeidsmarkt.

Deze discriminatie op de arbeidsmarkt kan verschillende verschijnings vormen hebben. Discriminatie is "het nadelig behandelen van personen omdat zij behoren tot een bepaalde groepering of tot een bepaalde groepering worden gerekend" (Andriessen, Fernee & Wittebrood, 2014, p.p. 13). Op de arbeidsmarkt kan dit zich bijvoorbeeld uiten tijdens het werven, selecteren en aannemen van werknemers, in het loon of in de ontslagprocedure. Zo kan het dat mensen met depressieve klachten niet worden aangenomen, een lager loon uitbetaald krijgen of ontslagen worden (Bissels, Bril, van Galen & van Heerwaarde, 2015).

Concluderend ontstaat een stigma op depressie als het verschil tussen mensen met en zonder depressie opgemerkt wordt en daar het label 'depressief' op geplakt wordt, dit vervolgens gekoppeld wordt aan negatieve stereotypen zoals 'gevaarlijk' of 'onvoorspelbaar' en er een "wij" – "zij" denken ontstaat. Dit resulteert in discriminatie en statusverlies van mensen met depressie.

De mate waarin er sprake is van een stigma hangt af van de mate waarin een eigenschap zichtbaar is voor anderen (*concealability*), of de eigenschap over de tijd heen weer



kan verdwijnen (*course*), of de eigenschap zorgt voor spanning of problemen in contact met anderen (*disruptiveness*), of de eigenschap onprettig is om naar te kijken (*aesthetics*), of de persoon zelf verantwoordelijk was voor het ontstaan van de eigenschap (*origin*) en of de eigenschap een gevoel van dreiging of gevaar oproept door het zien van het lijden van anderen of door angst voor fysieke pijn (*peril*).

Omdat depressieve klachten relatief goed te verbergen zijn, niet permanent zijn en het uiterlijk van iemand met depressie niet in het bijzonder vervelend is om naar te kijken of afschuw oproept, zorgen deze factoren niet in belangrijke mate voor stigma ten opzichte van mensen met depressie. Deze stigma komen meer voort uit een spanning in het sociale contact, een gevoel van dreiging of gevaar en een gevoel van eigen verantwoordelijkheid. Mensen verwachten namelijk soms gevaarlijk en onverwacht gedrag bij mensen met een psychische aandoening (Colins et al., 2004). Ook de blootstelling aan het emotionele lijden zorgt voor stigma. Daarnaast worden mensen met depressieve klachten vaak ook in enige mate als verantwoordelijk gehouden voor hun beperking. Depressie wordt door sommigen beschouwd als aanstellerij en overdreven (van Ommen, 2010).

Onderzoek bevestigt grotendeels dat dit de voornaamste factoren zijn die zorgen voor stigma over mensen met depressieve klachten. Mensen met een psychische handicap hebben namelijk het meest te maken met stigma wanneer zij zelf verantwoordelijk worden geacht voor de handicap, zij als gevaarlijk worden gezien en wanneer de handicap zeldzaam is (Crandall & Feldman, 2007).

Naast stigma over depressie zijn er ook stigma over mannen en vrouwen. Zo worden mannen vaak als agressief gezien en vrouwen vaak als afhankelijk (Wirth & van Bodenhausen, 2009). Door deze stigma over mannen en vrouwen kan er ook een onderscheid gemaakt worden tussen gender typische en gender atypische aandoeningen. Een gender typische aandoening is een aandoening past bij de stigma die er zijn over die sekse. Een gender atypische aandoening komt daarentegen juist niet overeen met het algemene beeld in de samenleving over die sekse. Iemand met een gender atypische aandoening wordt positiever benaderd dan iemand met een gender typische aandoening. Een gender atypische aandoening wordt namelijk als oprechter ervaren. Daarnaast wordt de persoon minder persoonlijk verantwoordelijk geacht voor een gender atypische aandoening wat samengaat met een minder negatieve houding en meer sympathie (Bodenhausen & Wirth, 2009).

Als er niet alleen sprake is van één minderheidsgroep waar een individu toe behoort maar tot twee minderheidsgroepen kan er 'dubbele stigma' ontstaan. Het individu krijgt dan

om twee redenen te maken met stigma (Battista et al., 2010) en wordt soms ook binnen beide minderheidsgroepen gestigmatiseerd (O'Brien, 2004).

### ***Human Capital Theorie***

Er kan onderscheid gemaakt worden in verschillende soorten kapitaal. De term *human capital* werd in 1960 voor het eerst geïntroduceerd door Schultz. De *human capital* theorie is uiteengezet door Becker en stelt dat mensen in veel verschillende vormen in zichzelf investeren. Zo volgen ze een opleiding, investeren in gezondheidszorg en zoeken ze de beste baan opties in plaats van de eerste kans aan te grijpen. In al deze gevallen is er geen sprake van consumptie maar van een investering in de persoon zelf. Deze investeringen kunnen gedaan worden door een individu maar ook door een huishouden of zelfs door een samenleving (Blaug, 1992).

Een deel van deze investeringen heeft betrekking op de arbeidsmarkt. Dit zijn investeringen die zorgen voor kennis en eigenschappen van de werknemer, die bijdragen aan een hogere productiviteit. (Acemoglu & Autor, 2011). Opleiding is een zeer belangrijke investering die zorgt voor kennis, vaardigheden en andere relevante eigenschappen welke zorgen voor een hogere productiviteit op de werkvloer. Dit is voor de werkgever essentieel. De werkgever wil namelijk zo veel mogelijk produceren tegen zo laag mogelijke kosten om zo zijn organisatiegoed te laten lopen. Vanwege deze hogere productiviteit zal de werkgever dan ook eerder een baan geven aan iemand met een hoog opleidingsniveau dan aan iemand met een laag opleidingsniveau.

In geval van een krappe arbeidsmarkt met een overschot aan hoogopgeleiden, gebeurt het dat hoogopgeleiden als het ware onder hun niveau gaan werken en werk gaan doen dat eigenlijk bedoeld is voor laag opgeleide mensen. Andersom kan dit niet omdat de laagopgeleiden niet de opleiding hebben genoten om de baan van een hoogopgeleide te vervullen. Hierdoor hebben laagopgeleiden vaker te maken met werkloosheid dan hoogopgeleiden.

### **Sociaal Kapitaal Theorie**

Een andere vorm van kapitaal is sociaal kapitaal. Sociaal kapitaal verwijst naar de contacten en het soort contacten dat iemand heeft. Sociaal kapitaal kan gezien worden als een markt waarop ideeën en goederen uitgewisseld worden. Het sociale kapitaal kan bestaan uit mensen met een hoge opleiding, veel geld en een hoge positie maar ook uit laagopgeleiden, mensen met weinig geld en werklozen, en natuurlijk alles wat daar tussenin ligt. De theorie

stelt dat afhankelijk van de connecties die je hebt, je aan bepaalde informatie en andere bronnen, zoals geld, kunt komen (Burt, 2000). Sociaal kapitaal zorgt dan ook voor meer toegang tot informatie, bronnen en sponsors (Kraimer, Liden & Seibert, 2001).

Op de arbeidsmarkt betekent dit concreet dat sociale contacten een bron zijn van informatie over en toegang tot vacatures. Daarnaast zorgt een groot netwerk ervoor dat de kans groter is dat iemand in het netwerk een geschikte werkgever kent en zo, door aanbevelingen bij werkgever, invloed kan uitoefenen (Mouw, 2003).

## **Hypothesen**

De eerste hypothese wordt opgesteld op basis van Stigma theorie en *Human Capital* theorie.

Uit onderzoek blijkt dat mensen met depressieve klachten te maken krijgen met stigma (Albert et al., 2010; Barney et al., 2006; Davenport et al., 2002; Davis, Schwenk & Wimsatt, 2010). Zoals eerder genoemd is discriminatie onderdeel van de definitie van stigma. Mensen die gestigmatiseerd worden hebben dus ook te maken met discriminatie. Dit geldt ook voor mensen met depressieve klachten. Discriminatie kan zich uiten op vele vlakken in de samenleving maar één daarvan is op de arbeidsmarkt. Er is een kans dat de werknemer met depressieve klachten ook door zijn werkgever gestigmatiseerd en gediscrimineerd wordt en daardoor niet aangenomen wordt of ontslagen wordt.

Naast deze stigma en mogelijke discriminatie is het voor werkgevers van belang dat een werknemer zo veel mogelijk werk verricht tegen zo laag mogelijke kosten. Op deze manier kan de werkgever namelijk zo veel mogelijk winst behalen, wat goed is voor een bedrijf. Daarom is een depressieve werknemer voor de werkgever nadelig. Depressiviteit gaat namelijk samen met onder andere meer ziekteverzuim, lagere productiviteit en verminderde prestaties (Henke & Lerner, 2008). Zo hebben werknemers met depressieve klachten vaak last van een gebrek aan concentratie en zijn ze snel afgeleid waardoor de productiviteit en de prestaties verminderen (Adler et al, 2004). De mate hiervan hangt af van de fysieke symptomen en de mate van depressieve symptomen. Hoe meer depressieve symptomen de werknemer vertoont, hoe minder productiviteit en hoe lager de prestaties (Adler et al, 2004; Eckert, Greco & Kroenke, 2004; Berndt et al 1998).

