

Gezondheid en langer doorwerken

Resultaten uit de Study on TRansitions in Employability, Ability and Motivation (STREAM)

Swenneke van den Heuvel & Irene Niks*

De relatie tussen gezondheid en arbeidsparticipatie is over het algemeen sterk, maar niet eenduidig. Binnen de Study on Transitions in Employment, Ability and Motivation (STREAM) is deze relatie regelmatig onderwerp van studie geweest. In dit artikel vatten we de resultaten van die studies samen. Hierbij gaan we in op de volgende onderzoeksvragen: Hoe houden gezondheidsproblemen verband met langer doorwerken? Om welke gezondheidsproblemen gaat het? In hoeverre kunnen werkkenmerken het langer doorwerken met gezondheidsproblemen bevorderen of belemmeren? Uit de STREAM-data blijkt allereerst dat gezondheidsproblemen van oudere werknemers inderdaad het langer doorwerken kunnen belemmeren, vooral wanneer er sprake is van een verminderd werkvermogen en van beperkingen in het functioneren. Dat is niet bij alle gezondheidsproblemen in dezelfde mate het geval. Werknemers met psychische klachten stromen vaker uit dan werknemers met andere klachten. Daarentegen stromen werknemers met een slechtere ervaren mentale gezondheid minder vaak uit dan werknemers met een slechtere ervaren fysieke gezondheid. Veel autonomie en sociale steun op het werk verlagen de kans op uitstroom door gezondheidsproblemen. In de discussie gaan we verder in op deze resultaten.

Inleiding

In verband met de toenemende vergrijzing is het huidige overheidsbeleid gericht op langer doorwerken. De pensioenleeftijd stijgt en duurzame inzetbaarheid van werkenden staat hoog op de agenda. Veel aandacht gaat daarbij uit naar de gezondheid van werkenden. De ervaren gezondheid neemt immers af naarmate men ouder wordt, waardoor langer doorwerken onder druk komt te staan. Van alle Nederlanders ervaart bijna 80% de eigen gezondheid als (zeer) goed, maar in de hogere leeftijdsgroepen is dat lager (in de groep van 45 tot 64 jaar 70% en in de groep van 65 tot 74 jaar 67,5%; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2019). Chronische ziekten en aandoeningen nemen ook toe met de leeftijd. In de leeftijdsgroep van 40 tot 50 jaar heeft 30% één of meer langdurige aandoeningen, maar in de leeftijdsgroep van 55 tot 65 jaar is dit 46% en bij 65-tot 75-jarigen zelfs 50% (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2019). Chronische aandoeningen gaan vaak samen met fysieke en mentale beperkingen, waardoor mensen mogelijk niet meer goed in staat zijn om hun werk uit te voeren. We zien dan ook dat het percentage mensen dat aangeeft dat zij beperkingen

* Swenneke van den Heuvel en Irene Niks zijn verbonden aan TNO. E-mail: swenneke.vandenheuvel@tno.nl.

ondervinden in activiteiten vanwege hun gezondheid flink toeneemt in de oudere leeftijdsgroep, namelijk van 26% in de leeftijdsgroep van 40 tot 50 jaar tot 40% in de leeftijdsgroep van 55 tot 65 jaar (CBS, 2019). Ook uit internationaal onderzoek is eerder gebleken dat een verminderde gezondheid een zeer belangrijke voorspeller is van een voortijdige uitstroom uit het werk (zie onder andere: Van den Heuvel & De Wind, 2015; Vriend, Heyma, Van der Noordt, & Deeg, 2016). Niet voor niets heeft de Gezondheidsraad in 2015 het verzoek gekregen om het kabinet te adviseren over het vraagstuk van langer doorwerken en gezondheid (Gezondheidsraad, 2018).

Gezondheid is dus van invloed op de arbeidsparticipatie, maar welke invloed heeft werken op de gezondheid? Het is bekend dat werkomstandigheden een risico kunnen vormen voor de gezondheid. Denk bijvoorbeeld aan een hoge fysieke belasting, die slijtage en op langere termijn gewrichtsklachten met zich meebrengt, of blootstelling aan stoffen die op den duur schade aan de longen kan toebrengen. Toch zijn er ook andere geluiden. Werken zou juist goed voor de gezondheid zijn en ermee stoppen zou leiden tot gezondheidsverslechtering. Dit zou te verklaren zijn door de positieve kanten die werk met zich meebrengt, zoals structuur in het leven, een sociaal netwerk en financiële zekerheid. Deze aspecten kunnen bijdragen aan een goede mentale gezondheid. Een systematische literatuurstudie laat zien dat werken inderdaad een positief effect heeft op de mentale gezondheid en het risico op depressie verlaagt. De literatuur laat geen eenduidige resultaten zien met betrekking tot fysieke gezondheid (Van der Noordt, IJzelenberg, Droomers, & Proper, 2014). Een grootschalige longitudinale studie uit Frankrijk, waarin gekeken werd naar 7 jaar vóór het stoppen met werken en 7 jaar erna, concludeerde dat voor vrijwel alle werkenden het stoppen met werken een betere gezondheid met zich meebracht, behalve voor de groep met de meest gunstige kenmerken (hogere beroepskwalificaties, lage fysieke en psychologische belasting, en hoge werktevredenheid; Westerland et al., 2009). Ten slotte is er recent een studie verschenen op basis van Europese data waarin is gekeken naar opleidingsverschillen en de relatie tussen gezondheid en arbeidstransities. Daarin werd gevonden dat laagopgeleiden vaak vanwege gezondheidsredenen eerder uitstromen, waarna de gezondheid verbetert, terwijl bij hoogopgeleiden vroegpensioen juist tot een verslechtering van de gezondheid leidt. De conclusie van deze studie was dat het verlengen van het arbeidzame leven zowel nadelige als voordelige effecten op gezondheid kan hebben en dat er grotere gezondheidsverschillen zullen ontstaan wanneer iedereen geacht wordt tot dezelfde leeftijd door te werken (Schuring, Robroek, Lingsma, & Burdorf, 2015).

