

De mythe doorbroken

**Gezondheid en inzetbaarheid
oudere werknemers**



Nederlandse Organisatie voor toegepast-
natuurwetenschappelijk onderzoek TNO

A. Nauta, M.R. de Bruin, R. Cremer

*De mythe doorbroken
Gezondheid en inzetbaarheid oudere werknemers*

TNO Arbeid
Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

T 023 554 93 93
F 023 554 93 94
W www.arbeid.tno.nl

Deze publicatie is te bestellen bij TNO Arbeid
F 023 554 93 94
E receptie@arbeid.tno.nl
Prijs EUR 19 excl. BTW

ISBN-nummer 90-5986-073-x
© 2004 TNO Arbeid

Auteurs:
Aukje Nauta, Merijn de Bruin, Roel Cremer

Druk: PlantijnCasparie Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Inhoudsopgave

Voorwoord — 5

Dankwoord — 7

1 Inleiding — 5

1.1 Onderzoeksmethode — 10

1.2 Leeswijzer — 12

2 Beelden over oudere medewerkers — 13

2.1 De literatuur over beelden — 13

2.1.1 Lichamelijke gezondheid en beperkingen — 13

2.1.2 Mentale gezondheid en beperkingen — 14

2.2 De experts over beelden — 14

2.2.1 Lichamelijke gezondheid en beperkingen — 14

2.2.2 Mentale gezondheid en beperkingen — 15

2.3 Beelden in elf organisaties — 16

2.4 Conclusie over beelden — 20

3 Feiten over inzetbaarheid van oudere medewerkers — 23

3.1 De literatuur over feiten — 23

3.1.1 Verzuim en WAO-instroom van ouderen — 23

3.1.2 Lichamelijke gezondheid en beperkingen — 25

3.1.3 Mentale gezondheid en beperkingen — 29

3.2 De experts over feiten — 34

3.2.1 Lichamelijke gezondheid en beperkingen — 34

3.2.2 Mentale gezondheid en beperkingen — 37

3.3 Secundaire analyses — 39

3.3.1 Analyses op de TAS 2002 — 40

3.3.2 Analyse op gegevens van data van de European Foundation (EF) 2000 — 44

3.3.3 Analyses op gegevens van CBS Statline 2002 — 45

3.4 Conclusie over feiten — 50

4 Intermezzo: Kloof tussen beelden en feiten — 53

5 Maatregelen ter bevordering van gezondheid en inzetbaarheid van ouderen — 55

5.1 Maatregelen op maatschappelijk niveau — 56

5.1.1 Beeldvorming bestrijden op maatschappelijk niveau — 56

5.1.2 Werkaanpassingen op maatschappelijk niveau — 57

5.1.3 Preventieve gezondheidsmaatregelen op maatschappelijk niveau — 58

5.1.4	Effectiviteit van maatregelen op maatschappelijk niveau —	60
5.2	Maatregelen op organisatieniveau —	61
5.2.1	Beeldvorming bestrijden op organisatieniveau —	61
5.2.2	Werkaanpassingen op organisatieniveau —	62
5.2.3	Gezondheidsbevordering op organisatieniveau —	64
5.2.4	Effectiviteit van maatregelen op organisatieniveau —	69
5.3	Maatregelen op individueel niveau —	70
5.3.1	Beeldvorming bestrijden op individueel niveau —	70
5.3.2	Werkaanpassingen op individueel niveau —	70
5.3.3	Gezondheidsbevordering op individueel niveau —	70
5.3.4	Effectiviteit van maatregelen op individueel niveau —	71
5.4	Enkele concrete voorbeelden van ‘goede praktijken’ —	71
5.4.1	Leeftijdsonafhankelijk personeelsbeleid bij Siemens —	71
5.4.2	Gezondheidsbeleid bij enkele genomineerden voor de Cum L’Oude Prijs 2003 —	74
5.4.3	Praktijkvoorbeelden van employabilitybeleid —	80
5.4.4	Finse Maintenance of Workability methode (MWA) —	82
5.5	Conclusie over maatregelen —	85
6	Samenvatting en conclusies —	87
7	Literatuurlijst —	91
8	Bijlage: secundaire analyses inclusief tabellen —	101

Voorwoord

Nederland staat voor een lastig dilemma. Enerzijds voelen we allemaal wel aan dat we langer moeten doorwerken dan we nu doen, niet alleen omdat we gemiddeld langer leven, maar ook omdat Nederland ontgroent. Anderzijds beschouwt de werknemer het als een verworven recht om vervroegd te kunnen stoppen met werken. Ook werkgevers en vakorganisaties zijn er lange tijd vanuit gegaan dat ouderen rond hun zestigste stoppen. Daarom is maar weinig geïnvesteerd in de inzetbaarheid van oudere werknemers. Als vut en prepensioen nu ineens zouden worden afgeschaft, dan zien veel organisaties zich plotsklaps geconfronteerd met groepen verminderd inzetbare oudere werknemers.

Hoe gaan we met dit dilemma om? Het afschaffen van Prepensioen en Functioneel Leeftijd Ontslag kost nu al de nodige hoofdbreken. Laat staan het voorstel om de pensioenleeftijd te koppelen aan de stijgende levensverwachting. We zullen er dus geleidelijk aan moeten wennen én werken dat oudere werknemers langer willen en kunnen doorwerken. Deze geleidelijke verhoging van de (pre)pensioenleeftijd moet gepaard gaan met maatregelen die langer doorwerken daadwerkelijk mogelijk maken. Het werk en organisaties moeten zodanig worden (her)ingericht dat medewerkers tot op hoge leeftijd vitaal, gezond en met plezier aan het werk kunnen blijven.