Kortom, naast mogelijke stigma die van invloed zijn op het wervings- en selectieproces is het dus voor een werkgever in ieder geval nadelig om iemand aan te nemen met depressieve klachten vanwege lagere productiviteit en hogere kosten. Dit geldt nog meer als de werknemer veel depressieve symptomen vertoont. De verwachting is daarom als volgt:

Hypothese 1: *Naarmate iemand meer depressieve klachten heeft, heeft hij minder arbeidsmarktkansen.*

Depressie wordt gezien als een typisch vrouwelijke aandoening (Bodenhausen & Wirth, 2009). Hierdoor worden vrouwen met depressieve klachten als minder oprecht gezien en meer zelf verantwoordelijk geacht voor de klachten dan mannen. De vooronderstelling dat iemand zelf verantwoordelijk is voor de aandoening werd eerder al genoemd als een factor die zorgt voor extra afstand tot iemand met depressie (Crandall & Feldman, 2007). Omdat mannen als minder verantwoordelijk worden gezien voor hun klachten wordt er waarschijnlijk ook minder afstand tot mannen met depressieve klachten ervaren. Stigma theorie stelt dat dit er vervolgens weer voor zorgt dat mannen met depressieve klachten minder gediscrimineerd worden dan vrouwen met depressieve klachten. Daarom kan verwacht worden dat ook werkgevers mannen met depressieve klachten als oprechter zien dan vrouwen met depressieve klachten en ook meer sympathie tonen voor deze mannen dan voor de vrouwen. Hierdoor worden mannen mogelijk minder gediscrimineerd en hebben zij meer kans op een baan.

Voor vrouwen met depressieve klachten is er op de arbeidsmarkt mogelijk sprake van dubbele stigma. Vrouwen hebben over het algemeen namelijk reeds te maken met stigma en discriminatie op de arbeidsmarkt waardoor ze vaak minder hoge functies en lagere baankansen hebben dan mannen (Darity & Mason, 2004; Fortin, 2005). Voor vrouwen met depressieve klachten is er daardoor sprake van een dubbel stigma: niet alleen zijn ze depressief, ze zijn ook nog vrouw. Dit is erg nadelig omdat vrouwen met depressieve klachten sowieso als minder oprecht ervaren worden dan mannen met depressieve klachten. Daarnaast zorgen ook algemene stigma over vrouwen ervoor dat ze minder arbeidsmarktkansen hebben.

Onderzoek bevestigt dat er inderdaad sprake is van deze dubbele stigma voor vrouwen met een mentale handicap (Stuart, 2003). Door stigma over vrouwen is het dus aannemelijk dat er een verschil is tussen de arbeidsmarktkansen van mannen en vrouwen. Doordat vrouwen met depressieve klachten te maken hebben met dubbele stigma zou kunnen is dit verschil tussen de arbeidsmarktkansen van mannen en vrouwen zelfs nog groter is voor mannen en vrouwen met depressieve klachten dan tussen mannen en vrouwen zonder depressieve klachten.

Hypothese 2: *Het negatieve effect van depressieve klachten op de arbeidsmarktkansen is sterker voor vrouwen dan voor mannen.*

Het is een interessante vraag of een hoog opleidingsniveau voor mensen met depressieve klachten ook zorgt voor een hogere productiviteit en of ook voor hen geldt dat zij onder niveau gaan werken in het geval van bijvoorbeeld een krappe arbeidsmarkt of misschien als zij hun baan niet meer goed uit kunnen voeren doordat zij belemmerd worden door hun klachten. Tussen mensen met depressieve klachten zijn namelijk ook opleidingsverschillen waardoor zij ook in verschillende mate vaardigheden hebben die van belang zijn voor de werkgever. Daarvan uitgaand hebben ook onder de mensen met depressie, de hoogopgeleiden het meest werk.

Aan de andere kant zorgt depressie, zoals eerder genoemd, onder beide groepen voor meer ziekteverzuim, lagere productiviteit (Henke & Lerner, 2008), gebrek aan concentratie en snel afgeleid zijn (Adler et al, 2004). De vraag is of hoogopgeleiden met deze klachten inderdaad de mogelijkheid hebben om 'onder niveau' te gaan werken. Het is aannemelijk dat die mogelijkheid er ook voor deze groep mensen is omdat er meer concentratie nodig is bij het uitvoeren van een ingewikkelde taak dan bij het uitvoeren van een makkelijke taak. Hoewel een hoogopgeleide persoon met depressieve klachten wel te maken heeft met deze concentratieproblemen kan hij of zij een stapje terug doen en een simpelere taak uitvoeren door 'onder niveau' te gaan werken. Wederom geldt dit minder voor mensen met een laag opleidingsniveau.

Bovendien gaat een hoger opleidingsniveau vaak samen met een hoger inkomen en vermogen. Iemand met een hogere opleiding heeft daardoor meer financiële middelen om goede begeleiding van psychologen en psychiaters te krijgen waardoor hij of zij beter om leert gaan met de klachten en beter kan blijven werken. Om deze redenen is de verwachting als volgt:

*Hypothese 3: Voor mensen met een hoog opleidingsniveau is het negatieve effect van depressieve klachten op de arbeidsmarktkansen minder sterk dan voor iemand met een laag opleidingsniveau.*

Ook voor mensen met depressieve klachten vormen de sociale contacten een netwerk dat kan voorzien in informatie, *resources* en sponsors. Of dit netwerk er vergelijkbaar uitziet met een netwerk van iemand zonder depressieve klachten is echter de vraag. Het blijkt namelijk dat netwerken er vaak verschillend uit zien. Hoogopgeleiden hebben bijvoorbeeld een ander netwerk dan laagopgeleiden, jongeren een ander netwerk dan ouderen en alloctonen een ander netwerk dan autoctonen. Dit heeft te maken met dat individuen zich vaak op plekken begeven waar ook anderen zijn met eenzelfde achtergrond. Zo komen hoogopgeleiden elkaar

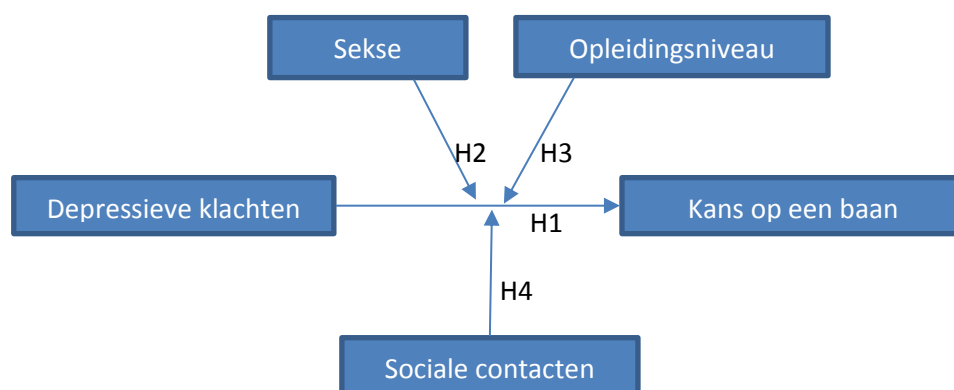
tegen tijdens hun studie en werk waar geen laagopgeleiden zijn en komen ouderen elkaar tegen bij de plaatselijke breiclub waar geen jongeren zijn. Op dezelfde manier kunnen mensen met depressieve klachten elkaar bijvoorbeeld ontmoeten op online forums, bij een behandeling of psycholoog. Mensen die niet met depressie te maken hebben zouden hier niet zo snel terecht komen.

Het blijkt uit onderzoek dat het sociale netwerk van mensen met depressieve klachten er inderdaad anders uit ziet dan van mensen zonder depressieve klachten (Antonucci, Cortina & Fiori, 2006). De vraag is of dit netwerk in dezelfde mate er een rol speelt bij het verkrijgen van informatie over bijvoorbeeld openstaande vacatures. De kwaliteit van steun die een individu krijgt is namelijk ook een factor die de mentale gezondheid beïnvloedt. Als iemand geen positieve steun krijgt, is dit slecht voor de mentale gezondheid (Antonucci, Cortina & Fiori, 2006; Cutrona & Russell, 1991).

Doordat de netwerken van mensen met depressieve klachten er dus mogelijk anders uitzien dan die van mensen zonder depressieve klachten, verwacht ik dat het effect van de sociale contacten op de arbeidsmarktkansen ook anders is voor mensen met depressieve klachten. Door de verwachte mindere kwaliteit van het netwerk van mensen met depressie klachten verwacht ik dat het sociale netwerk minder bijdraagt aan het krijgen van een baan voor mensen met depressieve klachten in het krijgen van een baan.