Kortom, de relatie tussen gezondheid en arbeidsparticipatie is gecompliceerd. In dit artikel willen we ons beperken tot de invloed van gezondheid op arbeidsparticipatie en niet andersom, maar ook die relatie behoeft enige nuance. Ten eerste leiden gezondheidsproblemen lang niet altijd tot beperkingen die de werkkuitvoering belemmeren. In de Nederlandse Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) die TNO en CBS jaarlijks onder een grote groep werknemers uitvoeren, zijn vragen opgenomen naar chronische aandoeningen en in hoeverre deze aandoeningen de werkkuitvoering belemmeren. In 2017 geeft ruim een derde van de respondenten aan dat zij één of meer langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps hebben (TNO/CBS, 2018). Onder de 55-plussers is dat aandeel groter, namelijk

iets meer dan de helft. Maar lang niet iedereen uit deze groep wordt door de aandoening belemmerd in de werkuitvoering: 45% van de werkende 55-plussers met een chronische aandoening zegt hierdoor niet belemmerd te worden en 44% wordt slechts licht belemmerd.

Ten tweede zijn er verschillende uitstroomroutes uit het werk te onderscheiden, waarbij de rol van gezondheidsproblemen varieert. Grofweg kunnen we mensen die vroegtijdig stoppen met werken indelen in arbeidsongeschikten die een WIA-uitkering krijgen, werklozen die een WW- of bijstandsuitkering ontvangen, en mensen die met vroegpensioen gaan via een regeling met de werkgever of via eigen middelen. In 2014 is een review verschenen waarin de literatuur over de rol van gezondheidsproblemen bij uitstroom is geanalyseerd (Van Rijn, Robroek, Brouwer, & Burdorf, 2014). De conclusie van de verzamelde literatuur was dat een slechte gezondheid niet alleen een risicofactor vormt voor uitstroom naar arbeidsongeschiktheid, maar ook naar werkloosheid. De invloed van gezondheidsproblemen op uitstroom naar vroegpensioen is daarentegen veel minder groot (Van den Heuvel, Leijten, De Vroome, & Geuskens, 2016; Van Rijn et al., 2014). De invloed van gezondheid op vroegpensioen is ook onderzocht in een kwalitatieve studie uit 2011, waarbij interviews zijn gehouden onder 30 vroeggepensioneerden om meer zicht te krijgen op de redenen om vroegtijdig het werk te verlaten. Gezondheid bleek op verschillende manieren een rol te spelen. Zo konden gezondheidsproblemen ertoe leiden dat werknemers zich niet meer in staat voelden hun werk uit te voeren of tot de angst dat doorwerken hun gezondheidsproblemen zou verergeren. Maar ook een goede gezondheid kon een stimulans zijn om te stoppen met werken: mensen gaven aan nog van het leven te willen genieten en activiteiten te ontplooiën die ze op dat moment, in goede gezondheid, nog konden doen (De Wind et al., 2013).

Ten derde is de invloed van gezondheid op arbeidsparticipatie ook afhankelijk van het type werk. Wanneer er bijvoorbeeld sprake is van een gezondheidsprobleem dat gepaard gaat met fysieke belemmeringen, zal fysiek zwaar werk over het algemeen lastiger uit te voeren zijn dan werk dat weinig tot geen fysieke inspanning vergt. Zware fysieke werkbelasting komt vooral voor bij laagopgeleide werkenden. Laagopgeleiden schatten de leeftijd tot waarop zij kunnen doorwerken dan ook lager in dan hoogopgeleiden (Kraan & Sanders, 2018). Toch ligt de daadwerkelijke leeftijd waarop laagopgeleiden stoppen met werken hoger dan die van hoogopgeleiden. Hoogstwaarschijnlijk wegen de financiële mogelijkheden om te stoppen met werken voor deze groep zwaarder dan de gezondheid.

Samenvattend is de relatie tussen gezondheid en arbeidsparticipatie sterk, maar verschilt deze per type gezondheidsprobleem, type werk en uitstroomroute. Om na te gaan onder welke omstandigheden oudere werknemers langer kunnen doorwerken heeft TNO in samenwerking met het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en diverse universiteiten en kennisinstituten een studie opgezet waarin oudere werknemers, zelfstandigen en niet-werkenden vanaf 2010 gevolgd zijn: de Study on Transitions in Employment, Ability and Motivation (STREAM). Met de STREAM-data is 'arbeidsparticipatie in relatie tot gezondheidsgerelateerde beperkingen' regelmatig onderwerp van studie geweest. In dit artikel vatten we de resultaten van die studies samen. In deze studies gaat het niet om doorwerken *na* de pensioenleeftijd, maar om het doorwerken *tot* deze leeftijd. Langer doorwerken betekent in deze analyses dus dat er geen sprake is van

vroegtijdige uitstroom. Gezamenlijk geven de studieresultaten inzicht in de volgende onderzoeksvragen:

- Hoe houden gezondheidsproblemen verband met langer doorwerken?
- Om welke gezondheidsproblemen gaat het?
- In hoeverre kunnen werkkenmerken het langer doorwerken met gezondheidsproblemen bevorderen of belemmeren?

Methodie

Studiepopulatie

Voor de in dit artikel beschreven studies is gebruikgemaakt van STREAM. STREAM is een longitudinaal onderzoek onder werknemers, zelfstandigen en niet-werkende personen met een leeftijd van 45 tot 64 jaar tijdens de eerste meting in 2010. De onderzoeksgroep is gestratificeerd naar leeftijd en werkstatus. Vervolgmetingen zijn uitgevoerd in 2011, 2012, 2013, 2015, 2016 en 2017. STREAM-participanten maken onderdeel uit van het Intomart GfK Online Panel. Omdat de deelnemers bij de vijfde meting 5 jaar ouder waren dan bij aanvang, is in de meting van 2015 een nieuwe onderzoeksgroep opgenomen in STREAM om de categorie 45-49 jaar opnieuw te vullen. Ook zijn er nieuwe deelnemers toegevoegd uit de leeftijdsgroepen 50-54, 55-59 en 60-64 jaar, om een voldoende aantal werkenden in deze leeftijdsgroepen te verzekeren.

