

Duurzame inzetbaarheid van werknemers in de sector zorg en welzijn

Irene Houtman, Wendela Hooftman & Ernest de Vroome*

Het doel van deze bijdrage is om de duurzame inzetbaarheid van werknemers in de sector zorg en welzijn in kaart te brengen, zowel in de sector als geheel, alsook in subsectoren zoals ziekenhuizen, huisartsenpraktijken, verpleeg- en verzorgingstehuizen en de thuiszorg. De vraag daarbij is hoe het gesteld is met de duurzame inzetbaarheid van werknemers in deze sector: tot welke leeftijd kan en wil men in deze sector langer doorwerken? Zijn werkenden in de zorg- en welzijnssector, of in één of meerdere subsectoren, een risicogroep wat betreft hun duurzame inzetbaarheid?

De Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) wordt gebruikt om te toetsen of werknemers in de sector zorg en welzijn een risicogroep voor duurzame inzetbaarheid vormen en hoe het staat met de duurzame inzetbaarheid van werknemers in de subsectoren. Duurzame inzetbaarheid wordt in deze studie geoperationaliseerd als de toekomstige inzetbaarheid, de leeftijd tot wanneer werknemers willen en kunnen doorwerken. Vervolgens wordt getoetst in hoeverre factoren gerelateerd aan de persoon, de huidige inzetbaarheid, de arbeidsomstandigheden alsook aan (specifieke) eigenschappen van de subsectoren verschillen in het langer kunnen en willen doorwerken kunnen verklaren.

De resultaten tonen dat de duurzame inzetbaarheid van werknemers in de sector zorg en welzijn ongunstig is: men wil langer dan gemiddeld doorwerken, maar denkt dit niet te kunnen. Daarnaast ziet het duurzame inzetbaarheidsprofiel in deze sector er ten opzichte van overige sectoren in Nederland ongunstig uit. Dit is vooral het geval voor het werken met gevaarlijke stoffen en ongewenst gedrag van bijvoorbeeld patiënten, cliënten of bezoekers. Werknemers die werkzaam zijn in verpleeg- en verzorgingstehuizen en in de thuiszorg, hebben het ongunstigste profiel en vormen risicogroepen als het gaat om hun toekomstige duurzame inzetbaarheid.

Het langer willen en kunnen doorwerken wordt in dit onderzoek maar in beperkte mate verklaard, namelijk in totaal 12%, respectievelijk 19%. Verschillen tussen medewerkers betreffende de huidige leeftijd en het opleidingsniveau bepalen het merendeel van de variantie. Daarbovenop verklaren de werkkenmerken zoals lichamelijk zwaar werk nog een beperkte hoeveelheid variantie van de verschillen in duurzame inzetbaarheid. Verklaringen hiervoor worden in het artikel besproken.

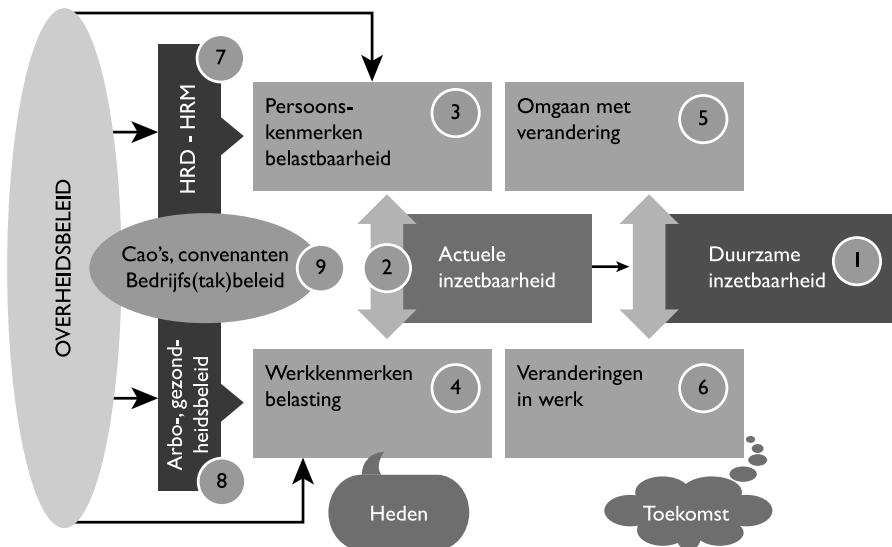
Inleiding

De vergrijzing staat in Nederland, alsook in de rest van Europa, volop in de belangstelling. De Nederlandse beroepsbevolking vergrijst (uitstroom van zittend personeel) en 'ontgroent' (minder jonge aanwas), wat leidt tot een hogere druk

* Irene Houtman is verbonden aan TNO. E-mail: irene.houtman@tno.nl. Wendela Hooftman is verbonden aan TNO. Ernest de Vroome is verbonden aan TNO.

op de sociale zekerheid en toekomstige problemen met de werkgelegenheid. Om dit tegen te gaan zijn diverse maatregelen getroffen. Onder meer als gevolg van het afschaffen van diverse pre-pensioenregelingen en het verhogen van de AOW-leeftijd zullen werknemers langer moeten doorwerken. Voor de sector zorg en welzijn heeft dit een tweeledig effect. Net als andere sectoren vergrijsst en ontgroent ook hier het werknemersbestand, maar tegelijkertijd groeit de 'vraag' aan deze sector. Dat komt enerzijds omdat de gezondheidsproblemen onder de vergrijzende bevolking zullen stijgen, waardoor er vaker een beroep zal worden gedaan op deze sector. Naar verwachting zullen de komende jaren het doktersbezoek en het aantal medische behandelingen toenemen (RIVM, 2014, 2016). Anderzijds stijgt de vraag omdat het beleid erop is gericht dat mensen langer thuis blijven wonen. Naar verwachting zal ook de thuiszorg zwaarder worden belast en zal de verpleegzorg voor ouderen steeds meer gericht zijn op de 'zwaardere' gevallen (o.a. Cuelenaere et al., 2013). De duurzame inzetbaarheid van werknemers in de sector zorg en welzijn lijken daarom extra van maatschappelijk belang. Doel van dit artikel is om de duurzame inzetbaarheid van werknemers in de sector zorg en welzijn in kaart te brengen, waarbij zowel de sector als geheel, alsook in subsectoren zoals ziekenhuizen, huisartsenpraktijken, verpleeg- en verzorgingstehuizen en de thuiszorg nader worden onderscheiden. Een belangrijke reden om naar subsectoren te kijken is dat het werk dat in die subsectoren wordt gedaan, sterk kan verschillen en dat er daardoor verschillen zijn in blootstelling aan arbeidsrisico's. Daarnaast zijn er ook grote verschillen tussen sectoren in financiering, die van invloed kunnen zijn op arbeidsomstandigheden zoals werkdruk. Ten slotte zijn ook de werknemerskenmerken tussen subsectoren sterk verschillend. In sommige subsectoren zoals in de ziekenhuizen en huisartspraktijken werken veel hoger opgeleiden, terwijl in andere sectoren, zoals de verpleeg- en verzorgingstehuizen en de thuiszorg, meer lager opgeleiden, ouderen, en – zelfs voor deze sector – relatief veel vrouwen werken. Wanneer determinanten van duurzame inzetbaarheid sterk verschillen zal de aanpak ter verbetering van duurzame inzetbaarheid ook verschillend zijn.

Voor duurzame inzetbaarheid kijken we naar indicatoren van het TNO-model duurzame inzetbaarheid (Kraan & Sanders, 2016; zie figuur 1). Dit model is ontwikkeld rond drie speerpunten van het duurzaam inzetbaarheidsbeleid van het ministerie van SZW: gezondheid, ontwikkeling/scholing en mobiliteit. Het definieert duurzame inzetbaarheid als het vermogen om gezond, vitaal en productief deel te nemen aan (betaalde) arbeid tot de pensioengerechtigde leeftijd.