Hypothese 4: *Het negatieve effect van depressieve klachten op de arbeidsmarktkansen is minder sterk naarmate iemand meer sociale contacten heeft.*

Onderstaand model geeft een overzicht weer van de in deze scriptie getoetste hypothesen.



*Figuur 2* Overzicht van de getoetste hypothesen

## Data en Methode

Voor het toetsen van de hypothesen wordt gebruik gemaakt van data van het Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) project. SHARE is een multidisciplinair, cross-nationaal onderzoek naar gezondheid, sociaal-economische status en sociale en familienetwerken. Het onderzoek betreft individuen van 50 jaar of ouder in 27 Europese landen en Israël. SHARE was het eerste onderzoek naar het leven van individuen van vijftig plus in zo veel verschillende Europese landen en Israël. De reden dat dit onderzoek als relevant werd gezien is dat in Europa het percentage ouderen in de bevolking relatief groot is in vergelijking met andere continenten. Het onderzoek is longitudinaal en begon met de eerste wave in 2004. De meest recente data is van wave 6 en is begin 2017 gepubliceerd (SHARE – survey of Health, Aging and Retirement in Europe, 2017).

In deze analyse worden alleen Nederlandse respondenten onderzocht omdat het onderzoek gericht is op de arbeidsmarktsituatie van mensen met depressieve klachten in Nederland. Voor de analyse wordt data gebruikt die is verzameld in 2010 (wave 4). Hierbij is bewust gekozen om niet de meer recentere data uit 2013 (wave 5) of 2016 (wave 6) te gebruiken. Van de data uit 2013 (wave 5) wordt geen gebruik gemaakt omdat daarin de sociale netwerken van de respondenten niet onderzocht zijn. Deze gegevens zijn wel nodig omdat één van de moderatoren die onderzocht zal worden sociale netwerken is. Tevens is er voor gekozen om ook niet de data uit 2016 (wave 6) te gebruiken omdat in dat jaar geen data in Nederland is verzameld. Dat terwijl dit onderzoek zich richt op Nederland. Door er voor te kiezen om niet de meest recente beschikbare data te gebruiken is er een risico dat de data verouderd zijn. Echter gaat het onderzoek over arbeidsmarktprocessen die niet op de korte termijn veranderen en die, zoals ook in de introductie benoemd, zowel begin jaren 2000 als heden in 2017 een rol spelen. Bovendien weegt het gebruik van iets recentere data mijns inziens niet op tegen het verlies van een belangrijke moderator.

De data van wave 4 bestaat uit respondenten uit wave 1, de *baseline sample*, en respondenten die voor wave 2, 3 en 4 aan de data zijn toegevoegd, de *refreshment samples*. Een *refreshment sample* is een steekproef van nieuwe respondenten die genomen kan worden om verschillende redenen. Zo zorgt een *refreshment sample* ervoor dat het aantal respondenten niet verminderd doordat respondenten niet meer mee willen of kunnen doen. In het geval van het SHARE project zorgt een *refreshment sample* er ook voor dat nieuwe individuen die 50 jaar geworden zijn ook in de steekproef opgenomen worden. Op die manier blijven er ook beginnende vijftigers in de steekproef en verschuift de gemiddelde leeftijd niet.

Hoewel het onderzoek zich focust op mensen van 50+, is de jongste respondent in de sample 37. De response rate was 57% voor de *baseline sample* en 39% voor de *refreshment sample* (Abduladze et al., 2013).

In Nederland wordt het onderzoek uitgevoerd door *Utrecht School of Economics* van de Universiteit Utrecht. De vragenlijst is *face-to-face* in het Nederlands afgenomen. Alle interviewers zijn hiertoe vooraf gescreend en opgeleid (SHARE release guide 6.0.0, 2017).

Omdat de SHARE data per onderwerp verdeeld is in datasets zijn voor dit onderzoek verschillende datasets samengevoegd tot één nieuw databestand. In de analyse zijn alleen die respondenten meegenomen die op alle variabelen (behalve de controle-variabelen) een geldige waarde hebben. Volgens de wet in 2010 ten tijde van de dataverzameling, zijn alle mensen van 65 jaar en ouder pensioengerechtigd. Zij behoren niet meer tot de beroepsbevolking. Daarom zijn alle respondenten van 65 jaar en ouder uitgesloten uit de analyse. Dit geeft een steekproef van 1383 respondenten. Na selectie van de overige variabelen is het aantal respondejten 795 in analyse 1 en 1070 in analyse 2.

### *Operationalisatie*

De afhankelijke variabele in dit onderzoek zijn de arbeidsmarktkansen. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is het nodig dat er een verdeling wordt gemaakt tussen werklozen en werkzamen. Officieel wordt iemand meestal als werkloos gezien als hij geen baan heeft maar wel minimaal 12 uur per week wil werken (CBS, 2017). Nadeel van deze definitie is echter dat onzichtbare werkloosheid hierdoor over het hoofd wordt gezien. Zo kan het dat iemand de hoop op werk heeft opgegeven en zich dus op het huishouden en de zorg voor de kinderen is gaan richten. Deze persoon had wel de aspiratie om te gaan werken maar heeft bijvoorbeeld na veel problemen met het vinden van een baan, deze wil opgegeven. Zowel het analyseren van de officiële definitie als een definitie waar ook mogelijk onzichtbare werkloosheid wordt meegenomen is zinvol. Daarom zijn er twee uitkomstvariabelen voor werkloosheid gevormd.

Werkloosheid wordt gemeten door de *Current Job Situation*. Hierbij werd de volgende meerkeuze vraag gesteld: *Welke van onderstaande omschrijft in het algemeen uw huidige positie op de arbeidsmarkt? 1. gepensioneerd of vervroegd gepensioneerd 2. in loondienst of zelfstandige (incl. werkzaam in familiebedrijf) 3. werkloos 4. langdurig ziek, arbeidsongeschikt of gehandicapt 5. zorgend voor huishouden of gezin 97. Anders.*

Voor de eerste werkloosheid variabele zijn alleen de categoriën *2. in loondienst of zelfstandige (incl. werkzaam in familiebedrijf)* en *3. Werkloos* meegenomen in de analyse.



Respondenten die een antwoord hebben gegeven dat in één van de andere categorieën valt zijn gecodeerd als missing. De oorspronkelijke variabele is omgecodeerd naar 0 ‘werkloos’ en 1 ‘werkend’. Na het selecteren van de missings blijven er 863 respondenten over van de 2789 Nederlandse respondenten in wave 4. Deze grote daling in het respondenten aantal heeft te maken met het feit dat het grootste deel van de antwoordcategorieën als missing is gecodeerd en met name met de vele gepensioneerden in deze dataset met 50 plussers.

Voor de tweede werkloosheid-variabele zijn ook de andere antwoordcategorieën als werkloos gecodeerd. Alleen gepensioneerden zijn niet in de analyse betrokken. De groep werklozen bevat nu alle respondenten met een antwoord in categorie 3. *werkloos 4. langdurig ziek, arbeidsongeschikt of gehandicapt 5. zorgend voor huishouden of gezin* of 97. *Anders*. De groep werkenden is hetzelfde gebleven. De oorspronkelijke variabele is wederom omgecodeerd naar 0 ‘werkloos’ en 1 ‘werkend’. Na het selecteren van de missings geeft dit een totaal van 1509 respondenten.

De onafhankelijke variabele depressieve klachten zijn gemeten met de EUROD schaal. Deze schaal is ontwikkeld om depressieve symptomen op hogere leeftijd te kunnen meten (Beekman et al., 1999). De schaal bestaat uit 12 vragen met betrekking tot depressie, pessimisme, zelfmoordneigingen, schuldgevoel, slaap, interesse, prikkelbaarheid, eetlust, vermoeidheid, concentratie, plezier en huilen in de afgelopen maand. De score wordt bepaald door individuele symptomen de score als 0 ‘niet aanwezig’ en 1 ‘aanwezig’. Dit resulteert in een totaalscore van 0 tot 12 waarbij een hogere score een indicatie is van meerdere depressieve symptomen (Banerjee et al., 2008).

De eerste moderator sekse is gemeten aan de hand van de variabele *gender*. Deze variabele was oorspronkelijk gecodeerd als 1 ‘man’ en 2 ‘vrouw’. Er is gekozen om deze variabele om te coderen tot een dichotome variabele *sekse* met waarden 0 ‘man’ en 1 ‘vrouw’. Van de respondenten is 46% man. Voor elke respondent is de sekse gerapporteerd, er zijn geen missende waarden.

De tweede moderator is opleidingsniveau. In het SHARE onderzoek wordt opleiding op twee manieren gemeten, in jaren en in niveaus. Het is het meest zinvol om opleiding in jaren mee te nemen in de analyse. Hierin zit het meest variatie wat de verklarende kracht van de variabele vergroot. Voor deze variabele zijn er echter vele missings waardoor er voor is gekozen om de analyse te doen met behulp van de opleidingsniveau's. Doordat verschillende niveau's in één categorie zijn geplaatst, is het niet mogelijk om op basis van het opleidingsniveau in categorieën, het opleidingsniveau in jaren te bepalen. In plaats daarvan is er voor gekozen om zo veel mogelijk verschillende niveau categorieën te laten bestaan en in

oplopende volgorde te coderen en geen gebruik te maken van andere gangbare coderingen zoals die van Fort (Fort, 2006). Op die manier is de verklarende kracht zo groot mogelijk.