De STREAM-populatie bestond bij aanvang van het onderzoek in 2010 uit ruim 15.000 personen. In 2015 zijn hier 6.700 nieuwe deelnemers aan toegevoegd. De respons onder de deelnemers is hoog. Onder de groep die al vanaf het begin deelneemt is het responspercentage inmiddels wel afgenomen van 82% in 2011 tot 63% in 2017. Dit is het responspercentage dat gebaseerd is op het oorspronkelijke aantal deelnemers. Omdat de personen die zich uitgeschreven hadden voor het GfK-panel niet meer benaderd mochten worden, ligt het werkelijke responspercentage hoger.

Van de oorspronkelijke deelnemers heeft 41% alle vragenlijsten ingevuld. Van de deelnemers die er in 2015 zijn bijgekomen heeft 66% tot nu toe alle vragenlijsten ingevuld.

STREAM is niet gebaseerd op een representatieve steekproef. Onderzoeken met STREAM zijn niet gericht op het doen van uitspraken over de stand van zaken in de Nederlandse beroepsbevolking, bijvoorbeeld over hoeveel werknemers er met vroegpensioen gaan. We zijn met STREAM vooral op zoek naar verbanden en streven er bij het samenstellen van de steekproef naar om voldoende personen in de voor ons interessante groepen te hebben. Zo hebben we bijvoorbeeld relatief veel werknemers in de hogere leeftijdsgroepen. Voor meer informatie over STREAM verwijzen we naar het methodologisch rapport (Van den Heuvel, Geuskens, Bouwhuis, & Niks, 2018).

Meetinstrumenten

De studies die in dit artikel genoemd worden, maken gebruik van vragen uit STREAM over gezondheidsproblemen, ervaren fysieke en mentale gezondheid,

werkmotivatie, werkvermogen en een aantal werkkenmerken (fysieke belasting, taakeisen, autonomie en sociale steun).

Onder *gezondheidsproblemen* verstaan we hier langdurige ziekten, aandoeningen en handicaps. In de vragenlijst is een aantal veelvoorkomende gezondheidsproblemen opgesomd en is per gezondheidsprobleem aan deelnemers gevraagd of ze ermee kampten. Deze vragen zijn ontleend aan de NEA, een jaarlijkse enquête onder werknemers, uitgevoerd door TNO en CBS.

Ervaren fysieke en mentale gezondheid meten we in STREAM met behulp van de *Short Form Health Survey* (SF-12; Ware, Kosinski & Keller, 1996), een internationale standaard van een generieke gezondheidsmaat. De SF-12 bestaat uit 12 vragen over gezondheidsgerelateerde beperkingen (voorbeeldvragen: 'De afgelopen vier weken, hoe vaak voelde je je neerslachtig en somber?', 'Hoe vaak werd je de afgelopen vier weken gehinderd door pijn?') Op basis van deze vragen is het mogelijk om ervaren fysieke en ervaren mentale gezondheid te onderscheiden.

Voor *werkmotivatie* maken we gebruik van een deel van de Utrechtse Bevolgingschaal (Schaufeli & Bakker, 2003). De STREAM-vragenlijst bevat de 6 items die horen bij de dimensies vitaliteit en toewijding, zoals: 'Mijn werk inspireert mij.'

We meten het *werkvermogen* door respondenten te vragen om aan hun huidige werkvermogen punten toe te kennen op een schaal van 0 tot 10, waarbij 10 punten staat voor het werkvermogen in de beste periode van hun leven en 0 voor geheel niet in staat zijn om te werken. Deze vraag is afkomstig uit de *Work Ability Index* (Tuomi, Ilmarinen, Jahkola, Katajarinne, & Tulkki, 1998; Ilmarinen, 2009).

Vragen over *fysieke belasting* zijn ontleend aan de Vragenlijst Bewegingsapparaat en hebben betrekking op werkhouding, tillen en dergelijke (Hildebrandt, Bongers, Van Dijk, Kemper, & Dul, 2002). Van de verschillende onderdelen is een somscore samengesteld.

De vragen over *taakeisen* en *autonomie* zijn ontleend aan de *Job Content Questionnaire* (Karasek, 1985). Voorbeeldvragen hiervan zijn: 'Moet u erg snel werken?' en: 'Kunt u zelf beslissen hoe u uw werk uitvoert?'

Sociale steun is gemeten met de COPSOQ (Kristensen, Hannerz, Hogh, & Borg, 2005). Twee vragen gaan over steun van collega's en twee over steun van leidinggevenden. Een voorbeeldvraag is: 'Hoe vaak krijgt u hulp en steun van uw collega's?'

In de hier beschreven studies beschouwen we langer doorwerken als 'geen vroegtijdige uitstroom'.

Het onderscheid in *uitstroom* meten we met behulp van een vraag naar de werkstatus en een vraag naar een uitkering. Bij de vraag naar de werkstatus kan de respondent verschillende mogelijkheden aankruisen: één of meer betaalde banen, werkzaam als zelfstandige, werkloos, arbeidsongeschikt, (pre)pensioen, opleiding aan het volgen, en huisvrouw/huisman. Ook kunnen respondenten verschillende uitkeringen rapporteren: arbeidsongeschiktheidsuitkering, werkloosheidsuitkering, bijstand, AOW en (pre)pensioenregeling. Voor deze studie richten we ons op de eerste transitie uit werk die de werknemer maakt gedurende de onderzoeksperiode. Alle respondenten die aangeven dat ze een arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgen, delen we in bij uitstroom naar arbeidsongeschiktheid.

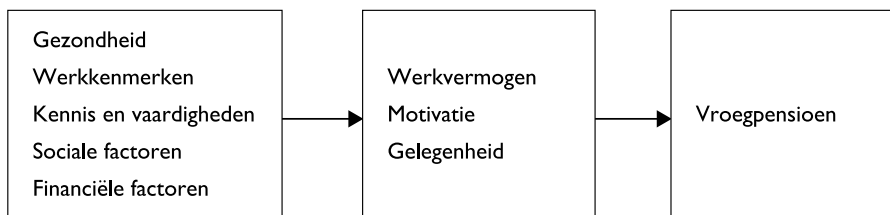
Uitstroom naar werkloosheid betekent dat de respondent geen betaald werk heeft, geen (pre)pensioen en geen arbeidsongeschiktheidsuitkering. Uitstroom naar vroegpensioen betekent dat de respondent aangeeft geen betaald werk te hebben, met pensioen of prepensioen te zijn, en geen arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgt. Wanneer respondenten de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt, worden ze niet bij de uitstroom meegerekend. Er is dan namelijk geen sprake van vervroegde uitstroom.