Figuur 1 *Het model 'Monitor Duurzame Inzetbaarheid' (bron: Kraan & Sanders, 2016)*

Duurzame inzetbaarheid (blok 1 in figuur 1) betreft feitelijk de inzetbaarheid van werknemers in werk en in de toekomst. Het gaat in de kern uit van actuele inzetbaarheid (blok 2), die de duurzame inzetbaarheid – dit is het daadwerkelijk gezond, vitaal en productief doorwerken tot de pensioengerechtigde leeftijd – voorspelt. In het model wordt deze toekomstige inzetbaarheid meetbaar gemaakt door te vragen naar de leeftijd tot wanneer werknemers kunnen en willen doorwerken, als voorspeller van de leeftijd tot wanneer zij daadwerkelijk door zullen werken. Het langer kunnen doorwerken hangt nauw samen met gezondheid (zie ook Gommans, 2017; Ten Have et al., 2014; Ybema et al., 2009). Kerndimensies van vitaliteit zijn volgens Strijk en collegae (2015) energie, veerkracht en motivatie. Het 'willen doorwerken' lijkt dus een goede representant voor vitaliteit. Overigens kan worden betoogd, mede op basis van de omschrijvingen van vitaliteit in de literatuur door Strijk en collegae, dat gezondheid een belangrijke voorwaarde vormt voor vitaliteit als geheel en met name voor het aspect 'energie'. Feitelijk dekken de in dit artikel gebruikte operationalisaties voor duurzame inzetbaarheid vooral gezondheid en vitaliteit en niet productiviteit. In het vitaliteitsmodel van Strijk en collegae wordt productiviteit gezien als een uitkomstmaat. In de 'Study on Transitions in Employment, Ability and Motivation' (STREAM; o.a. De Wind et al., 2014; Ybema et al., 2014) zijn het vermogen (*ability*) om door te kunnen werken alsook de motivatie om door te kunnen werken eveneens de kernindicatoren van hun duurzame inzetbaarheidsmodel (Ybema et al., 2014). Als derde kerndimensie wordt hier de gelegenheid om door te kunnen werken geformuleerd en wordt 'productiviteit' ook als uitkomstmaat gezien. Geconcludeerd kan worden dat het langer kunnen en willen doorwerken

nauw gerelateerd is aan de begrippen ‘gezondheid’ en ‘vitaliteit’, maar niet aan productiviteit of aan de gelegenheid (krijgen) om langer door te werken.

In het model van duurzame inzetbaarheid wordt veel aandacht besteed aan de determinanten. Deze zijn enerzijds gelegen in kenmerken van werknemers zelf (blok 3) die bepalend zijn voor hun belastbaarheid nu en in de toekomst, en anderzijds in kenmerken van het werk (blok 4), veranderingen die hierin optreden (blok 5), alsook de wijze waarop zij hiermee om kunnen gaan (blok 6). De werkgever kan het proces rond duurzame inzetbaarheid van werknemers vanuit de organisatie, met name vanuit het arbo- en het HRM-beleid, ondersteunen en stimuleren (blok 7 en blok 8).

De onderzoeksvragen in dit artikel zijn:

- 1 Hoe staat het met de duurzame inzetbaarheid van werknemers in de sector zorg en welzijn ten opzichte van werknemers in andere sectoren?
- 2 Hoe ziet het duurzame inzetbaarheidsprofiel van werknemers in de subsectoren van de sector zorg en welzijn eruit ten opzichte van werknemers in andere sectoren?
- 3 Worden verschillen in deze profielen tussen de subsectoren verklaard door verschillen in leeftijd, geslacht en opleiding?
- 4 In hoeverre worden verschillen in duurzame inzetbaarheid in de sector zorg en welzijn verklaard door verschillen in persoonskenmerken, kenmerken van het werk en het werken in een specifieke subsector?

Methoden

Voor het beantwoorden van deze vragen is gebruikgemaakt van de data van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) 2015 (Hoofman et al., 2016). De NEA is één van de grootste periodieke onderzoeken naar de werksituatie, inzetbaarheid en gezondheid van een grote steekproef van werknemers in Nederland bekeken door de ogen van werknemers (2015: netto steekproef is 42.613 werknemers (respons is 31,9%)). De steekproef is afkomstig uit de Basis Registratie Personen (BRP). De data van de NEA worden gewogen naar geslacht, leeftijd, herkomst, opleidingsniveau, bedrijfstak, regio en stedelijkheid op basis van de Polisadministratie.¹ Hierdoor is de NEA representatief voor Nederlandse werknemers. Door de grote steekproef van de NEA is het bovendien mogelijk om naar sectoren en subsectoren binnen de sector zorg en welzijn te kijken. Er worden subsectoren geselecteerd op basis van de SBI 2008 (op 5 digit niveau). Alleen subsectoren die door minimaal 100 respondenten in de NEA vertegenwoordigd zijn, worden onderscheiden. De subsectoren die kunnen worden onderscheiden, zijn: ziekenhuizen, huisartspraktijken, de paramedische praktijken, de verpleeg- en verzorgingstehuizen en de thuiszorg. Daarnaast is een heterogene restgroep waarin werknemers zitten die bijvoorbeeld werkzaam zijn in de kinderopvang of in tandartspraktijken.

Uit de NEA zijn variabelen geselecteerd die inzicht geven in de duurzame inzetbaarheid van werknemers. Daarbij is nauw aangesloten bij de variabelen op basis van werknemersgegevens zoals deze worden gebruikt in de monitor duurzame inzetbaarheid (zie figuur 1; Kraan & Sanders, 2016). Vanwege de specifieke

focus op de zorgsector zijn de in de monitor opgenomen variabelen daarbij uitgebreid met specifiek voor de zorg relevante factoren zoals emotionele belasting en het werken met gevaarlijke (chemische of biologische) stoffen.

De volgende variabelen zijn in de analyses meegenomen:

- Toekomstige, duurzame inzetbaarheid
 - Willen doorwerken tot [jaar]
 - Kunnen doorwerken tot [jaar]
- Actuele inzetbaarheid
 - Ik kan gemakkelijk voldoen aan de psychische en de fysieke taakeisen van mijn werk [% ja]
 - Ik zou gemakkelijk een nieuwe baan/functie kunnen krijgen bij een andere werkgever [% (helemaal) mee eens]
- Belastbaarheid
 - Algemene gezondheidstoestand [% goed of zeer goed]
 - Werk-privé disbalans [≥ 2.5 op schaal 1 = nooit – 4 = zeer vaak; 2 items] [% (zeer) vaak]
- Arbeidsbelasting
 - Doet u werk waarbij u veel kracht moet zetten? [vaak of altijd]
 - Stoffen [≥ 1.5 op schaal 1 = nooit – 4 = altijd; 4 items] [% soms, vaak of altijd]
 - Kwantitatieve taakeisen [≥ 2.5 op schaal 1 = nooit – 4 = altijd; 3 items] [% vaak of altijd]
 - Emotioneel zwaar werk [≥ 2.5 op schaal 1 = nooit – 4 = altijd; 3 items] [% vaak of altijd]
 - Moeilijkheidsgraad [≥ 2.5 op schaal 1 = nooit – 4 = altijd; 3 items] [% vaak of altijd]
 - Autonomie [≥ 2.5 op schaal 1 = nee – 3 = regelmatig; 5 items] [% regelmatig]
 - Sociale steun leidinggevende [≥ 2.5 op schaal 1 = weinig – 4 = veel; 2 items] [% (zeer) veel]
 - Extern ongewenst gedrag [4 items] [% enkele keer t/m zeer vaak]
 - Intern ongewenst gedrag [4 items] [% enkele keer t/m zeer vaak]
- Omgaan met verandering in werk
 - Heeft u in de afgelopen twee jaar een opleiding of cursus gevolgd voor uw werk? [% ja]
 - Mogelijkheid om te leren [belangrijkheid] [% (heel) belangrijk]
 - Minder dan vijf jaar in dienst bij huidige werkgever [% ja, minder dan vijf jaar]

Bij de vergelijking van de duurzame inzetbaarheid van groepen worden allereerst regressieanalyses uitgevoerd op de determinanten van duurzame inzetbaarheid, waarbij eerst geen en vervolgens wel rekening wordt gehouden met persoonskenmerken. Op basis hiervan worden profielen voor duurzame inzetbaarheid opgesteld, al dan niet gecorrigeerd voor persoonskenmerken. Voor de sector als geheel en voor de subsectoren worden duurzame inzetbaarheidsprofielen samengesteld op basis van de regressiecoëfficiënten die in één oogopslag duidelijk maken of de determinanten van duurzame inzetbaarheid zich onderscheiden van een ver-

gelijkingsgroep en indien dat zo is, of dit positief of negatief uitpakt. Vervolgens wordt met behulp van een stapsgewijze regressie getoetst in welke mate (1) persoonskenmerken, (2) determinanten van duurzame inzetbaarheid, en (3) de eigenheid van de subsectoren in de sector zorg en welzijn het langer kunnen en willen doorwerken verklaren.