De variabele opleiding is gebaseerd op de vraag “*Wat is uw hoogst genoten opleiding afgesloten met certificaat of diploma?*”. De oorspronkelijke variabele betrof de volgende 14 keuze antwoorden: basisonderwijs, VGLO of LAVO, voortgezet (speciaal) onderwijs, voortgezet onderwijs (HAVO+), lager beroepsonderwijs, middelbaar beroepsonderwijs, hoger beroepsonderwijs, hoger beroepsonderwijs 2<sup>e</sup> fase, wetenschappelijk onderwijs, speciaal onderwijs, leerlingwezen, nog geen diploma of volgt nu onderwijs, geen, en andere opleiding. Om opleiding als moderator te kunnen analyseren is de variabele omgecodeerd naar oplopende niveau's. Speciaal onderwijs, leerlingwezen en andere opleiding zijn als missing gecodeerd omdat ze niet in de oplopende schaal te plaatsen zijn. Verdere zijn de categorieën ‘0’ geen opleiding of nog geen diploma/ volgt nu onderwijs, ‘1’ basisonderwijs, ‘2’ VGLO of LAVO, ‘3’ voortgezet (speciaal) onderwijs, ‘4’ lager beroepsonderwijs, ‘5’ HAVO, VWO, atheneum, gymnasium, HBS, MSS of lyceum, middelbaar beroepsonderwijs, ‘6’ hoger beroepsonderwijs, ‘7’ wetenschappelijk onderwijs.

De derde en laatste moderator zijn de sociale contacten. Dit is gemeten met de vraag “Zijn er (nog meer) personen waarmee u de afgelopen 12 maanden hebt gesproken over dingen die voor u belangrijk zijn?”. De vraag werd tot maximaal zeven keer aan de respondent gesteld. Elke keer kon de respondent een nieuw persoon aangeven met wie hij belangrijke dingen besprak. Het aantal nabije contacten dat de respondent aangeeft is gecumuleerd tot een nieuwe variabele *sociale contacten* met waarden van 0 tot en met 7. Hierbij staat ‘0’ voor helemaal geen nabije sociale contacten en ‘7’ voor zeven of meer nabije sociale contacten. Hiervoor is gekozen omdat het voor het beantwoorden van de deelvraag alleen van belang is hoeveel nabije sociale contacten de respondent heeft en niet zo zeer hoe de contacten er verder inhoudelijk uitzien. Elke respondent heeft een geldige waarde op deze vraag.

Naast het hoofdeffect en de modererende variabelen is er gecontroleerd voor leeftijd, huwelijkse staat en fysieke ziektes.

De variabele *age* reflecteert de leeftijd van de respondent gemeten in jaren op het tijdstip van het interview. Omdat de exacte interviewdatum niet voor elke respondent afzonderlijk geregistreerd is, wordt voor alle respondenten de leeftijd berekend op 31dec. 2011. Hiervoor is een nieuwe variabele aangemaakt die het verschil in jaren tussen het geboortjaar en 2011 meet, of te wel de leeftijd van de respondent.

De huwelijkse staat is gemeten met de vraag “Wat is uw burgerlijke staat?”. De oorspronkelijk zes antwoordcategoriën zijn omgecodeerd naar twee categorieën op de variabele *getrouwd* waarbij een waarde ‘0’ is toegekend voor respondenten die nooit getrouwd zijn geweest, gescheiden zijn of weduwe/weduwnaar zijn. De waarde ‘1’ is toegekend aan respondenten die getrouwd zijn en samen wonen met hun echtgeno(o)t(e), geregistreerd partnerschap of een samenlevingscontract hebben of getrouwd zijn maar gescheiden leven van hun echtgeno(o)t(e). Dit verwijst naar de mensen die getrouwd zijn.

Tot slot is gemeten of iemand last heeft van een fysieke beperking. Dit is gebaseerd op de vraag “Heeft de dokter u ooit verteld dat u lijdt aan/hebt u momenteel één of meer van de volgende kwalen?”. Respondenten konden antwoorden aangeven varrierend van een hoge bloeddruk tot kanker tot een gebroken heup. Als een respondent minimaal één van de aandoeningen had, heeft de respondent een waarde ‘1’ op variabele *ziek* gekregen. Dit wil zeggen dat iemand een fysieke aandoening heeft. In alle overige gevallen heeft de respondent een waarde ‘0’ gekregen.

Het uiteindelijke aantal respondenten voor de eerste analyse is 795. De oorspronkelijke data bestaande uit alle Nederlanders van 65 jaar en ouder bestond uit 1383 respondenten. Na het selecteren van de variabele *werkend smal* bleven er 831 respondenten van de oorspronkelijke 2789 over. Dit aantal is gedaald door missende waarden op de variabelen *depressie* (6 missings) en *opleiding* (30 missings).

Het uiteindelijke aantal respondenten voor de tweede analyse is 1070. Na selectie van de variabelen *werkend breed* bleven 1214 respondenten van over oorspronkelijke 1383 respondenten over. Dit aantal is gedaald door missende waarden op de variabelen *depressie* (12 missings) en *opleiding* (41 missings) en *getrouwd* (91 missings).

In tabel 1 zijn de beschrijvende statistieken van alle variabelen te zien. Opvallend is het verschil in de gemiddelde score op de variabelen *werklozen* (.95) en *werklozen en inactieven* (.66). Dit laat duidelijk zien dat het verbreden van de definitie van werklozen door ook inactieven me te nemen, zorgt voor een veel hoger aantal respondenten die als werklozen zijn gecodeerd. Dit grote verschil maakt dat het uitvoeren van de verschillende analyses inderdaad relevant is.

**Tabel 1: Beschrijvende statistieken**

	Min	Max	N <sup>1</sup>	Mean <sup>1</sup>	SD <sup>1</sup>	N <sup>2</sup>	Mean <sup>2</sup>	SD <sup>2</sup>
<i>Afhankelijke variabele</i>								
Werkend smal	0	1	795	.95	.22			
Werkend breed	0	1				1070	.66	.47
<i>Onafhankelijke variabele</i>								
Depressie	0	11	795	1.70	1.79	1070	2.00	2.02
<i>Modererende variabelen</i>								
Vrouw	0	1	795	.53	.50	1070	.61	.49
Opleiding	0	9	795	5.74	2.09	1070	4.62	1.60
Netwerk	0	6	795	2.60	1.49	1070	2.62	1.49
<i>Controle variabelen</i>								
Leeftijd	37*	71**	795	56.61	4.18	1070	57.27	4.30
Getrouwd	0	1	795	.76	.57	1070	.89	.31
Ziek	0	1	795	.50	.50	1070	.54	.50

<sup>1</sup>Analyse 1<sup>2</sup>Analyse 2

\*35 in analyse 2

\*\*91 in analyse 2

## Analyse

Om het conceptuele model te toetsen wordt gebruik gemaakt van een Binaire Logistische Regressieanalyse. Voor deze toets is gekozen wegens de dichotome uitkomstvariabelen *werkend smal* en *werkend breed*.

Er worden twee analyses uitgevoerd. In de eerste analyse is *werkend smal* de afhankelijke variabele. Deze variabele is gebaseerd op de officiële definitie van werkloosheid. In de tweede analyse is *werkend breed* de afhankelijke variabele en is de definitie van werkloosheid breder dan in de eerste analyse.

In beide analyses worden verder dezelfde modellen getoetst. Model 1a en 1b toetsten het hoofdeffect van depressieve klachten op werk en worden de controle variabelen en de directe effecten van sekse, opleiding en sociale contacten getoetst. In model 2a en 2b worden vervolgens ook de interacties van depressie en sekse, depressie en opleiding, en depressie en sociaal netwerk toegevoegd aan de analyse.

Voor het toetsen van de hypothesen zijn alle variabelen gestandaardiseerd. Dit vergemakkelijkt de interpretatie van de resultaten. In de analyse zijn alleen de respondenten meegenomen die op alle variabelen een geldige waarde hebben.

## Resultaten

### Assumpties

Voordat de analyses zijn uitgevoerd zijn een aantal assumpties voor Binaire Logistische Regressie getoetst. Deze toets is geschikt omdat de afhankelijke variabelen, *werkend smal & werkend breed*, dichotome variabelen zijn waarvoor geldt dat '1' de gewenste situatie, ofwel werkend, is. De data bestaat uit respectievelijk 795 en 1070 cases wat de dataset groot genoeg maakt voor een logistische regressie analyse. Alle categorieën zijn exclusief. Er is getoetst voor multicolineariteit met behulp van de Variance Inflation Factors (FIV's). Desondanks is er gebruik gemaakt van gestandaardiseerde variabelen om de interpretatie eenvoudiger te maken. Alle VIF's waren ruim onder 10 wat wil zeggen dat er geen sprake is van multicolineariteit. Toetsen voor lineariteit van de logit niet nodig omdat er geen continue variabelen in de analyse zijn meegenomen.