Resultaten

Hoe houden gezondheidsproblemen verband met langer doorwerken?

Gezondheidsproblemen kunnen op verschillende manieren leiden tot vroegtijdige uitstroom uit werk. Werkenden kunnen vanwege een gezondheidsprobleem vrijwillig besluiten om eerder te stoppen, omdat zij van het leven willen genieten nu het nog kan of omdat zij bang zijn dat door het werk hun gezondheid verder zal verslechteren (De Wind et al., 2013). We noemen dit de *uitstroom naar vroegpensioen*. De vrijwillige keuze om eerder te stoppen met werken is echter niet voor iedereen weggelegd. Soms zijn gezondheidsproblemen van zodanige aard dat werken niet meer goed mogelijk is. In sommige gevallen is er nog wel passend werk te vinden bij de huidige of een andere werkgever, maar dat lukt niet altijd. Werknemers stromen dan uit naar arbeidsongeschiktheid en soms ook naar werkloosheid.

Dit zien we ook in de STREAM-data terug. Leijten en collega's (2015) vonden dat gezondheidsproblemen vooral leiden tot uitstroom naar arbeidsongeschiktheid en in iets mindere mate naar werkloosheid. In een andere studie onderzochten Van den Heuvel en collega's (2016) de relatieve invloed van diverse factoren (gezondheid, werkkenmerken, kennis en vaardigheden, sociale en financiële factoren, en werkmotivatie) op de uitstroom uit het werk. Hieruit bleek dat gezondheid het meest bepalend is voor vroegtijdige uitstroom uit het werk, op de voet gevolgd door werkmotivatie (bevlogenheid).



Figuur 1 Onderzoeksmodel De Wind en collega's (2015)

Maar hoe leiden gezondheidsproblemen precies tot vroegtijdige uitstroom? Met de STREAM-data is dit onderzocht voor de uitstroom naar vroegpensioen (De Wind, Geuskens, Ybema, Bongers, & Van der Beek, 2015). Hierbij is uitgegaan van het model zoals in figuur 1 weergegeven. Volgens dit model heeft fysieke en mentale gezondheid een *indirect* effect op uitstroom naar vroegpensioen *via*

het werkvermogen, werkmotivatie en de gelegenheid om te werken. Werkvermogen verwijst naar de mate waarin iemand zowel lichamelijk als geestelijk in staat is om te werken (Ilmarinen, 2009). Gelegenheid om te werken verwijst naar leeftijdsdiscriminatie en de houding van collega's en leidinggevende tegenover werken tot de pensioengerechtigde leeftijd.

Het model is getest en bleek grotendeels te kloppen. Een slechtere fysieke en mentale gezondheid hing samen met een lager werkvermogen (zie ook: Van den Heuvel et al., 2016), en een lager werkvermogen bleek een belangrijke voorspeller van uitstroom naar vroegpensioen. Daarnaast lieten de resultaten zien dat een slechtere gezondheid van een werknemer samenhangt met een negatievere houding van collega's en leidinggevende over doorwerken tot de pensioengerechtigde leeftijd. Met andere woorden, medewerkers met een slechtere gezondheid kunnen over het algemeen minder rekenen op steun van collega's en leidinggevende voor langer doorwerken dan werknemers met een goede gezondheid. Dit bleek vervolgens ook een voorspeller van uitstroom naar vroegpensioen: werknemers die een negatievere houding van hun collega's en leidinggevendenden ten opzichte van langer doorwerken ervoeren, stroomden vaker uit naar vroegpensioen. Voor uitstroom naar arbeidsongeschiktheid en werkloosheid zijn indirecte effecten van gezondheid nog niet onderzocht, maar het is te verwachten dat ook daar het werkvermogen een belangrijke rol speelt (De Wind et al., 2015).

Om welke gezondheidsproblemen gaat het?

In haar proefschrift *Working longer in good health* gaat Fenna Leijten (2015) onder meer in op de invloed van zeven veelvoorkomende gezondheidsproblemen op werkvermogen en uitstroom uit werk. Die zeven gezondheidsproblemen zijn: (1) bewegingsapparaatklachten, (2) migraine of ernstige hoofdpijn, (3) hart- en vaatziekten, (4) ademhalingsaandoeningen (astma, bronchitis, emfyseem), (5) maag- en darmstoornissen, (6) diabetes en (7) psychische klachten. In tabel 1 geven we de prevalentie van deze klachten weer onder werknemers in 2010, omdat in deze periode de klachten voor de geciteerde onderzoeken zijn gemeten, en in 2017 om de meest recente cijfers te tonen. Deze prevalenties zijn afkomstig uit de NEA. De prevalenties in STREAM-populatie liggen overigens iets hoger, maar zijn zoals eerder aangegeven niet representatief.

Uit een van haar studies blijkt dat vooral bewegingsapparaat- en psychische klachten het werkvermogen nadelig beïnvloeden. Hart- en vaatziekten en diabetes hadden de minste invloed op het werkvermogen (Leijten et al., 2014). Uit de resultaten van een andere studie uit dit proefschrift blijkt dat vrijwel alle zeven genoemde aandoeningen significant van invloed zijn op uitstroom naar arbeidsongeschiktheid. Werknemers met psychische klachten lopen het grootste risico om arbeidsongeschikt te worden, terwijl zij ook een groter risico hebben om werkloos te worden of met vroegpensioen te gaan. Bij andere dan psychische gezondheidsproblemen is de invloed op werkloosheid of vroegpensioen zeer beperkt: de enige statistisch significante risico's vinden we bij werknemers met hart- en vaatziekten op werkloosheid, en bij werknemers met bewegingsapparaatklachten op vroegpensioen (Leijten et al., 2015). Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 2.