Resultaten

Tabel 1 laat de toekomstige duurzame inzetbaarheid, geoperationaliseerd als kunnen en willen doorwerken zien, alsook een aantal achtergrondkenmerken van werknemers in de sector zorg en welzijn. In de tabel worden verschillen tussen werknemers in de sector en in de subsectoren van deze sector getoetst ten opzichte van werknemers in andere sectoren. Ten aanzien van de toekomstige, duurzame inzetbaarheid is het beeld over de hele linie genomen voor werknemers in de zorg minder gunstig dan die van werknemers in andere sectoren. Niet zozeer omdat werknemers in de zorgsector minder lang *willen* doorwerken, maar vooral omdat zij aangeven minder lang door te *kunnen* werken. Werknemers in de zorgsector *willen* gemiddeld tot bijna 64 jaar doorwerken, ruim een jaar langer dan werknemers in andere sectoren (62,8 jaar), maar zij geven aan ruim een half jaar korter door te *kunnen* werken, namelijk tot 62,3 jaar. Daarbij zijn er duidelijke verschillen tussen de subsectoren binnen de zorg. Werknemers in de huisartsenpraktijken geven van alle zorgwerknemers aan het langst door te *kunnen* werken: tot hun 64ste jaar. Werknemers in de verpleeg- en verzorgings-tehuizen denken bijna drie jaar minder te *kunnen* werken: tot vlak na hun 61ste jaar.

Ten aanzien van de achtergrondkenmerken is duidelijk zichtbaar dat de zorg een 'vrouwensector' is. Ruim 83% van de werknemers in de zorg is vrouw, ten opzichte van ruim 40% in overige sectoren. Ook kenmerkt de sector zich door een relatief klein aandeel laagopgeleiden.

De figuren 2 tot en met 8 laten duurzame inzetbaarheidsprofielen zien waarbij per voorspeller van duurzame inzetbaarheid is getoetst of er een significant verschil is met de groep werknemers van niet-zorgsectoren waarmee wordt vergeleken. In dezelfde figuur is ook aangegeven of rekening houden met de achtergrondvariabelen (geslacht, leeftijd en opleidingsniveau) het verschil met de vergelijkingsgroep beïnvloedt.

Tabel 1 *Toekomstige duurzame inzetbaarheid en enkele achtergrondkenmerken van werknemers in de zorg en in overige sectoren. De sector zorg en welzijn en de subsectoren zijn steeds getoetst tegen de rest van de Nederlandse werknemers.*

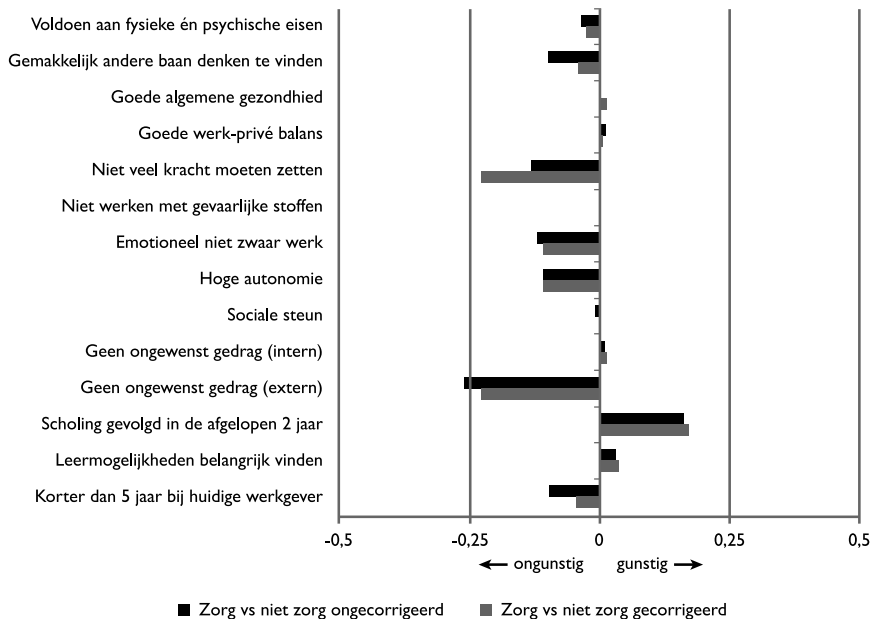
	Niet 'Zorg en Welzijn'	Zorg en Welzijn	Ziekenhuizen	Huisartspraktijken	Paramedisch	Verpleeg- en verzorgingshuizen	Thuiszorg	Overige 'Zorg'
Willen doorwerken tot [jaar][Gemiddelde]	62,8	63,9*	63,8*	64,1	63,6	63,8*	64,4*	63,9*
Kunnen doorwerken tot [jaar][Gemiddelde]	62,8	62,3*	63,0	64,0	62,8	61,1*	61,7*	63,0
Leeftijd [Gemiddelde]	40,3	43,0*	42,7*	40,1	39,2	43,0*	45,5*	42,5*
Geslacht								
· 1 Man	59,9%	16,9%*	23,3%*	1,2%*	20,5%*	13,7%*	6,0%*	19,8%*
· 2 Vrouw	40,1%	83,1%*	76,7%*	98,8%*	79,5%*	86,3%*	94,0%*	80,2%*
Opleiding								
· 1 Laag (≤ vbo)	24,0%	14,5%*	8,8%*	6,1%*	5,6%*	17,6%*	30,4%*	10,6%*
· 2 Midden (havo-mbo)	42,6%	46,9%*	38,1%*	55,8%*	17,1%*	58,7%*	49,7%*	41,9%
· 3 Hoog (hbo-wo)	33,4%	38,5%*	53,0%*	38,1%	77,3%*	23,6%*	19,9%*	47,5%*

* $p < 0,05$

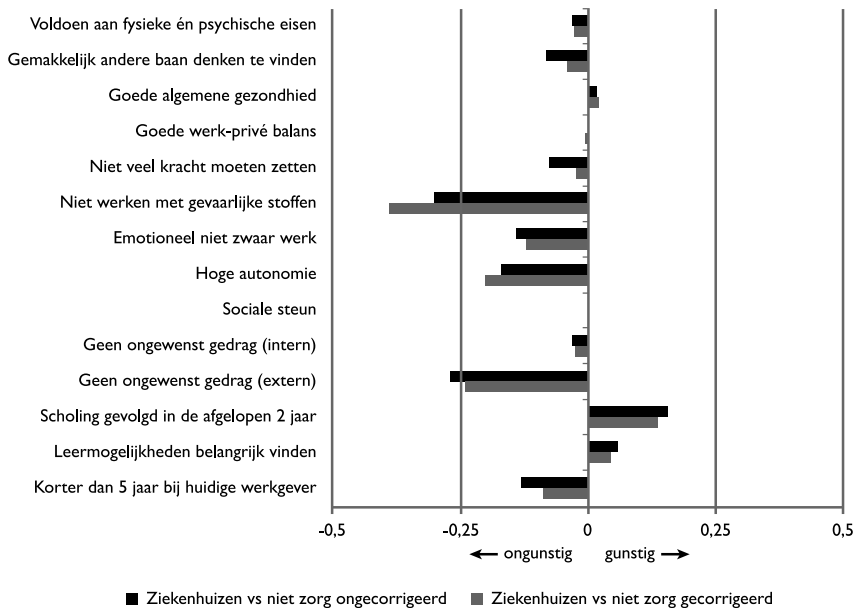
Tabel 2 geeft de indicatoren van de duurzame inzetbaarheid van werknemers in de sector zorg en welzijn en de subsectoren daarin weer. Over bijna de hele linie steekt de zorgsector als geheel ongunstig af ten opzichte van de werknemers in de overige niet-zorgsectoren. Grootste uitschieters zijn het werken met gevaarlijke stoffen, kracht zetten en blootstelling aan ongewenst gedrag van externen. Uitzondering is het volgen van een opleiding. Werknemers in de zorgsector hebben de afgelopen twee jaar wel bovengemiddeld vaak scholing gevolgd. De tabel laat ook zien dat er tussen de subsectoren duidelijke verschillen zijn, met name als het gaat over de fysieke en psychosociale belasting op het werk. Binnen de zorg zijn het vooral de werknemers in de verpleeg- en verzorgingstehuizen en de thuiszorg en in iets mindere mate in de ziekenhuizen, die te maken hebben met een ongunstig inzetbaarheidsprofiel. Het profiel van de paramedici verschilt, met uitzondering van het volgen van opleiding, nauwelijks van dat van overige werknemers. Bij de huisartsenpraktijken wordt een gemengd beeld gevonden met gunstige scores voor kracht zetten en scholing en ongunstige scores voor het werken met gevaarlijke stoffen en blootstelling aan ongewenst gedrag.