### *Figuur 1*

*Overzicht van de hypothesen*

---

**Hypothese 1:** *Hoe meer depressieve symptomen hoe minder arbeidsmarktkansen.*

**Hypothese 2:** *Mannen met depressieve klachten hebben meer arbeidsmarktkansen dan vrouwen met depressieve klachten.*

**Hypothese 3:** *Mensen met depressieve klachten en een hoog opleidingsniveau hebben meer arbeidsmarktkansen dan mensen met depressieve klachten en een laag opleidingsniveau.*

**Hypothese 4:** *Mensen met depressieve klachten met veel sociale contacten hebben meer kansen dan mensen met depressieve klachten en weinig sociale contacten.*

---

## Resultaten

Voor het testen van de hypothesen zijn twee analyses gedaan die elk bestaan uit twee modellen. In de eerste analyse is de officiële definitie gebruikt als basis om te bepalen wie er werkzaam en werkloos zijn. In de tweede analyse is een bredere definitie gebruikt die mogelijk ook onzichtbaar werklozen en mensen die werken na hun pensioen bevat. De operationalisatie van beide concepten is omschreven in de voorgaande *data en methode* sectie.

In beide analyses worden twee modellen getoetst. In model 1a en 1b is het directe effect van depressieve klachten op werk gemeten en zijn ook de controle variabelen en de directe effecten van sekse, opleiding en netwerk geanalyseerd. In model 2a en 2b zijn ook de

interactievariabelen aan de analyse toegevoegd. De resultaten van de van de analyses zijn weergegeven in Tabel 2.

Model 1a en 2a bevestigen het veronderstelde verband tussen depressieve klachten en werk niet. Er is geen hoofdeffect van de depressie op werk. Dit wil zeggen dat het aantal depressieve symptomen geen invloed heeft op de arbeidsmarktkansen van een individu ( $\beta=.034$ , Wald(1)=.027,  $p=.870$ ). Op *getrouwd* na zijn ook de andere hoofdeffecten niet significant. Mensen die getrouwd zijn hebben vaker een baan dan mensen die niet getrouwd zijn ( $\beta=.377$ , Wald(1)=5.753,  $p=.016$ ).

Op basis van model 1b (zie tabel2) kan echter een andere conclusie getrokken worden. In dit model is er de bredere definitie voor werkend en werkloos gebruikt en het model bevestigt hypothese 1: er is een significant negatieve relatie tussen het aantal depressieve klachten en het hebben van een baan ( $\beta=-.365$ , Wald(1)=29.723,  $p<.001$ ). De kans op een baan neemt af met 30.6% bij toename van het aantal depressieve klachten met 1 ( $\beta_{exp}=.694$ , 95% CI [.609, .792]). Van de variantie in werk wordt 46,6% verklaard door het model (Nagelkerke  $R^2= .466$ ,  $-2 \log$  likelihood= 1366.661).

In model 1b is tevens te zien dat twee van de drie controlevariabelen een significante invloed hebben op het hebben van werk. Alleen huwelijkse staat heeft geen significante invloed op het hebben van werk. Respondenten die getrouwd zijn hebben niet vaker werk dan respondenten die niet getrouwd zijn ( $\beta=.081$ , Wald(1)=1.040,  $p=.308$ ). Leeftijd en het hebben van fysieke klachten zijn wel van invloed op het hebben van werk. Naarmate respondenten ouder zijn, hebben zij namelijk minder werk ( $\beta=-1.835$ , Wald(1)=170.939,  $p<.001$ ). En ook respondenten die fysieke beperkingen hebben, hebben minder werk dan respondenten zonder fysieke klachten ( $\beta=-.157$ , Wald(1)=6.627,  $p=.010$ ).

Daarnaast is er ook een direct effect van geslacht en opleiding op het hebben van werk. Vrouwen hebben minder vaak werk dan mannen ( $\beta=-.564$ , Wald(1)=57.435,  $p<.001$ ) en naarmate het opleidingsniveau hoger is, hebben mensen vaker werk ( $\beta=.843$ , Wald(1)=41.321,  $p<.001$ ). Opvallend is dat er een geen direct effect is van het sociale netwerk op werk ( $\beta=-.026$ , Wald(1)=.151,  $p=.698$ ).

**Tabel 2 Logistische Regressie Analyse van het hebben van depressieve klachten op de kansen op een baan, officiële definitie van werkend**

	Model 1a <sup>1</sup>			Model 2a <sup>1</sup>			Model 1b <sup>2</sup>			Model 2b <sup>2</sup>		
	B	SE	EXB(CI)	B	SE	EXB(CI)	B (SE)	SE	EXB(CI)	B	SE	EXB(CI)
Constant	2.202	.394	9.044	2.277	.405	9.752	-1.048***	.122	.351	-1.070***	.122	.343
Depressie	-.021	1.82	.979 (.686-1.399)	.034	.206	1.034 (.690-1.550)	-.365***	.067	.694 (.609-.792)	-.384***	.075	.681 (.588-.789)
Getrouwd	.377*	.156	1.458 (1.074-1.979)	.377*	.157	1.458 (1.071-1.984)	.081	.079	1.084 (.928-1.267)	.079	.079	1.083 (.926-1.265)
Leeftijd	-.627	.408	.534 (.240-1.188)	-.596	.409	.551 (.248-1.228)	-1.835***	.140	.160 (.121-.210)	-1.827***	.140	.161 (.122-.212)
Ziek	-.172	.147	.842 (.631-1.123)	-.178	.147	.837 (.627-1.117)	-.157**	.061	.855 (.758-.963)	-.163**	0.61	.850 (.753-.958)
Vrouw	.139	.170	1.149 (.823-1.604)	.110	.180	1.117 (.785-1.589)	-.564***	.074	.569 (.491-.658)	-.557***	.075	.573 (.494-.664)
Opleiding	.117	.271	1.124 (.661-1.911)	.111	.271	1.118 (.657-1.901)	.843***	.131	1.2.322 (1.796-3.002)	.866***	.133	2.376 (1.831-3.085)
Netwerk	.049	.167	1.050 (.757-1.457)	.043	.168	1.044 (.751-1.451)	-.026	.067	.974 (.854-1.111)	-.020	.069	.980 (.856-1.122)
Depressie*vrouw				-.167	.197	.846 (.575-1.244)				.132	.074	1.141 (.987-1.320)
Depressie*opleiding				-.072	.268	.930 (.550-1.575)				-.177	.116	.838 (.668-1.051)
Depressie*netwerk				-.056	.15	.945 (.671-1.332)				.021	.062	1.021 (904-1.154)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	.041			.044			.466			.470		
-2 log likelihood	317.707			316.746			1366.661			1360.514		
$\chi^2$	15.449			16.725			10.761			14.534		
N	795			795			1070			1070		

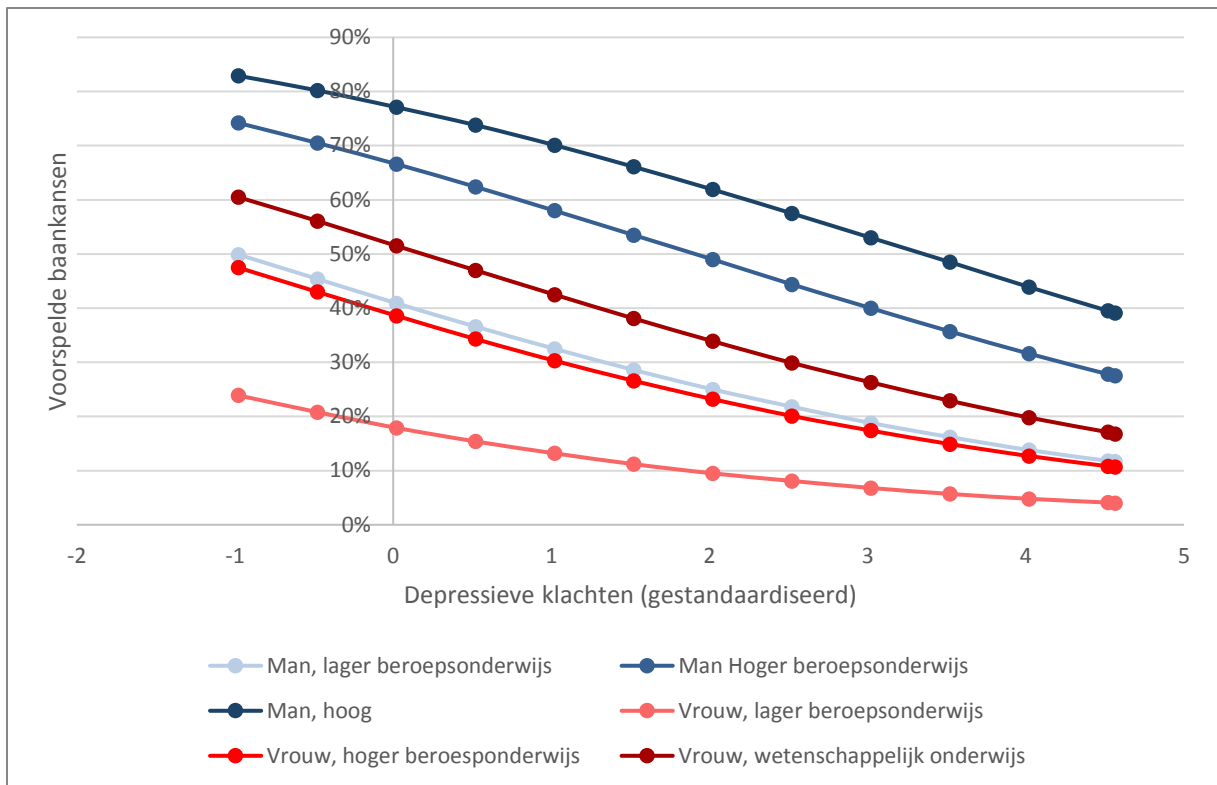
<sup>1</sup> Afhankelijke variabele is *werkend smal*, <sup>2</sup> Afhankelijke variabele is *werkend breed*