Tabel 1 *Prevalentiecijfers van de onderzochte gezondheidsproblemen uit 2010 en 2017, uitgesplitst naar werknemers van 15 tot 45 jaar en 45-plussers (n = 23.007 en 41.294 voor respectievelijk 2010 en 2017)*

	2010		2017	
	15-45 %	45+ %	15-45 %	45+ %
Bewegingsapparaatklachten	12,2	23,3	9,8	22,2
Ernstige hoofdpijn	6,2	5,9	5,9	5,2
Hart- en vaatziekten	1,2	6,2	0,9	6,4
Ademhalingsaandoeningen	5,4	5,5	4,2	5,1
Maag- en darmstoornissen	3,8	4,2	3,3	4,0
Diabetes mellitus	0,9	4,0	0,8	4,1
Psychische klachten	3,1	3,0	4,0	3,6

Bron: NEA (TNO/CBS, 2010, 2017)

Tabel 2 *Multivariate analyses van de relatie tussen gezondheidsproblemen en uitstroom uit betaald werk volgens een competing risks proportional hazards model^a (n = 8.149; de vetgedrukte resultaten zijn statistisch significant)*

Determinanten	Arbeidsongeschiktheid HR (95% BI) ^b	Uitkomstmaten	
		Werkloosheid HR (95% BI) ^b	Vroegpensioen HR (95% BI) ^b
Bewegingsapparaatklachten	2,19 (1,49-3,22)	1,05 (0,87-1,28)	1,23 (1,06-1,42)
Ernstige hoofdpijn	1,78 (1,06-2,99)	0,95 (0,68-1,33)	1,18 (0,86-1,63)
Hart- en vaatziekten	1,49 (0,88-2,54)	1,35 (1,03-1,77)	1,01 (0,81-1,26)
Ademhalingsaandoeningen	2,02 (1,18-3,44)	0,96 (0,68-1,35)	0,69 (0,50-0,93)
Maag- en darmstoornissen	1,97 (1,17-3,33)	0,89 (0,60-1,33)	0,86 (0,64-1,14)
Diabetes mellitus	2,43 (1,44-4,09)	1,14 (0,82-1,60)	1,15 (0,92-1,44)
Psychische klachten	2,79 (1,45-5,39)	2,58 (1,83-3,62)	1,57 (1,05-2,34)

^a Dit model houdt rekening met de afhankelijkheid van de uitkomsten. De uitkomsten zijn Hazard Ratio's (HR). Een HR groter dan 1 geeft een verhoogd risico weer, waarbij rekening is gehouden met het risico op de andere uitstroomroutes.

^b HR (95% BI) = Hazard ratio en betrouwbaarheidsinterval, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding, werkfactoren en de andere gezondheidsproblemen. Deze resultaten zijn eerder gepubliceerd in: Leijten en collega's, 2015.

Behalve het onderscheid in verschillende gezondheidsproblemen kunnen we in STREAM ook onderscheid maken in *ervaren* fysieke en mentale gezondheid. Zoals verwacht blijkt uit een TNO-rapport dat beide samenhangen met werkvermogen en uitstroom uit betaald werk. Werknemers met een als slecht ervaren *fysieke* gezondheid lopen over het algemeen echter meer risico dan werknemers met een als slecht ervaren *mentale* gezondheid (Van den Heuvel et al., 2016). Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 3.

Tabel 3 *Multivariate analyses van de relatie tussen een slechte mentale of fysieke gezondheid en een laag werkvermogen (n = 6.606) en uitstroom uit betaald werk (n = 7.721) (de vetgedrukte resultaten zijn statistisch significant.)*

Uitkomstmaten	Determinanten			
	Mentale gezondheid OR (95% BI) ^a		Fysieke gezondheid OR (95% BI) ^a	
Laag werkvermogen ^b	1,69	(1,51-1,90)	2,00	(1,79-2,23)
Uitstroom ^c :				
Arbeidsongeschikt	1,89	(1,13-3,14)	6,03	(3,93-9,25)
Werkloos	1,46	(1,12-1,90)	1,30	(0,99-1,71)
Vroegpensioen	1,29	(0,92-1,82)	1,19	(0,88-1,60)
Uitstroom totaal	1,42	(1,16-1,74)	1,56	(1,30-1,89)

^a Odds ratio en betrouwbaarheidsinterval, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding, werkfactoren, kennis en vaardigheden en sociale factoren. Een OR groter dan 1 geeft een verhoogd risico weer.

^b Berekend volgens een GEE-model met een time-lag van 1 jaar, dat wil zeggen dat we de relatie analyseren van de risicofactor (een als slecht ervaren gezondheid) en de uitkomst (een laag werkvermogen) in het daaropvolgende jaar.

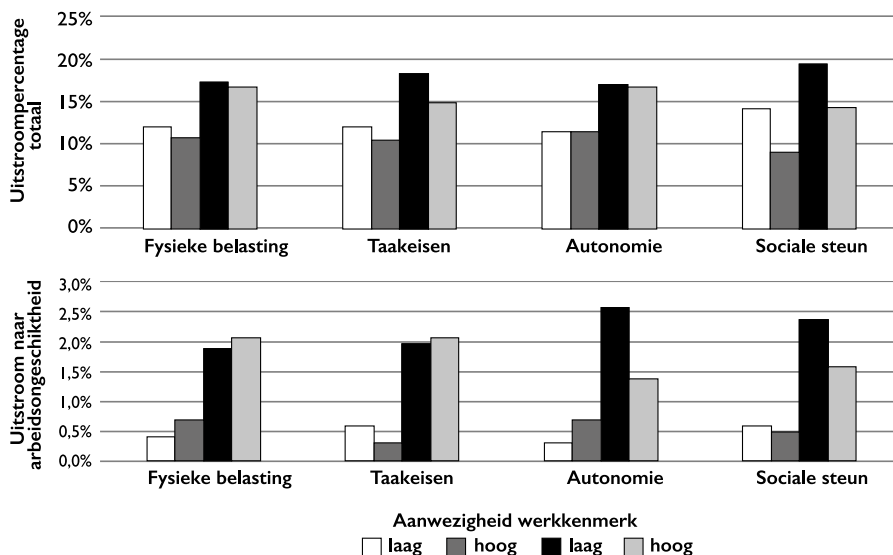
^c Berekend met multinomiale logistische regressie waarbij we de relatie analyseren tussen de risicofactor (een als slecht ervaren gezondheid) in 2010 en de uitstroom in de periode 2011 t/m 2013. Deze resultaten zijn eerder gepubliceerd in Van den Heuvel et al., 2016.