Tabel 2 *Indicatoren van de duurzame inzetbaarheid van werknemers in de zorg en in overige sectoren. De sector zorg en welzijn en de subsectoren zijn steeds getoetst tegen de rest van de Nederlandse werknemers.*

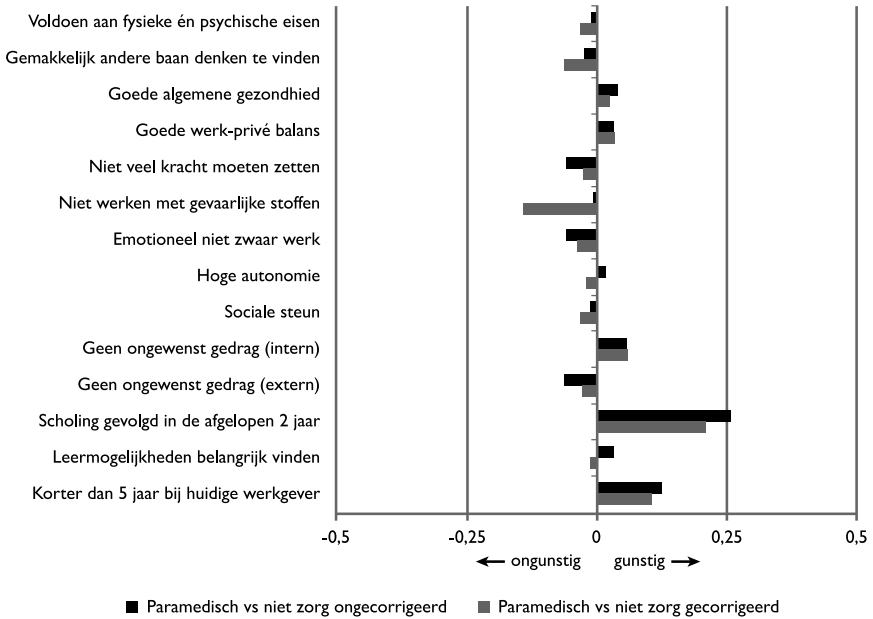
	Niet 'Zorg en Welzijn'	Zorg en Welzijn	signifi- cant	Zieken- huizen	signifi- cant	Huis- arts- prak- tijken	signifi- cant	Para- medisch	signifi- cant	Verpleeg- en verzor- gingste- huizen	signifi- cant	Thuis- zorg	signifi- cant	Overige signifi- cant	
Kan gemakkelijk voldoen aan de psychische en de fysieke taakisen van mijn werk. [% ja]	86,2%	82,6%	*	83,5%	*	93,4%	*	85,3%	ns	79,1%	*	80,4%	*	86,6%	ns
Ik zou gemakkelijk een nieuwe baan/functie kunnen krijgen bij een andere werkgever [% (helemaal) mee eens]	56,9%	46,7%	*	49,0%	*	71,9%	*	54,6%	ns	43,8%	*	44,4%	*	46,2%	*
Algemene gezondheidstoestand [% goed of zeer goed]	82,7%	82,7%	ns	84,8%	*	90,5%	*	87,1%	ns	80,8%	*	80,5%	ns	82,6%	ns
Werk-privé disbalans [≥ 2,5 op schaal 1 = nooit -4 = zeer vaak; 2 items] [% (zeer) vaak]	4,9%	4,0%	*	4,9%	ns	0,7%	*	1,0%	*	3,6%	*	3,8%	ns	3,8%	*
Doet u werk waarbij u veel kracht moet zetten? [% ja (soms of regelmatig)]	38,4%	51,5%	*	45,7%	*	11,0%	*	43,9%	ns	66,6%	*	71,5%	*	30,7%	*
Stoffen [≥ 1,5 op schaal 1 = nooit -4 = altijd; 4 items] [% soms, vaak of altijd]	31,1%	57,1%	*	60,8%	*	61,4%	*	31,6%	ns	61,2%	*	75,6%	*	39,3%	*
Emotioneel zwaar werk [≥ 2,5 op schaal 1 = nooit -4 = altijd; 3 items] [% vaak of altijd]	7,3%	18,9%	*	21,3%	*	9,5%	ns	12,8%	*	20,0%	*	16,2%	*	17,1%	*
Autonomie [≥ 2,5 op schaal 1 = nee -3 = regelmatig; 5 items] [% regelmatig]	58,3%	46,9%	*	41,1%	*	42,7%	*	60,5%	ns	45,1%	*	50,8%	*	54,0%	*
Sociale steun leidinggevende [≥ 2,5 op schaal 1 = weinig -4 = veel; 2 items] [% (zeer) veel]	85,3%	84,5%	ns	85,4%	ns	92,7%	*	84,1%	ns	84,9%	ns	80,6%	*	84,2%	ns
Intern ongewenst gedrag [4 items] [% enkele keer t/m zeer vaak]	16,1%	15,3%	ns	19,1%	*	7,8%	*	10,1%	*	13,8%	*	13,5%	*	14,8%	ns
Extern ongewenst gedrag [4 items] [% enkele keer t/m zeer vaak]	18,4%	44,2%	*	44,9%	*	59,7%	*	24,4%	*	52,9%	*	40,5%	*	33,5%	*
Heeft u in de afgelopen 2 jaar een opleiding of cursus gevolgd voor uw werk? [% ja]	48,7%	64,8%	*	64,9%	*	81,4%	*	75,1%	*	67,8%	*	56,0%	*	62,6%	*
Mogelijkheid om te leren [% (heel) belangrijk]	88,7%	91,7%	*	94,9%	*	95,9%	*	92,3%	ns	90,4%	*	86,6%	ns	91,9%	*
Minder dan 5 jaar in dienst bij huidige werkgever [% ja, minder dan 5 jaar]	41,7%	32,0%	*	28,4%	*	45,7%	ns	54,8%	*	29,2%	*	34,7%	*	35,9%	*