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

In model 2b (zie tabel 2) zijn ook de interactieëffecten van respectievelijk sekse, opleiding en het sociale netwerk met depressie toegevoegd aan de analyse. Model 2b vormt geen significante verbetering van het model ten opzichte van model 1b ( $\chi^2=14.534$ ,  $p=.069$ ). Van de variantie in werk wordt 46,5% verklaard door het model (Nagelkerke  $R^2= .470$ ,  $-2 \log$  likelihood=1360.514). Dit wordt duidelijk als naar de variabelen in het model gekeken wordt: de resultaten uit model 2b zijn grotendeels hetzelfde als in model 1b. Zoals te zien in tabel 2 is er nog steeds sprake van een hoofdeffect van depressie, leeftijd, ziekte, geslacht en opleiding. Er is geen significant interactieëffect van depressie en sekse ( $\beta=.132$ , Wald(1)=3.163,  $p=.075$ ), noch van depressie en opleiding ( $\beta=-.177$ , Wald(1)=2.352,  $p=.125$ ) en ook niet van depressie en netwerk ( $\beta=.021$ , Wald(1)=.115,  $p=.734$ ). Het effect van depressieve klachten op de kans om een baan te vinden verschilt dus niet voor mannen en vrouwen, niet voor mensen met verschillende opleidingsniveaus en ook niet voor mensen met verschillende netwerkgroottes. Hypothese 2, 3 en 4 worden niet bevestigd.

Om de resultaten meer concreet te maken, zijn de voorspelde baankansen berekend voor verschillende scenario's en weergegeven in figuur 2. Hierbij wordt model 1b aangehouden en zijn alle resultaten uit dat model gebruikt voor het berekenen van de voorspelde baankans. Het aantal depressieve klachten, het geslacht en het opleidingsniveau variëren tussen de grafieken. Voor de leeftijd is de gemiddelde leeftijd van de respondenten gekozen. Dit is 57 jaar. De fictieve respondent heeft geen fysieke klachten, op die manier wordt het effect van die fysieke klachten op de kans op werk uitgesloten. Hiervoor is gekozen omdat dit onderzoek zich richt op de mentale klacht depressie. Verder is de fictieve respondent getrouwd en heeft een netwerk van drie mensen met wie hij belangrijke zaken bespreekt. In figuur 2 is dus een getrouwde respondent te zien van 57 jaar die geen fysieke klachten heeft en drie nabije sociale contacten heeft.





*Figuur 3 Voorspelde baankansen*

Er zijn drie dingen die opvallen in de figuur. Ten eerste is de voorspelde baankans hoger naarmate het opleidingsniveau hoger is. Zowel voor mannen en vrouwen met en zonder depressieve klachten geldt dat een hoger opleidingsniveau zorgt voor een hogere voorspelde baankans. Zo is voor een man met een gemiddeld aantal depressieve klachten de kans op een baan 29% als hij LBO heeft gevolgd, 54% als hij HBO heeft gevolgd en 66% als hij WO heeft gevolgd.

Ten tweede hebben vrouwen altijd een lagere voorspelde baankans dan mannen met hetzelfde opleidingsniveau. Zo is de voorspelde baankans van mannen zonder depressieve klachten met een HBO opleiding 74% terwijl dat voor vrouwen in eenzelfde situatie 48% is.

Tot derde neemt de voorspelde baankans altijd af naarmate de depressieve klachten toenemen. Concreet betekent dit dat de voorspelde kans dat een man van 57 met een universitaire opleiding, zonder depressieve klachten werk heeft 83% is. Voor een man in eenzelfde situatie met als enige verschil dat hij last heeft van alle gemeten depressieve klachten, is deze kans 39%. Het gaat dus om een afname van 44%.

Hoewel er geen significante interacties zijn, is de situatie van mannen en vrouwen van verschillende opleidingsniveaus dus wel anders. Zo blijkt dat het verschil in de voorspelde baankans tussen mensen met en zonder depressieve klachten afhankelijk is afhankelijk van het

opleidingsniveau. Het verschil tussen de baankans van een man zonder depressieve klachten en met depressieve klachten in procentpunten is namelijk 38% voor een LBO opleidingsniveau, 47% voor een HBO opleidingsniveau en 44% voor een WO opleidingsniveau.

Voor vrouwen is dit net wat anders. De voorspelde kans op werk is 24% voor een vrouw van 57 met een LBO opleiding, zonder depressieve klachten. Als de vrouw alle gemeten depressieve klachten zou hebben, is deze kans slechts 4%. Dit is afname van 20%. Voor een vrouw die hoger beroepsonderwijs heeft gevolgd is deze afname 37% en voor een vrouw die wetenschappelijk onderwijs heeft gevolgd 44%. Voor vrouwen geldt ook dat het verschil in voorspelde baankans tussen de opleidingsniveau's kleiner is als zij veel depressieve klachten hebben dan als ze geen depressieve klachten hebben. Als vrouwen geen depressieve klachten hebben is er een verschil in baankans van 37% tussen vrouwen met een LBO en WO opleiding. Als zij alle depressieve klachten rapporteren is dit verschil 13%. Voor een vrouw maakt haar opleidingsniveau dus minder uit voor haar kans op een baan als zij veel depressieve klachten heeft.

Binnen het bereik van deze data en analyse is dit voor mannen in veel mindere mate het geval. Voor hen is het verschil tussen de voorspelde baankans van iemand met een LBO en WO opleiding 33% als zij geen depressieve klachten vertonen en 27% als zij alle depressieve klachten vertonen.

## **Conclusie & discussie**

Onderzoek naar de (beperkte) arbeidsmarktkansen van mensen met een handicap focust zich veelal op fysieke handicaps terwijl gebleken is dat mensen met een mentale handicap vaak in een nog meer benadeelde situatie bevinden. Om meer licht te werpen op de arbeidsmarktkansen van mensen met een mentale handicap is in dit onderzoek geanalyseerd wat het effect is van depressieve klachten op de kans op een baan. De hypothesen zijn in twee analyses getoetst met een Logistische Regressie Analyse. In de eerste analyse is een officiële definitie voor werkloos en werkzaam zijn aangehouden. In de tweede analyse is een bredere definitie gebruikt waarbij ook mogelijk verborgen werkloosheid getoetst wordt.

Op basis van de onderzoeksresultaten kan een aantal conclusies getrokken worden. Om te beginnen blijkt dat de operationalisering van werkloos of werkend zijn een grote invloed heeft op de resultaten. Als een meer officiële operationalisering wordt aangehouden, waarbij werklozen die mensen zijn die op zoek zijn naar een baan, en men met pensioen gaat met 65 jaar, wordt er geen effect gevonden van de mate van depressieve klachten op de kans

op werk. Mensen zonder depressieve klachten en mensen met veel depressieve klachten hebben even vaak werk.

Als echter een bredere groep onderzocht wordt waarbij ook mogelijk verborgen werkloosheid meegenomen worden, zijn de resultaten geheel anders. Dan blijkt dat mensen minder vaak werken naarmate zij meer depressieve klachten hebben. Dit is in overeenkomst met hypothese 1 en is een mogelijke bevestiging van Stigma theorie en *Human Capital* theorie. Dit verschil in baankansen kan namelijk mogelijk verklaard worden door stigma ten opzichte van mensen met depressie die ervoor zorgen dat zij gediscrimineerd worden op de arbeidsmarkt. Tegelijkertijd kan het verschil verklaard worden door een verminderde of zelfs beperkte productiviteit die veroorzaakt wordt door de depressieve klachten. Omdat het gevonden effect echter al begint bij één depressieve klacht, is de vraag in hoeverre deze ene klacht effect heeft op de productiviteit en/of zorgt dat iemand gestigmatiseerd wordt. Zo is het niet aannemelijk dat iemand met één depressieve klacht zichzelf al als depressief ziet en op die manier door de buitenwereld bestempeld wordt. Het is daarentegen meer plausibel dat ook een enkele klacht een persoon bezighoudt waardoor hij zich bijvoorbeeld minder kan concentreren en minder productief is. Het is dus aannemelijker om de resultaten als een bevestiging van de *Human Capital* theorie te zien.