Uit de resultaten kunnen we concluderen dat gezondheidsproblemen vooral het risico op uitstroom naar arbeidsongeschiktheid vergroten en dat werknemers met psychische klachten het hoogste risico lopen, ook op de andere uitstroomroutes. Ook de *ervaren* gezondheid is van belang, waarbij een als slecht ervaren *fysieke* gezondheid een iets groter risico op uitstroom geeft dan een als slecht ervaren *mentale* gezondheid.

In hoeverre kunnen werkkenmerken het langer doorwerken met gezondheidsproblemen bevorderen of belemmeren?

Niet alle gezondheidsproblemen leiden tot een verminderd vermogen om te werken. Andersom zijn niet alle vormen van werk afhankelijk van de gezondheid van de werker. Soms kan werk uitstekend gedaan worden door personen met gezondheidsproblemen. En soms zijn er hulpbronnen nodig binnen het werk die de werknemer met gezondheidsproblemen kunnen ondersteunen bij de werkvuivering. Met behulp van de STREAM-data hebben we onderzocht in hoeverre verschillende werkkenmerken langer doorwerken kunnen bevorderen of belemmeren bij werknemers met en zonder gezondheidsproblemen. De verwachting was dat een hoge mate van fysieke belasting en hoge taakeisen de uitstroom van werknemers met gezondheidsproblemen versterkt, terwijl een hoge mate van autonomie en sociale steun juist het langer doorwerken mogelijk maakt. In figuur 2 zijn de uitstroompercentages weergegeven van werknemers met en zonder gezondheidsproblemen, gecombineerd met verschillende werkkenmerken. Daaruit is af te leiden dat personen met gezondheidsproblemen zoals verwacht vaker uitstromen, maar er zijn geen duidelijke aanwijzingen dat de onderzochte werkkenmerken de uitstroom over het geheel bevorderen of belemmeren. Dit blijkt echter wel het geval wanneer we inzoomen op uitstroom naar arbeidson-

geschiktheid. Daar blijken personen die naast gezondheidsproblemen ook weinig autonomie of sociale steun hebben op het werk beduidend vaker uit te stromen. Dat geldt vooral voor weinig autonomie: 2,6% van de werknemers met gezondheidsproblemen en weinig autonomie wordt arbeidsongeschikt, tegenover slechts 1,4% van de werknemers met gezondheidsproblemen en veel autonomie (Leijten et al., 2015; Van den Heuvel & Van Egmond, 2018).



Figuur 2 *Uitstroom totaal en uitstroom naar arbeidsongeschiktheid voor combinaties van werkenmerken en de aanwezigheid van een gezondheidsprobleem. De zwarte en lichtgrijze staven vertegenwoordigen de personen met een of meer gezondheidsproblemen.*
 De resultaten waarop deze figuur is gebaseerd zijn, in andere vorm, eerder gepubliceerd in Van den Heuvel & Van Egmond, 2018b.

Discussie

Samenvattend blijkt uit onderzoek met de STREAM-data dat gezondheidsproblemen van oudere werknemers langer doorwerken kunnen belemmeren, vooral door uitstroom naar arbeidsongeschiktheid. De aantasting van de mate waarin iemand zowel lichamelijk als geestelijk in staat is om te werken, oftewel het werkvermogen, lijkt hier een belangrijke rol in te spelen. Werknemers met psychische klachten stromen vaker uit dan personen met andere gezondheidsproblemen. Dit lijkt erop te duiden dat dit type klachten langer doorwerken meer belemmert dan andere gezondheidsproblemen. Daarentegen stromen personen met een slechtere ervaren *mentale* gezondheid iets minder snel uit dan personen met een slechtere ervaren *fysieke* gezondheid. Veel autonomie en sociale steun

op het werk kunnen de uitstroom door gezondheidsproblemen bufferen. Hieronder gaan we dieper in op de afzonderlijke resultaten.

Een slechte ervaren gezondheid kan leiden tot uitstroom naar vroegpensioenen via een afname van het werkvermogen. Tot nu toe is deze mediërende rol van werkvermogen met STREAM-data alleen onderzocht en aangetoond voor uitstroom naar vroegpensioenen, maar het is aannemelijk dat dit ook geldt voor andere uitstroomroutes. Secundaire analyses voor dit artikel tonen in ieder geval aan dat een verminderd werkvermogen zeer sterk voorspellend is voor alle uitstroomroutes. Opvallend is dat bij uitstroom naar vroegpensioenen daarnaast ook de houding van collega's en leidinggevende met betrekking tot vroegpensioenen van invloed is. Met andere woorden, oudere werknemers kunnen zich door de sociale norm op het werk gestimuleerd voelen om langer door te werken, ongeacht hun werkvermogen. Gezien het uitgebreide publieke debat over de noodzaak tot langer doorwerken is te verwachten dat de sociale norm met betrekking tot langer doorwerken steeds gunstiger wordt (De Wind et al., 2015). Ook zouden werkgevers en leidinggevendenden hier bewust op kunnen sturen door een positieve houding ten opzichte van langer doorwerken expliciet te communiceren.

Een slecht ervaren gezondheid is ook van invloed op de uitstroom naar werkloosheid. Waarschijnlijk is een deel daarvan te wijten aan het feit dat mensen met gezondheidsproblemen toch bewust of onbewust achtergesteld worden wanneer het gaat om een contractverlenging of om een reorganisatie. Dit kunnen we met de gegevens die we hebben niet nagaan. Verder is duidelijk dat de uitstroommogelijkheden beperkt zijn geworden. Het is lastig om in aanmerking te komen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering en vroegpensioenregelingen zijn schaars. Dit kan ertoe leiden dat de druk op bijstand en WW-uitkering groter wordt, of dat werknemers met gezondheidsproblemen afhankelijk worden van het inkomen van de partner.

Dat een slechte gezondheid belemmerend werkt op langer doorwerken behoeft geen uitleg. De resultaten met betrekking tot psychische gezondheidsproblemen en ervaren mentale gezondheid enerzijds, en fysieke gezondheidsproblemen en ervaren fysieke gezondheid anderzijds lijken echter tegenstrijdig. We zien bij de ervaren gezondheid dat de fysieke component tot meer uitstroom leidt dan de mentale component, terwijl bij de afzonderlijke gezondheidsproblemen juist de psychische klachten het langer doorwerken vaker belemmeren. Bij een vergelijking van de groep die psychische klachten rapporteert met de groep die een mindere mentale gezondheid ervaart, blijkt de groep met psychische klachten veel kleiner. Dit betreft slechts 3% van de onderzoekspopulatie (Leijten et al., 2015), terwijl 13,5% van de onderzoekspopulatie tot de groep behoort met een slechtere ervaren mentale gezondheid. Het lijkt erop dat de gerapporteerde psychische klachten van ernstigere aard zijn, terwijl het begrip 'slechtere ervaren mentale gezondheid' zoals gemeten in STREAM betrekking lijkt te hebben op relatief milde gezondheidsbeperkingen.