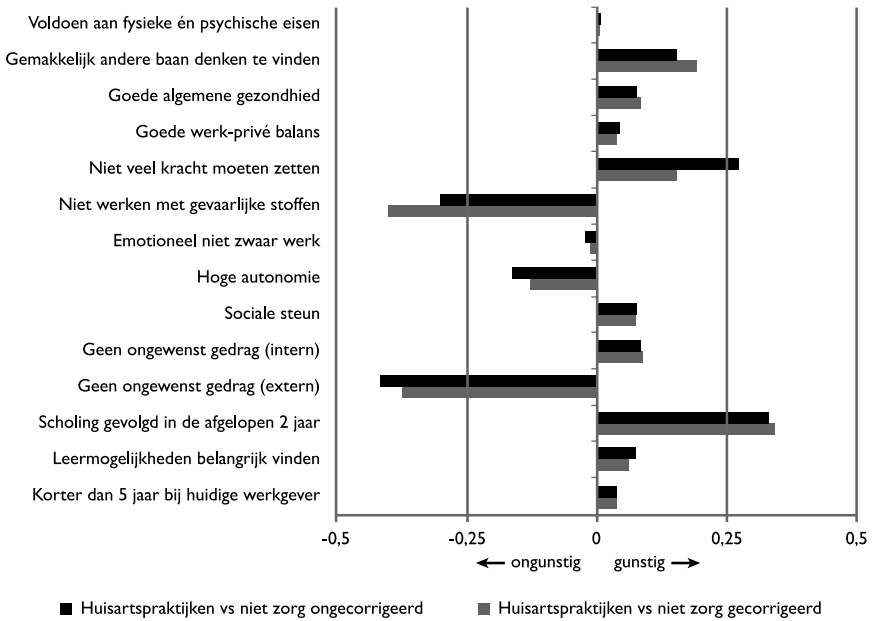
Figuur 2 Inzetbaarheidskenmerken van werknemers in de zorg*



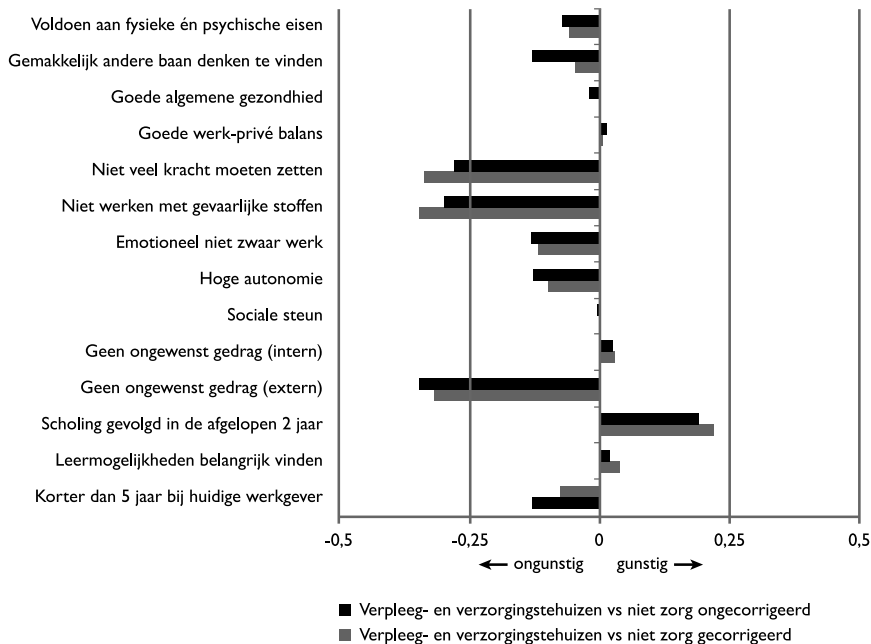
Figuur 3 Inzetbaarheidskenmerken van werknemers in de ziekenhuizen*



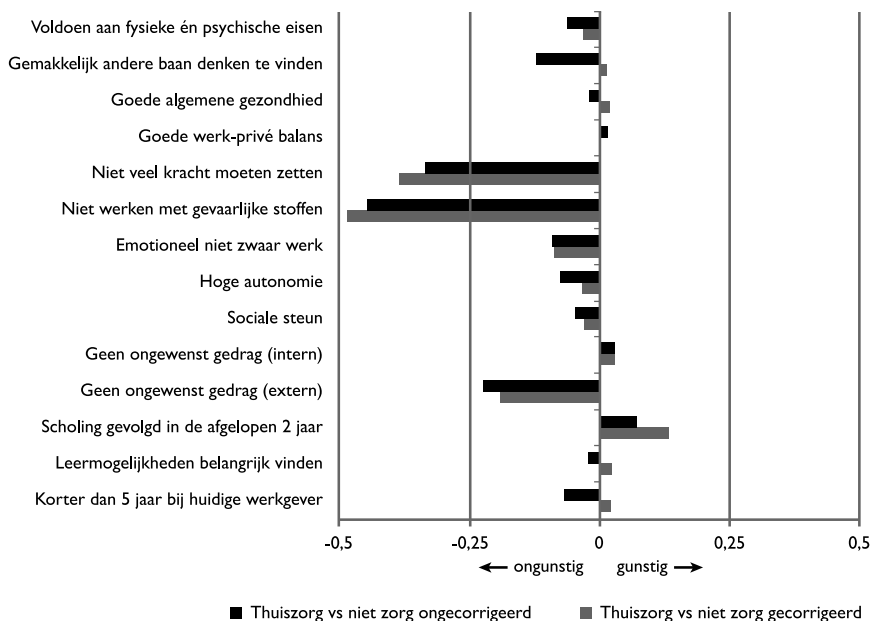
Figuur 4 *Inzetbaarheidskenmerken van werknemers in de paramedische sector**



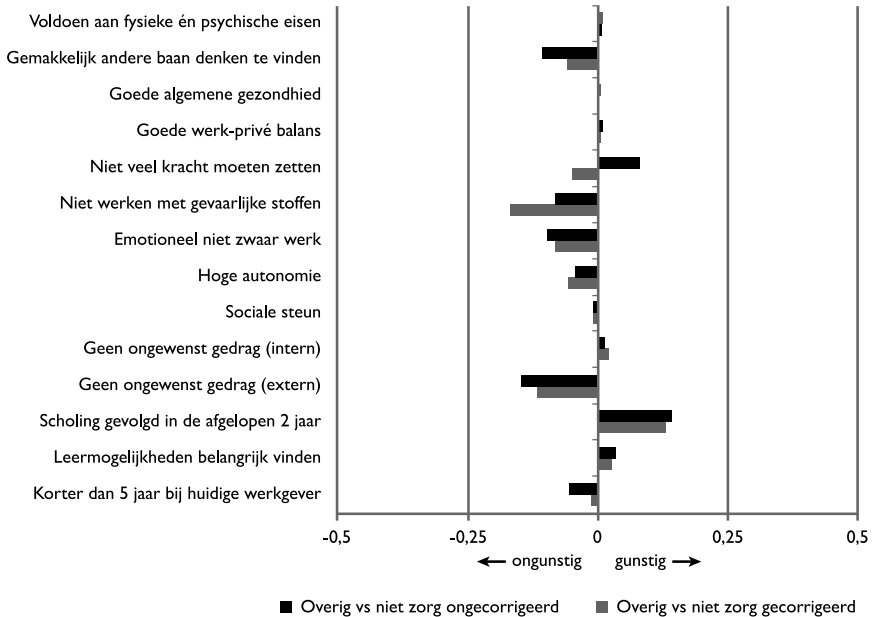
Figuur 5 *Inzetbaarheidskenmerken van werknemers in huisartsenpraktijken**



Figuur 6 *Inzetbaarheidskenmerken van werknemers in verpleeg- en verzorgingstehuizen**



Figuur 7 *Inzetbaarheidskenmerken van werknemers in de thuiszorg**



Figuur 8 Inzetbaarheidskenmerken van werknemers in de overige zorgsectoren*

* In de figuren 2 tot en met 8 is een profiel weergegeven van de duurzame inzetbaarheidskenmerken van werknemers in de sector zorg en welzijn ten opzichte van werknemers in overige niet-zorgsectoren (deze laatste groep vormt de middenlijn). Gecorrigeerd betekent gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd en opleiding.