Een andere verklaring voor de afname in kans op werk zou zijn dat de depressieve klacht(en) ervoor zorgen dat mensen minder graag willen werken. En, tot slot kan er ook sprake zijn van een omgekeerd verband: mensen die werkloos zijn geraakt krijgen te maken met één of meerdere depressieve klachten als gevolg van de werkloosheid. Vervolgonderzoek moet uitwijzen wat de precieze grondslag is van het gevonden verband.

Naast het hoofdeffect werd er een interactie-effect verwacht van depressieve klachten met geslacht, met opleiding en met het sociale netwerk. Geen van deze interactie-effecten bleek significant te zijn. Deze onverwachte resultaten kunnen betekenen dat er inderdaad geen sprake is van een interactie-effect. In dat geval is een sociaal netwerk, opleiding en geslacht even belangrijk is voor mensen met als zonder depressieve klachten. Wat het sociale netwerk betreft zijn er ook wat andere verklaringen mogelijk. Het kan namelijk zo zijn dat niet de juiste kenmerken van het netwerk zijn onderzocht. *Weak Tie* theorie is een onderdeel van de Sociaal kapitaal theorie dat juist voorspelt dat niet de nabije contacten maar de verre contacten een belangrijke rol spelen in het krijgen van een baan. Hij stelt dat er clusters bestaan van sterke connecties (*strong ties*) van mensen die elkaar goed kennen. Tussen deze clusters kunnen zwakke connecties (*weak ties*) bestaan die ervoor zorgen dat informatie uit een ander cluster binnenkomt. Deze connecties hebben een overbruggende functie en worden

dus *local bridges* genoemd. Ze zijn erg voordelig omdat ze unieke informatie in een cluster brengen over bijvoorbeeld openstaande vacatures. Het blijkt inderdaad dat het grootste deel van de mensen degene die hen de informatie over hun baan heeft doorgespeeld slechts af en toe of zelden ziet (Granovetter, 1973). Op basis van deze redenering zou het verkeerde soort netwerk onderzocht zijn. Een andere verklaring is dat het netwerk van mensen met depressieve klachten niet optimaal is en daarom geen grotere rol speelt bij het vinden van een baan dan voor mensen zonder depressieve klachten. Zo kan het zijn dat mensen met depressieve klachten ook een netwerk hebben met veel mensen met depressieve klachten bijvoorbeeld doordat zij zich concentreren rondom een depressie hulpgroep focus (Feld, 1981). Dit zou kunnen ontstaan doordat ze elkaar opzoeken of door een leefomgeving waar om een of andere reden veel mensen met depressieve klachten zijn (Cohen, 2004).

Echter, nadat met behulp van de directe effecten een grafiek met de voorspelde baankansen was vervaardigd, leek er toch sprake van een verschil in het effect van depressieve klachten voor mannen en vrouwen en voor mensen met verschillende opleidingsniveaus. Zo leek opleidingsniveau minder van belang voor vrouwen met veel depressieve klachten dan voor vrouwen met weinig depressieve klachten. Voor mannen was dit andersom. Het kan dus tevens zo zijn dat er wel sprake is van een interactie maar dat dit effect, door bijvoorbeeld een gebrek aan cases, niet significant is bevonden. In dat geval zou een grotere dataset relevant zijn.

Dit brengt ons op de aanbevelingen voor vervolgonderzoek. Hoewel het onderzoek met zorg is uitgevoerd zijn er een aantal belangrijke beperkingen. Ten eerste is het relevant om longitudinaal onderzoek te doen. Dit onderzoek is cross-sectioneel waardoor er geen causale conclusies getrokken kunnen worden. Zoals eerder genoemd, is depressie echter niet alleen een mogelijke oorzaak maar ook een gevolg van werkloosheid. Door longitudinaal onderzoek te doen kan uitgesloten worden dat respondenten, die om welke reden dan ook werkloos en depressief zijn geraakt gezien worden als respondenten die werkloos zijn als gevolg van hun depressieve klachten. Hierdoor kunnen causale conclusies getrokken worden en kan meer inzicht komen in de daadwerkelijk onderliggende processen die zorgen voor werkloosheid van mensen met depressie.

Een andere manier om meer inzicht te krijgen in de onderliggende processen is om de attitudes van werkgevers te toetsen. Stigma zijn een mogelijke basis voor discriminatie op de arbeidsmarkt. Door stigma over depressie onder werkgevers te onderzoeken kan duidelijk worden of deze basis voor discriminatie inderdaad aanwezig is.

Ten tweede is het aanbevolen om data te gebruiken die niet alleen ouderen bevat maar de gehele beroepsgeschikte bevolking. Dit maakt dat de gevonden resultaten ook relevanter zijn voor de beleidsinstanties omdat de resultaten gegeneraliseerd kunnen worden naar een grotere bevolkingsgroep. Hierbij is het belangrijk om ook een grotere groep respondenten te hebben die veel depressieve klachten hebben. Dit is namelijk een van de grote beperkingen van de analyses in dit onderzoek. Slechts 36 van de 795 respondenten in analyse 1a en 2a hadden minimaal 6 van de 11 depressieve klachten. In analyse 1b en 2b was dit 75 van de 1070 respondenten. Met name in de eerste analyse is dit een beperkt aantal in het bijzonder omdat dit juist de groep respondenten die het meest relevant is voor het onderzoek. Door een grotere dataset te gebruiken met ook meer mensen die (zeer) depressief zijn kan voorkomen worden dat de hypothesen onterecht verworpen worden.

Tot slot beveel ik aan om niet alleen het onderzoek naar depressie uit te breiden maar ook naar andere psychische beperkingen. Huidig onderzoek is nog beperkt en de resultaten zijn niet consistent. Door verschillende beperkingen te onderzoeken kan meer inzicht verkregen worden in de arbeidsmarktkansen van mensen met verschillende psychische beperkingen. Deze kennis kan vervolgens weer ingezet worden om de werkgelegenheid voor mensen met een psychische handicap te optimaliseren.

Deze studie heeft meer inzicht gebracht in de invloed van depressieve klachten op de kans op werk. Het blijkt dat naarmate mensen meer depressieve klachten hebben, zij minder vaak werk hebben. Dit is een mogelijk bevestiging van zowel de Stigma theorie als *Human Capital*. De vraag hierbij is echter of er al stigma zijn voor iemand met slechts één depressieve klacht en of die persoon ook al minder productief is dan als hij deze depressieve klacht niet zou hebben. De Sociaal Kapitaal theorie wordt niet bevestigd door de onderzoeksresultaten.

## Literatuurlijst

- Abduladze, L., Balter, E., Börsch-Supan, A., Czaplicki, C., Das, M., De Luca, G., ... & Wijnant, A. (2013). SHARE wave 4 innovations & methodology.
- Abma, T., van der Beek, A. J., Boot, C. R., Deeg, D. J., Rijs, K. J., van der Pas, S., & van Tilburg, T. G. (2014). Predictors of having paid work in older workers with and without chronic disease: a 3-year prospective cohort study. *Journal of occupational rehabilitation*, 24(3), 563-572.
- Acemoglu, D., & Autor, D. (2011). Lectures in labor economics. *Manuscript*.  
<http://economics.mit.edu/files/4689>.
- Adler, D. A., Chang, H., Berndt, E. R., Irish, J. T., Lapitsky, L., Lerner, D. & Rogers, W. H. (2004). The clinical and occupational correlates of work productivity loss among employed patients with depression. *Journal of occupational and environmental medicine/American College of Occupational and Environmental Medicine*, 46(6 0), S46.
- Albert S., Conner K.O., Lee B., Mayers V., Reynolds C., Robinson D. & Brown, C. (2010). Attitudes and beliefs about mental health among African American older adults suffering from depression. *Journal of aging studies*, 24(4), 266-277.
- Andriessen, I., Fernee, H. en Wittebrood, K. (2014). *Ervaren discriminatie in Nederland*.  
Geraadpleegd op  
[https://www.scp.nl/Publicaties/Alle\\_publicaties/Publicaties\\_2014/Ervaren\\_discriminatie\\_in\\_Nederland](https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2014/Ervaren_discriminatie_in_Nederland)
- Antonucci, T. C., Cortina, K. S. & Fiori, K. L., (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), P25-P32.

Antwoord voor bedrijven (z.j.) *Participatiewet en banenafpraak*. Geraadpleegd op <http://www.ondernemersplein.nl/regel/participatiewet>.