Wat betreft fysieke gezondheid valt op dat over de verschillende studies heen de ervaren fysieke gezondheid een sterkere voorspeller lijkt dan de afzonderlijke fysieke gezondheidsproblemen. Ervaren fysieke gezondheid zoals gemeten met de SF-12 heeft betrekking op beperkingen in het functioneren als gevolg van een mindere gezondheid. De sterke relatie tussen ervaren fysieke gezondheid en uitstroom is waarschijnlijk dan ook grotendeels toe te wijzen aan de focus

op beperkingen van deze gezondheidsmaat. De uitgevraagde gezondheidsproblemen hoeven daarentegen niet altijd met beperkingen in het functioneren gepaard te gaan. Werknemers die een hoge bloeddruk hebben bijvoorbeeld zullen in de vragenlijst aangeven dat zij een hart- en vaatziekte hebben, maar hoge bloeddruk gaat niet gepaard met fysieke beperkingen. In secundaire analyses voor dit artikel hebben we onderzocht hoe de ervaren fysieke gezondheid zich verhoudt tot de afzonderlijke gezondheidsproblemen. Bij meer dan de helft van de werknemers met een slechtere fysieke gezondheid blijkt er sprake te zijn van meer dan één gezondheidsprobleem. Wanneer er sprake is van een enkel gezondheidsprobleem, zien we dat sommige gezondheidsproblemen in slechts zeer beperkte mate gepaard gaan met een slechtere fysieke gezondheid. Werknemers met migraine, ernstige huidziekten, en gehoor- of gezichtsproblemen ervaren slechts in beperkte mate een slechtere fysieke gezondheid. Kortom, in het vraagstuk over gezondheid en langer doorwerken dient vooral de mate waarin werknemers beperkingen in hun functioneren ervaren als gevolg van gezondheidsproblemen centraal te staan. Wat betreft werkkenmerken was de verwachting dat hoge fysieke belasting en hoge taakeisen uitstroom van werknemers met gezondheidsproblemen zouden kunnen versterken. Dit blijkt echter niet uit de STREAM-data. Een mogelijke verklaring is dat in deze oudere populatie niet meer zoveel (fysiek) zwaar werk wordt uitgevoerd. Het werk van mensen die aangeven hoge fysieke belasting en hoge taakeisen te hebben is in dat geval eerder te bestempelen als 'actief' dan als 'zwaar' en dat kan wellicht juist gunstig zijn voor de gezondheid. Ook kan er sprake zijn van een *healthy worker effect*: in deze populatie is waarschijnlijk al een hele groep met zwaar werk uitgestroomd (naar ander werk of naar arbeidsongeschiktheid). Wel blijkt, zoals verwacht, dat autonomie in het werk de werknemer kan helpen om langer door te werken bij gezondheidsproblemen. Autonomie op het werk houdt in dat de werknemer zeggenschap heeft over hoe en wanneer het werk wordt uitgevoerd. Ook sociale steun kan werknemers met gezondheidsproblemen helpen om hun werk te blijven uitvoeren. Het belang van autonomie en sociale steun voor de gezondheid en productiviteit van werknemers in algemene zin is niet nieuw. Het is echter de vraag hoe deze werkkenmerken concreet ingevuld kunnen worden voor de specifieke doelgroep van werknemers met gezondheidsproblemen. Uit eerder kwalitatief onderzoek, waarbij werknemers met een slechte ervaren gezondheid zijn geïnterviewd, blijkt dat deze werknemers hun productiviteit kunnen behouden wanneer zij de nodige aanpassingen kunnen doen wat betreft werktijden, werkplek en taken (Leijten et al., 2013). Uit hetzelfde onderzoek bleek bijvoorbeeld dat begrip en hulp van collega's heel waardevol waren wanneer de werknemer bepaalde taken niet langer kon uitvoeren. Door het werk op een iets andere manier onder collega's te verdelen bleven deze werknemers productief. Werkgeversbeleid zou dus tegemoet moeten komen aan de specifieke behoeften van werknemers met gezondheidsproblemen op het gebied van autonomie en sociale steun. De resultaten duiden erop dat dit het langer doorwerken binnen deze kwetsbare doelgroep kan faciliteren.

Op grond van het onderzoek beschreven in dit artikel kunnen we concluderen dat de invloed van gezondheid op langer doorwerken niet eenduidig is. Daar komt nog bij dat werk en gezondheid ook elkaar beïnvloeden, zoals we in de

inleiding al constateerden. De invloed van gezondheid is afhankelijk van werk-omstandigheden en mogelijk ook van individuele kenmerken. Of de instroom naar arbeidsongeschiktheid zal toenemen door het aandeel werkenden met gezondheidsklachten is daarom moeilijk te beantwoorden. Dit is zowel afhankelijk van de ontwikkelingen in de algehele gezondheid als van wetgeving en beleid. De gecompliceerde relatie tussen arbeid en gezondheid pleit ervoor om in het beleid met betrekking tot langer doorwerken onderscheid te maken naar type werk op basis van de al dan niet aanwezige gezondheidsrisico's en ruimte te laten voor maatwerk.

Ten slotte nog een kanttekening bij onderzoek naar de mogelijkheden en onmogelijkheden van langer doorwerken. Hiervoor is het nodig om uitspraken te doen over de inzetbaarheid van 65-plussers, maar daar is empirisch nog weinig over te zeggen. Weliswaar is er altijd een groep mensen geweest die doorgewerkt hebben na de pensioengerechtigde leeftijd, maar dat zijn uitzonderingen. Sinds kort is er een groep mensen die tot hun 66ste hebben moeten doorwerken. Er zijn nog geen onderzoeksresultaten bekend over hoe dat hun vergaan is. Onder welke omstandigheden werkenden daadwerkelijk langer kunnen doorwerken moet daarom nog onderzocht worden.