De figuren 2 tot en met 8 vatten de indicatoren uit tabel 2 samen in duurzame inzetbaarheidsprofielen van (subsectoren in) de zorg. De zwarte balken geven de ongecorrigeerde verschillen weer zoals deze ook in tabel 2 zijn opgenomen, de grijze balken de gecorrigeerde verschillen. Zichtbaar is dat de inzetbaarheidsprofielen niet samen lijken te hangen met de specifieke kenmerken van de populatie werknemers in de zorg ten aanzien van leeftijd, geslacht en opleiding. Na correctie hiervoor worden de verschillen tussen werknemers in de zorg en andere werknemers ten aanzien van het zetten van kracht en het werken met gevaarlijke stoffen groter. Voor de overige kenmerken van het duurzame inzetbaarheidsprofiel worden de verschillen tussen de zorgsector en de overige sectoren kleiner. De verschillen zijn echter klein en ook na correctie heeft de zorg een ongunstig profiel ten opzichte van overige sectoren. Gekeken naar de subsectoren geldt ook het beeld dat het profiel voor en na correctie niet veel van elkaar verschilt. Wel zijn enige opvallende effecten van de correctie voor achtergrondvariabelen te zien. Zo zijn er bij de paramedici na correctie vrijwel geen gezondheidsverschillen meer, en het inzetbaarheidsprofiel van werknemers in de thuiszorg zou – bij gelijke leeftijd, geslacht en opleiding – op een aantal punten juist gunstig in plaats van ongunstig zijn. Het gaat dan om het makkelijk vinden van een andere baan, de algehele gezondheid, het belangrijk vinden van

leermogelijkheden en het korter dan vijf jaar bij de werkgever in dienst zijn. Ook hier zijn de verschillen echter klein, en op de kenmerken waar de verschillen tussen thuiszorg en de overige sectoren groot zijn – en ten nadele van de thuiszorg – verslechtert de situatie juist. Het totale profiel van de thuiszorg blijft dus ongunstig ten opzichte van werknemers in andere sectoren. Op basis van de duurzame inzetbaarheidsprofielen zijn naast de werknemers in de thuiszorg ook de werknemers in de verpleeg- en verzorgingstehuizen te karakteriseren als een risicogroep: gemiddeld genomen zullen werknemers in deze subsectoren minder lang door kunnen en willen werken. Ook voor hen worden na correctie de risico's voor fysieke belasting en het werken met gevaarlijke stoffen groter, is er sprake van aanzienlijke emotionele belasting en weinig autonomie en blijft het risico op ongewenst gedrag door bijvoorbeeld cliënten, patiënten of bezoekers relatief hoog.

Er is ook gekeken naar de vraag in hoeverre verschillen in toekomstige inzetbaarheid tussen werknemers in de zorg verklaard kunnen worden door een drietal typen determinanten, namelijk kenmerken van deze werknemers, risicofactoren in hun werk en het werken in één van de subsectoren van de sector zorg en welzijn. Met behulp van multivariate analyses wordt rekening gehouden met de onderlinge samenhang tussen deze determinanten in hun invloed op toekomstige duurzame inzetbaarheid. Hierbij blijken de indicatoren gelegen in het werk slechts van beperkte invloed op deze inzetbaarheid, vooral waar het de leeftijd betreft tot wanneer men denkt te *willen* doorwerken (tabel 3). Verschillen in de huidige leeftijd en in opleidingsniveau tussen werknemers verklaren het merendeel van de variantie. Daarbovenop verklaren de werkkenmerken nog een beperkte hoeveelheid variantie van verschillen in duurzame inzetbaarheid tussen de zorg en overige sectoren. Deze uitkomsten worden voor bijna 11%, respectievelijk 12% verklaard door verschillen in de huidige leeftijd en opleiding. Als daarnaast ook de kenmerken van hun duurzame inzetbaarheidsprofiel worden meegenomen, stijgt dit naar bijna 12% voor de leeftijd tot wanneer men denkt te *willen* doorwerken en naar 19% voor de leeftijd tot wanneer men denkt te *kunnen* doorwerken. Het werken in een specifieke subsector voegt daar nog 0,2% aan toe. Als het gaat om de leeftijd tot wanneer men denkt te *kunnen* doorwerken, doet daarnaast het doen van werk waarbij veel kracht gezet moet worden, er ook toe: hoe meer kracht zetten in het werk gevraagd wordt, des te minder lang men kan doorwerken. Factoren als moeilijkheidsgraad, autonomie, kort in dienst zijn, dan wel werken met gevaarlijke stoffen doen er naast alle andere determinanten niet toe om de variantie in de leeftijd waarop men denkt te *kunnen* en te *willen* doorwerken te verklaren. Met 12% en 19% blijft voor zowel het willen als het kunnen doorwerken het merendeel van de verschillen tussen werknemers in (en buiten) de zorg vanuit dit model dus onverklaard.

Tabel 3 *Verklaarde varianties van de toekomstige inzetbaarheid: de leeftijd tot wanneer men wil of kan doorwerken*

	Leeftijd willen doorwerken	Leeftijd kunnen doorwerken
Stap 1: Persoonskenmerken	10,6%	11,7%
Stap 2: Persoonskenmerken, duurzame inzetbaarheidskenmerken	11,7%	19,0%
Stap 3: Persoonskenmerken, duurzame inzetbaarheidskenmerken en subsector	11,9%	19,2%

Discussie en conclusies

In dit artikel staat de duurzame inzetbaarheid van werknemers in de sector zorg en welzijn centraal. De toekomstige duurzame inzetbaarheid van werknemers in deze sector blijkt minder goed te zijn dan voor werknemers in andere sectoren. Dit komt vooral omdat werknemers in deze sector aangaven minder lang te *kunnen* doorwerken dan dat ze *wilden* doorwerken: ze wilden doorwerken tot bijna 64 jaar, maar gaven aan dat ze maar denken door te kunnen werken tot 62,3 jaar. Voor werknemers in andere sectoren was de leeftijd tot wanneer men aangaf te willen en te kunnen doorwerken gelijk, namelijk 62,8 jaar. Dit komt goed overeen met de gemiddelde pensioenleeftijd in de sector zorg en welzijn, die – samen met de landbouw, het onderwijs en het openbaar bestuur – lager is dan in alle andere sectoren (Houtman et al., 2016). Wel zijn er grote verschillen tussen werknemers in de verschillende subsectoren van de sector zorg en welzijn. Met name werknemers in de verpleeg- en verzorgingstehuizen en in de thuiszorg geven aan het minst lang te kunnen doorwerken (respectievelijk 61,1 jaar en 61,7 jaar). Dat de zorg als sector en de subsectoren van verpleeg- en verzorgingstehuizen en de thuiszorg als risicogroepen voor duurzame inzetbaarheid worden aangemerkt, wordt ook ondersteund door de analyse van de duurzame inzetbaarheidsprofielen naar (sub)sector. Daaruit blijkt dat determinanten van duurzame inzetbaarheid voor de sector zorg en welzijn alsook voor de subsectoren verpleeg- en verzorgingstehuizen en de thuiszorg ongunstig uitpakken.

Voor het minder lang *kunnen* doorwerken is een aandachtspunt. Een belangrijke determinant voor het *kunnen* doorwerken is de gezondheid. In een recente publicatie wijst het CBS erop dat voor bijna de helft van de 55-65-jarigen (46%) die niet kan of niet wil doorwerken, dat is vanwege ziekte of arbeidsongeschiktheid (Gommans, 2017). Het Nemesis-2 onderzoek van het Trimbos-instituut ondersteunt het belang van (vooral fysieke) gezondheid voor de intentie om langer door te werken. Ten Have et al. (2014) vonden vooral dat een lage opleiding, ongunstige psychosociale risico's op het werk en elke fysieke aandoening de intentie om langer door te werken negatief beïnvloedt. In de analyses van het huidige artikel is gezondheid als verklarende factor voor toekomstige inzetbaarheid meegenomen en is er in de multivariate analyse voor verschillen in gezondheid gecorrigeerd.