Banerjee, S., Castro-Costa, E., Dewey, M., Huppert, F., Mendonca-Lima, C., Stewart, R. & Tsolaki, M. ... (2008). Ascertaining late-life depressive symptoms in Europe: an evaluation of the survey version of the EURO-D scale in 10 nations. The SHARE project. *International journal of methods in psychiatric research*, 17(1), 12-29.

Barney LJ, Christensen H., Griffiths KM, Jorm AF (2006). Stigma about depression and its impact on help seeking intentions. *New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006;40:51–54.

Battista, D., Beach, S., Brown, C., Conner, K. O., Copeland, V. C., Grote, N., & Reynolds, C. F. (2010). Depression stigma, race, and treatment seeking behavior and attitudes. *Journal of community psychology*, 38(3), 350-368.

Becker, G. S. (1994). Human capital revisited. In *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education (3rd Edition)* (pp. 15-28). The University of Chicago Press.

Beekman, A. T., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivela, S. L., Prince, M. J., Reischies, F. ... & Van Oyen, H. (1999). Development of the EURO-D scale--a European, Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *The British Journal of Psychiatry*, 174(4), 330-338.

Berndt, E. R., Finkelstein, S. N., Greenberg, P. E., Howland, R. H., Keith, A., Keller, M. B. & Rush, A. J. (1998). Workplace performance effects from chronic depression and its treatment. *Journal of health economics*, 17(5), 511-535

Bissels, F., Bril, S., van Galen, M. & van Heerwaarde, L. (2015). *Discriminatie op de arbeidsmarkt*. Geraadpleegd op [https://www.ieder1gelijk.nl/wp-content/uploads/Onderzoek\\_Discriminate\\_op\\_de\\_arbeidsmarkt\\_Nijmegen.pdf](https://www.ieder1gelijk.nl/wp-content/uploads/Onderzoek_Discriminate_op_de_arbeidsmarkt_Nijmegen.pdf)

- Blaug, M. (1992). The empirical status of human capital theory: A slightly jaundiced survey. *The economic value of education: Studies in the economics of education*, edited by M. Blaug. Aldershot: Edward Elgar.
- Bodenhausen, G. V. & Wirth, J. H. (2009). The role of gender in mental-illness stigma: A national experiment. *Psychological Science*, 20(2), 169-173.
- Burt, R. S. (2001) The social capital of structural holes. Preprint of Chapter 7 in *New directions of Economic Sociology*.
- Calvó-Armengol, A., & Jackson, M. O. (2007). Networks in labor markets: Wage and employment dynamics and inequality. *Journal of economic theory*, 132(1), 27-46.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). *Begrippen*. Geraadpleegd op <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). *Arbeidsdeelname; arbeidsgehandicapten*. Geraadpleegd op <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83322NED&D1=a&D2=0&D3=0,4-5&D4=1&D5=a&HDR=G4,G3,G1,G2&STB=T&VW=T>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2016). *Curatieve GGZ; zorgtrajecten per diagnose, leeftijd, zorgkenmerken*. Geraadpleegd op <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81621NED&D1=0,4&D2=0&D3=0&D4=0&D5=63-74&D6=a&HDR=G1,G2,T,G4&STB=G5,G3&VW=T>,
- Chant, D., Waghorn, G., White, P., & Whiteford, H. (2004). Delineating disability, labour force participation and employment restrictions among persons with psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 279-288.
- College voor de rechten van de mens (2017). *Discriminatie*. Geraadpleegd op: <https://www.mensenrechten.nl/wat-zijn-mensenrechten/discriminatie>
- Collins, P. Y., Link, B. G., Yang, L. H. & Phelan, J. C. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia bulletin*, 30(3), 511-541



- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American psychologist*, 59(8), 676.
- Cörvers, F. Hensen, M. M. & De Vries, M. R. (2009). The role of geographic mobility in reducing education-job mismatches in the Netherlands. *Papers in Regional Science*, 88(3), 667-682.
- Crandall, C. S. & Feldman, D. B. (2007). Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(2), 137-154.
- Darity Jr, W. A., & Mason, P. L. (2004). Evidence on discrimination in employment: Codes of color, codes of gender. In *African American Urban Experience: Perspectives from the Colonial Period to the Present* (pp. 156-186). Palgrave Macmillan US.
- Davenport, T. A., Hickie, I. B., Highet, N. J. & McNair, B. G., (2002). Exploring the perspectives of people whose lives have been affected by depression. *Medical Journal of Australia*, 176(10), S69
- Davis, L., Schwenk, T. L., & Wimsatt, L. A. (2010). Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *Jama*, 304(11), 1181-1190.
- De Rijksoverheid (z.j.). *Stimulering werkgevers aannemen mensen met arbeidsbeperking*.  
Geraadpleegd op: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/werken-met-arbeidsbeperking/inhoud/stimulering-werkgevers-aannemen-mensen-met-arbeidsbeperking>.
- Dooley, D., Prause, J., & Ham-Rowbottom, K. A. (2000). Underemployment and depression: longitudinal relationships. *Journal of Health and Social Behavior*, 421-436.
- Eales, M. J. (1988). Depression and anxiety in unemployed men. *Psychological medicine*, 18(04), 935-945.
- Eckert, G., Greco, T., & Kroenke, K. (2004). The outcome of physical symptoms with treatment of depression. *Journal of General Internal Medicine*, 19(8), 813-818.

- England, P. (2005). Gender inequality in labor markets: The role of motherhood and segregation. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 12(2), 264-288.
- Feld, S. L. (1981). The focused organization of social ties. *American journal of sociology*, 86(5), 1015-1035.
- Ferko, Kidd, & Sloane (2000), "Disability and labour market: an analysis of British males", *Journal of Health Economics*, 19, 961-981.
- Fort, M. (2006). Educational reforms across Europe: A toolbox for empirical research. *unpublished paper available at <http://home.stat.unipd.it/fort>*.
- Fortin, N. M. (2005). Gender role attitudes and the labour-market outcomes of women across OECD countries. *oxford review of Economic Policy*, 21(3), 416-438.
- GGZ nieuws.nl (2015). *Depressie is de meest voorkomende GGZ-aandoening*. Geraadpleegd op <http://www.ggznieuws.nl/home/depressie-is-de-meest-voorkomende-ggz-aandoening/>.
- Gornick, J. (1999). *Gender equality in the labour market: Women's employment and earnings*. Ceps/Insead-Centre D'etudes de Populations, de Pauvrete Et de Politiques Socio-Economiques/International Networks for Studies in Technology, Environment, Alternatives, Development.
- Granovetter, M. S. (1973). The strength of weak ties. *American journal of sociology*, 78(6), 1360-1380.
- Granovetter, M. (1985). Economic action and social structure: The problem of embeddedness. *American journal of sociology*, 91(3), 481-510.
- Grubb, D. & Martin, J. P., (2001). What Works and for Whom: A Review of OECD Countries' experiences with active labour market policies.

- Handicap of chronische ziekte? Gelijke behandeling wettelijk geregeld (2012). Ministerie volksgezondheid, welzijn en sport. Den Haag.
- Henke, R. M. & Lerner, D., (2008). What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(4), 401-410.
- Jones, M. K., Latreille, P. L., & Sloane, P. J. (2006). Disability, gender, and the British labour market. *Oxford Economic Papers*, 58(3), 407-449.
- Kraimer, M. L., Liden, R. C., & Seibert, S. E., (2001). A social capital theory of career success. *Academy of management journal*, 44(2), 219-237.
- Link, B., & Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Marmaros, D., & Sacerdote, B. (2002). Peer and social networks in job search. *European economic review*, 46(4), 870-879.
- Marlet, G., Ponds, R. & van Woerkens., C (2015). *Trickle down in de stad. De invloed van hoogopgeleiden op de arbeidsmarkt voor laagopgeleiden*. Rijksuniversiteit Groningen, Atlas voor gemeenten, Platform31.
- Mouw, T. (2003). Social capital and finding a job: do contacts matter?. *American sociological review*, 68, 868-898.
- O'Brien, J. (2004). Wrestling the angel of contradiction: Queer Christian identities. *Culture and Religion*, 5(2), 179-202.
- Russell, D. W., & Cutrona, C. E. (1991). Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: Test of a process model. *Psychology & Aging*, 6, 190-201.
- Schober, P. S. (2013). The parenthood effect on gender inequality: Explaining the change in paid and domestic work when British couples become parents. *European Sociological Review*, 29(1), 74-85.

SHARE release guide 6.0.0 (2017).

SHARE – survey of Health, Aging and Retirement in Europe (2017). Geraadpleegd op

<http://www.share-project.org/>.

Stuart, H. (2003). Stigma and work. *Healthcare Papers*, 5(2), 100-111.

Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(5), 522-526.

Van Ommen, K. (2010). De betekenis van het leed dat depressie heet. Universiteit van Amsterdam.

Wet banenafpraak en quotum arbeidsbeperkten, Kennisdocument. (2017). Ministerie van sociale zaken en werkgelegenheid. Den Haag.