Literatuur

- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019). *Gezondheid en zorggebruik: persoonskenmerken*. Geraadpleegd op <https://opendata.cbs.nl/statline#/CBS/nl/dataset/83005NED/table?ts=1565101145740>
- De Wind, A., Geuskens, G.A., Reeuwijk, K.G., Westerman, M.J., Ybema, J.F., Burdorf A., Bongers, P.M., & Van der Beek, A.J. (2013). Pathways through which health influences early retirement: A qualitative study. *BMC Public Health*, 13, 292.
- De Wind, A., Geuskens, G.A., Ybema, J.F., Bongers, P.M., & Van der Beek, A.J. (2015). The role of ability, motivation, and opportunity to work in the transition from work to early retirement: Testing and optimizing the Early Retirement Model. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 41(1), 24-35.
- Gezondheidsraad. (2018). *Gezondheid en langer doorwerken*. Nr. 2018/14. Geraadpleegd op <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2018/06/26/gezondheid-en-langer-doorwerken>
- Hildebrandt, V.H., Bongers, P.M., Van Dijk, F.J., Kemper, H.C., & Dul, J. (2002). Dutch Musculoskeletal Questionnaire: Description and basic qualities. *Ergonomics*, 44(12), 1038-1055.
- Ilmarinen, J. (2009). Work ability: A comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35(1), 1-5.
- Karasek, R. (1985). *Job Content Questionnaire and user's guide*. Lowell: University of Massachusetts, Department of Work Environment.
- Kraan, K., & Sanders, S. (2018). Duurzame inzetbaarheid in Nederland: Stand van zaken en ontwikkelingen in de tijd. In I.W.M. Niks, J.M.A.F. Sanders, S.G. van den Heuvel, & A. Venema (Red.), *Duurzame inzetbaarheid in Nederland* (pp. 51-85). Leiden: TNO.
- Kristensen, T.S., Hannerz, H., Hogh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire: A tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 31(6), 438-449.
- Leijten, F.R.M. (2015). *Working longer in good health* (Dissertation). Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Leijten, F.R., De Wind, A., Van den Heuvel, S.G., Ybema, J.F., Van der Beek, A.J., Robroek, S.J., & Burdorf, A. (2015). The influence of chronic health problems and work-related

- factors on loss of paid employment among older workers. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(11), 1058-65.
- Leijten, F., Van den Heuvel, S., Geuskens, G., Ybema, J.F., De Wind, A., Burdorf, A., & Robroek, S. (2013). How do older employees with health problems remain productive at work? A qualitative study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(1), 115-24.
- Leijten, F.R., Van den Heuvel, S.G., Ybema, J.F., Van der Beek, A.J., Robroek, S.J., & Burdorf, A. (2014). The influence of chronic health problems on work ability and productivity at work: A longitudinal study among older employees. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(5), 473-82.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2019). *Ervaren gezondheid*. Geraadpleegd op <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ervaren-gezondheid>
- Schaufeli, W.B., & Bakker, A. (2003). *UBES. Utrechtse Bevolgenheidschaal*. Utrecht: Universiteit Utrecht, Sectie Psychologie van Arbeid, Gedrag en Organisatie.
- Schuring, M., Robroek, S.J.W., Lingsma, H.F., & Burdorf, A. (2015). Educational differences in trajectories of self-rated health before, during, and after entering or leaving paid employment in the European workforce. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 41(5), 441-450.
- TNO/CBS. (2018). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2017*. Leiden, Heerlen: TNO/CBS. Geraadpleegd op <https://www.monitorarbeid.tno.nl/databronnen/nea>
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L., & Tulkki, A. (1998). *Work Ability Index*. Second revised edition. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
- Van den Heuvel, S.G., & De Wind, A. (2015) Domain: Health and health-related behaviour. In H.M. Hasselhorn & W. Apt (Eds.), *Understanding employment participation of older workers: Creating a knowledge base for future labour market challenges* (pp. 50-51). Research Report. Berlin: Federal Ministry of Labour and Social Affairs (BMAS) and Federal Institute for Occupational Safety and Health (BAuA).
- Van den Heuvel, S., Geuskens, G., Bouwhuis, S., & Niks, I. (2018). *Study on TRansitions in Employment, Ability and Motivation (STREAM): Methodologisch rapport (2010-2017)*. Leiden: TNO.
- Van den Heuvel, S., Leijten, F., De Vroome, E., & Geuskens, G. (2016). *Het relatieve belang van determinanten van duurzame inzetbaarheid bij oudere werknemers: Integrale analyses STREAM 2010-2013*. Leiden: TNO. Geraadpleegd op <https://www.monitorarbeid.tno.nl/publicaties/het-relatieve-belang-van-de-determinanten-van-duurzame-inzetbaarheid-bij-oudere-werknemers>
- Van den Heuvel, S., & Van Egmond, M. (2018). Duurzame inzetbaarheid en gezondheid. In I.W.M. Niks, J.M.A.F. Sanders, S.G. van den Heuvel, & A. Venema (Red.), *Duurzame inzetbaarheid in Nederland*. Leiden: TNO.
- Van der Noordt, M., IJzelenberg, H., Droomers, M., & Proper, K.I. (2014). Health effects of employment: A systematic review of prospective studies. *Occupational and Environmental Medicine*, 71(10), 730-6.
- Van Rijn, R.M., Robroek, S.J.W., Brouwer, S., & Burdorf, A. (2014). Influence of poor health on exit from paid employment: A systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 71, 295-301.
- Vriend, S., Heyma, A., Van der Noordt, M., & Deeg, D. (2016). *Langer doorwerken met arbeidsbeperkingen: Prognose van de arbeidsparticipatie van ouderen tot 2030 in relatie tot gezondheidsontwikkelingen*. Amsterdam: SEO.
- Ware, J.J., Kosinski, M., & Keller, S.D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233.
- Westerlund, H., Kivimaki, M., Singh-Manoux, A., Melchior, M., Ferrie, J.E., Pentti, J., ... Vahtera, J. (2009). Self-rated health before and after retirement in France (GAZEL): A cohort study. *Lancet*, 374(9705), 1889-1896.