Onderzoek laat zien dat de leeftijd tot wanneer men daadwerkelijk *kan* doorwerken van meerdere factoren afhankelijk is. Het model Duurzame Inzetbaarheid (Kraan & Sanders, 2016) beschrijft als determinant van duurzame inzetbaarheid

naast de gezondheid diverse determinanten die zijn gelegen in de actuele inzetbaarheid alsook in de arbeidsbelasting en in de omgang met verandering. Ook op deze aspecten scoren zowel de werknemers in de verpleeg- en verzorgingstehuizen als die in de thuiszorg relatief het slechtst. De correctie voor verschillen in demografische samenstelling van het personeel in de subsectoren van de sector zorg en welzijn zorgt wat dit betreft voor een wat eerlijker vergelijking, omdat de verschillen in leeftijd, geslacht en opleidingsniveau tussen de subsectoren groot zijn. Wanneer hiermee rekening wordt gehouden, blijkt het werken in de sector zorg en welzijn een verhoogd risico voor de toekomstige duurzame inzetbaarheid, maar niet in alle subsectoren evenveel. Zo is het duurzaam inzetbaarheidsprofiel voor paramedici in de zorg gemiddeld en is dat van de huisartsenpraktijken gunstig, met uitzondering van het werken met gevaarlijke stoffen, autonomie alsook agressie en geweld op het werk door externen. Ook na correctie blijken werkenden in de verpleeg- en verzorgingstehuizen en in de thuiszorg de grootste risicogroepen als het gaat om duurzame inzetbaarheid in het werk. Voor hen zitten deze risico's vooral in de fysieke belasting van het werk, alsook in het werken met gevaarlijke stoffen en agressie en geweld door derden zoals patiënten, familie van patiënten, klanten en publiek (ongewenste omgangsvormen).

Het langer willen en kunnen doorwerken wordt in dit onderzoek, waarin gebruikgemaakt wordt van de NEA, maar in beperkte mate verklaard, namelijk 12%, respectievelijk 19%. Dit kan komen doordat er relevante verklarende factoren zijn die niet in de NEA zijn meegenomen. Er zijn meerdere factoren die mogelijk een (aanvullende) rol spelen bij het verklaren van het wel of niet langer kunnen en willen doorwerken in de zorg. Allereerst is hier wellicht een rol weggelegd voor enkele persoonsgebonden factoren die niet in de NEA opgenomen zijn. Longitudinaal onderzoek laat zien dat niet alleen mentale en fysieke gezondheid een belangrijke determinant van het toekomstig werkvermogen is, maar dat ook een actieve, probleemaanpakende copingstijl belangrijk is (Van de Vijfeke et al., 2013).

Uit Nederlands onderzoek blijkt daarnaast dat de financiële situatie een belangrijke rol speelt bij het eerder stoppen met werken door oudere werknemers (Reeuwijk et al., 2013; De Wind et al., 2014). Dat laatste lijkt mede een gevolg van de afbouw van mogelijkheden (deels betaalde regelingen) om vervroegd uit te treden. Ten slotte laat zowel het 'NIDI werk en pensioen panel' (Van Solinge & Henkens, 2011) als het 'STREAM'-onderzoek (De Wind et al., 2014) zien dat de houding van de leidinggevende van belang is voor het langer doorwerken, evenals de houding van collega's en de partner thuis (de Wind et al., 2014): als zij positief staan ten opzichte van eerder stoppen zullen werknemers dat ook eerder doen. Overigens laat eerder onderzoek door Geuskens et al. (2012) zien dat net als in dit onderzoek het langer *kunnen* doorwerken beter wordt verklaard dan het langer *willen* doorwerken, vooral omdat meerdere aspecten van werkbelasting het langer *kunnen* doorwerken verklaren.

Naast inhoudelijke verklaringen, zoals dat mogelijke oorzaken niet met de NEA zijn gemeten, zijn er ook methodologische verklaringen waarom langer willen en kunnen doorwerken in deze analyses maar beperkt kan worden verklaard. Allereerst speelt het cross-sectionele karakter van het NEA-onderzoek een rol in samenhang met het feit dat in de NEA alleen werknemers die ten tijde van

de meting een contract hebben met een werkgever zijn geënquêteerd. De NEA mist werknemers die uit de werkende populatie weggevallen zijn bijvoorbeeld om redenen van gezondheid. Het denkmodel dat is gepresenteerd in het kader van de Monitor Duurzame Inzetbaarheid, is een causaal model en kan niet optimaal worden getoetst in een bestand waaruit werknemers verdwijnen zodra zij (of werknemers met hun kenmerken) geen deel meer uitmaken van het basisbestand. Dit betekent dat in de cross-sectionele verbanden werknemers die gezondheidsklachten ontwikkelen of ontwikkeld hebben, ondervertegenwoordigd zijn. Daarnaast is de contractvorm niet in het gebruikte model voor duurzame inzetbaarheid opgenomen, terwijl zo'n één op de vijf werknemers in de zorg een flexcontract heeft (Cuelenaere et al., 2013) en werkgevers vaak niet in werknemers met een flexibel contract investeren wanneer zij ziek worden, vooral niet in de sector zorg en welzijn (Houtman et al., 2013). Dit leidt tot een 'healthy worker' selectie. De hier uitgevoerde cross-sectionele analyses laten om die reden waarschijnlijk een onderschatting zien van de impact van veronderstelde determinanten, omdat degenen die problemen hebben gehad met hun duurzame inzetbaarheid deels al uit de werknemerspopulatie verdwenen zijn.

Onderzoek laat zien dat het langer willen en kunnen doorwerken echter wel degelijk voorspellers zijn van de leeftijd tot waar men doorwerkt. Ybema et al. (2009) lieten zien dat werknemers die in 2008 uit arbeid zijn uitgestroomd, in het jaar daarvoor minder vaak hadden aangegeven tot hun 65ste te *willen* doorwerken. Werknemers die in 2008 vanuit arbeid naar een uitkering uitstroomden, hadden in het jaar daarvoor (2007) minder vaak aangegeven tot hun 65ste in hun eigen functie te *kunnen* doorwerken. Van Solinge en Henkens (2011) deden analyses op het NIDI werk en pensioen panel, bestaande uit werknemers van 50 jaar en ouder die in 2001 en 2007 hieraan hadden meegedaan. Zij lieten zien dat mensen in de regel eerder met pensioen gingen dan dat ze van tevoren hadden aangegeven te stoppen: 43% was eerder met pensioen gegaan dan gepland, 13% was op de leeftijd met pensioen gegaan die ze hadden gepland en 10% was later met pensioen gegaan, terwijl 34% nog werkzaam was en bovendien jonger was dan de leeftijd waarop ze hadden gepland met pensioen te gaan. Gemiddeld ging men twee jaar eerder met pensioen dan gepland. Wel moet worden bedacht dat ten tijde van zowel het onderzoek van Ybema et al. (2009) als dat van Van Solinge en Henkens (2011) er nog veel mogelijkheden waren om vroegtijdig uit te treden en dat de pensioenleeftijd toen nog niet was verhoogd. Veel mogelijkheden om vervroegd uit te treden bestaan inmiddels niet meer of worden financieel onaantrekkelijk gemaakt. Dit zal er ongetwijfeld toe leiden dat werknemers nu niet meer zoveel vroeger dan ze wellicht eerder hadden gepland kunnen stoppen met werken. In de sector zorg en welzijn ligt de leeftijd waarom met name ouderen (55-plus) met pensioen denken te willen en kunnen gaan, momenteel overigens nog steeds hoger dan de huidige pensioenleeftijd (Houtman et al., 2016). Echter, zowel de leeftijd waarop men denkt met pensioen te kunnen en willen gaan alsook de daadwerkelijke pensioenleeftijd stijgt nog steeds gestaag (Houtman et al., 2016).

Wat is er nodig om werknemers in de zorg langer te kunnen laten doorwerken? Werknemers in de NEA geven aan dat ze langer willen doorwerken wanneer het werk lichamelijk minder zwaar is, ze korter kunnen werken of als het stoppen met werken onaantrekkelijker wordt (Houtman et al., 2016). Onderzoek door

de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2015) laat zien dat werknemers vinden dat de werkgever zijn best zou moeten doen om zijn mensen aan het werk te houden, al mogen deze werkgevers niet gedwongen worden door wetgeving.

De Werkgevers Enquête Arbeid (WEA) van TNO laat zien dat werkgevers in de zorg redelijk gunstig afsteken ten opzichte van overige werkgevers als het gaat over de inzet van maatregelen gericht op het stimuleren van duurzame inzetbaarheid. Zo nemen werkgevers in de sector zorg en welzijn vaker ontzietmaatregelen als ook stimuleringsmaatregelen voor hun werknemers (Van Emmerik et al., 2015). Ontzietmaatregelen hebben vooral betrekking op het verminderen van blootstelling aan risico's in het werk en gaan over reductie van fysieke belasting in het werk of van de onregelmatigheid van werk, korter werken of minder vaak nachtdiensten doen, terwijl stimuleringsmaatregelen gaan over het krijgen van scholing en nieuwe dingen leren in het werk. Beide typen maatregelen sluiten ook nauw aan bij de behoeften van werknemers in de sector zorg en welzijn, zoals geïnventariseerd door De Veer en Francke (2011). Nadere analyses op de WEA-gegevens laten echter zien dat vooral de thuiszorg op het punt van maatregelen relatief weinig actief is. Ook een vignettenstudie onder werkgevers laat zien dat waar werkgevers in de zorg in het geheel niet investeren in de gezondheid van werknemers met een flexibel contract wanneer zij gezondheidsproblemen ontwikkelen, dit door één op de acht werkgevers in andere sectoren bij deze groep wel wordt gedaan (Houtman et al., 2013).

Er is wel weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van maatregelen ter stimulering van het langer doorwerken. Waar het nemen van ontzietmaatregelen zoals het bieden van de mogelijkheid om korter te werken of minder nachtdiensten te doen effectief lijkt om het langer doorwerken van werknemers te stimuleren (zie o.a. Ybema et al., 2009), wordt ook wel gevonden dat een verminderd vermogen om (langer) door te werken juist vooraf gaat aan het gebruikmaken van dit type regelingen (Van der Meer et al., 2016). Oudere werknemers die van baan zijn veranderd, beoordelen hun baan als beter bij hen passend dan jonge werknemers (Kasper et al., 2011). Het lijkt dus aantrekkelijk en verstandig om oudere werknemers in dienst te houden of te nemen, omdat ze vaker op de juiste plek lijken te (komen) zitten (Kasper et al., 2011).

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat de werknemers in de sector zorg en welzijn een minder gunstig duurzaam inzetbaarheidsprofiel hebben dan de gemiddelde Nederlandse werknemer. Werknemers in de verpleeg- en verzorgingshuizen en in de thuiszorg zijn binnen de sector zorg en welzijn risicogroepen waar het duurzame inzetbaarheid betreft. Op basis van onderzoek onder werkgevers kan worden geconcludeerd dat er in deze sector wel degelijk het een en ander aan het stimuleren van duurzame inzetbaarheid wordt gedaan, maar dat dit bij organisaties in de thuiszorg nog wel een verbeterpunt is.

Noot

- 1 Omdat de variabele opleiding niet in de Polisadministratie zit, is hiervoor gebruikgemaakt van de Enquête Beroepsbevolking (EBB, CBS), die veel groter is dan de NEA.

Literatuur

- Cuelenaere, B., Reyenga, F.A., Van den Burg, C.L., Haanstra-Veldhuis, V., Molenaar-Cox, P.G.N. & Hiemstra, C. (2013). Zorgen om WIA-instroom: arbeidsomstandigheden, verzuim en re-integratie in de sector zorg en welzijn. Leiden: Astri.
- De Veer, A.J.E. & Francke, A.L. (2011). *Tot je pensioen werken in de zorg? Wensen van werknemers in de verpleging en verzorging ten aanzien van ouderenbeleid van werkgevers*. Utrecht: NIVEL.
- De Wind, A., Geuskens, G.A., Ybema, J.F., Blatter, B.M., Burdorf, A., Bongers, P.M. & Van der Beek, A.J. (2014). Health, job characteristics, skills, and social and financial factors in relation to early retirement – results from a longitudinal study in the Netherlands. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 40(2), 186-194.
- Geuskens, G.A., Oude Hengel, K.M., Koppes, L.L.J. & Ybema, J.F. (2012). Predictors of the willingness and the ability to continue working until the age of 65 years. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 54(5), 572-578.
- Gommans, F. (2017). *De rol van gezondheid bij langer doorwerken*. Den Haag: CBS, Sociaal-economische trends (2017/02).
- Hoofman, W.E., Mars, G.M.J., Janssen, B., De Vroome, E.M.M., Janssen, B.J.M., Michiels, J.E.M. & Van den Bossche, S.N.J. (2016). *Nationale enquête arbeidsomstandigheden 2015: Methodologie en globale resultaten*. Leiden/Heerlen: TNO/CBS.
- Houtman, I., Koppes, L. & Dekker, F. (2013). *Verklaring van de stijging in WIA-instroom: een werknemers- en werkgeversperspectief*. Hoofddorp: TNO, <http://www.uvw.nl/overuww/Images/TNO%20rapport%20WIA-instroomstijging%20eindrapport.pdf>
- Houtman, I., Kraan, K., Van der Ploeg, K. & De Vroome, E. (2016). Hoofdstuk 2: Kerncijfers. In M. Douwes, J. van Genabeek & S. van den Bossche (red.), *Arbobalans 2016* (pp. 23-81). Leiden: TNO.
- Kasper, H., Cremers, M. & Mink, E. (2011). Oudere werknemers hebben passende banen. *ESB*, 96 (4614; 15 juli), 445-447.
- Kraan, K. & Sanders, J. (2016). *Monitor duurzame inzetbaarheid*. Leiden: TNO.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2015). *Werken tot je zeventigste: last of lust? Interviews gehouden ter inspiratie voor het advies 'Doorwerken en gezondheid'*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Reeuwijk, K.G., De Wind, A., Westerman, M.J., Ybema, J.F., Van der Beek, A.J. & Geuskens, G.A. (2013). 'All those things together made me retire': qualitative study on early retirement among Dutch employees. *BMJ Public Health*, 13, 516- 527.
- RIVM (2014). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. Bilthoven: RIVM. http://www.eengezondernederland.nl/Trends_in_de_toekomst
- RIVM (2016). *Staat van de Volksgezondheid en Zorg 2016*. Bilthoven: RIVM. <https://www.staatvenz.nl/>
- Strijk, J.E., Wendel-Vos, G.C.W., Picavet, H.S.J., Hofstetter, H. & Hildebrandt, V.H. (2015). Wat is vitaliteit en hoe is het te meten? Kerndimensies van vitaliteit en de Nederlandse Vitaliteitsmeter. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 93(1), 32-40.
- Ten Have, M., Van Dorsselaer, S. & De Graaf, R. (2014). Associations of work and health-related characteristics with intention to continue working after the age of 65 years. *European Journal of Public Health*, 25(1), 122-124.
- Van de Vijfeke, H., Leijten, F.R., Ybema, J.F., Van den Heuvel, S.G., Robroek, S.J., Van der Beek, A.J., Burdorf, A. & Taris, T.W. (2013). Differential effects of mental and physical health and coping style on work ability: A 1-year follow-up study among ageing workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(10), 1238-1243.
- Van der Meer, L., Leijten, F.R.M., Van den Heuvel, S.G., Ybema, J.F., De Wind, A., Burdorf, A. & Geuskens, G.A. (2016). Company policies on working hours and night work in relation to older workers' work ability and work engagement: Results from the Dutch longitudinal study with 2 year follow-up. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26, 173-181.

- Van Emmerik, M., De Vroome, E. & Van den Bossche, S. (2015). *Werkgevers Enquête Arbeid 2014. Methodologie en beschrijvende resultaten*. Hoofddorp: TNO. http://www.monitorarbeid.tno.nl/dynamics/modules/SFIL0100/view.php?fil_Id=140
- Van Solinge, H. & Henkens, K. (2011). Besluitvorming rondom pensioneren: de invloed van werk- en organisatiecontext. *Gedrag & Organisatie*, 24(4), 430-452.
- Ybema, J.F., Geuskens, G. & Oude Hengel, K. (2009). *Oudere werknemers en langer doorwerken*. Hoofddorp: TNO.
- Ybema J.F., Geuskens, G.A., Van den Heuvel, S.G., De Wind, A., Leijten, F.R.M., Joling, C., et al. (2014). Study on Transitions in Employment, Ability and Motivation (STREAM): The design of a four-year longitudinal cohort study among 15,118 persons aged 45 to 64 years. *British Journal of Medicine and Medical Research*, 4(6), 1383-1399. <http://dx.doi.org/10.9734/BJMMR/2014/7161>.