Wat daarvoor nodig is en met welke randvoorwaarden, is door TNO Arbeid in opdracht van de Taskforce Ouderen en Arbeid geïnventariseerd. Uit die inventarisatie blijkt dat er hardnekkige, stereotype beelden over ouderen bestaan, zoals de mythe dat werknemers vanaf hun 55^{ste} er zonder uitzondering lichamelijk op achteruitgaan. De feiten wijzen echter uit dat slechts een klein percentage ouderen al voor hun 65^{ste} ernstige gezondheidsklachten heeft. Een nog kleiner percentage wordt door gezondheidsklachten belemmerd in het uitoefenen van hun werk. Die kloof tussen mythen en feiten maakt dat (oudere) werknemers vaak ten onrechte op basis van hun leeftijd worden beoordeeld. En dat terwijl leeftijd niets zegt over iemands gezondheid, noch iemands inzetbaarheid. Sterker nog: hoe ouder mensen worden, hoe meer ze van elkaar gaan verschillen. Juist oudere werknemers verdienen daarom een individuele benadering in de vormgeving van hun arbeidsrelatie en de invulling van hun takenpakket.

Dit boek beschrijft niet alleen beelden en feiten over gezondheid en inzetbaarheid van oudere werknemers, maar ook de maatregelen die organisaties en overheid kunnen nemen om gezondheid en inzetbaarheid van ouderen te bevorderen. Soms gaat het dan om het bestrijden van

stereotype beeldvorming, soms ook om het aanpassen van het werk aan de relatief kleine groep medewerkers met lichamelijke en mentale beperkingen. Maar er zijn vooral maatregelen nodig voor de grote groep gezonde ouderen wiens inzetbaarheid op peil gehouden of zelfs verder ontwikkeld kan worden.

Laat deze studie voor u de inspiratie zijn om de juiste keuze te maken in het dilemma van langer moeten, en langer kunnen en willen doorwerken. Door nú te investeren in duurzame inzetbaarheid van álle werknemers, kunnen overheid en organisaties eraan werken dat ouderen lang & gelukkig en bovenal gezond blijven doorwerken.

Drs. Wouter Vlasblom

Directeur Human Relations Siemens Nederland N.V.

Woord van dank

Dit rapport is geschreven in opdracht van de Taskforce Ouderen en Arbeid. Onze dank gaat uit naar Yvonne Quispel, die in haar functie als projectleider Arbeid en Onderwijs bij het LBL, expertisecentrum leeftijd en maatschappij, optrad als extern adviseur en begeleider in dit project. Ook Ger Tielen, coördinerend secretaris van de Taskforce Ouderen en Arbeid danken wij voor zijn begeleiding bij dit onderzoek.

1 Inleiding

De lage deelname van ouderen aan betaalde arbeid dreigt problematisch te worden. Want Nederland verkleurt langzamerhand van groen naar grijs: er zijn verhoudingsgewijs steeds meer ouderen tegenover steeds minder jongeren. En dat betekent op maatschappelijk niveau dat pensioenkosten onbetaalbaar worden. Op het niveau van werkgevers dreigen er personeelstekorten te ontstaan. Ook gaat er met de uittrekking van ouderen veel kennis en ervaring verloren. Nu het economisch minder gaat is het verleidelijk om het probleem van personeelstekorten te bagatelliseren. Maar dat is kortetermijndenken. De vergrijzende bevolkingsopbouw noodzaakt tot maatregelen gericht op hogere arbeidsparticipatie van ouderen.

Als de lage arbeidsdeelname van 55-plussers een probleem is, dan lijkt de oplossing simpel: langer doorwerken, tot 65 of misschien wel tot 67 jaar. Maar het bereiken van dit doel is allesbehalve simpel. Ten eerste zijn werknemers aan het idee gewend geraakt om zo rond 60 jaar te stoppen. Zij beschouwen dit als een verworven recht. Ten tweede geldt dat werkgevers het langer doorwerken nog niet echt stimuleren. Dit komt omdat veel werkgevers denken dat ouderen vanaf een bepaalde leeftijd vanwege gezondheidsproblemen niet goed meer functioneren. Ook nemen werkgevers onvoldoende maatregelen om enerzijds het werk aan te passen aan de belastbaarheid van ouderen, en anderzijds de inzetbaarheid van ouderen vergroten.

Het *doel* van dit boek is om te ontrafelen wat stereotype denkbeelden zijn over gezondheid en inzetbaarheidsbeperkingen van ouderen, en welke beelden op waarheid berusten. Zo is het goed denkbaar dat verminderde inzetbaarheid van sommige ouderen niet zozeer verklaard wordt door hun leeftijd, maar bijvoorbeeld doordat ze al lange tijd dezelfde functie uitoefenen. Door fictie en feiten te ontrafelen, kunnen overheid en werkgevers langer doorwerken effectiever stimuleren. Het is dan beter bekend of een hogere arbeidsparticipatie bereikt wordt door bestrijding van beeldvorming, aanpassingen aan het werk, gezondheidsbevordering of juist een combinatie van maatregelen. Ook kan gerichter geadviseerd worden over specifieke maatregelen voor het aanpassen van het werk aan beperkingen van ouderen, alsmede over maatregelen die de gezondheid van oudere werknemers bevorderen.

De focus van het boek is gezondheid en inzetbaarheidsbeperkingen van oudere werknemers, dat zijn werknemers vanaf 55 jaar. Met ‘gezondheid’ bedoelen we dat werknemers lichamelijk en mentaal fit zijn en geen gezondheidsklachten, aandoeningen of ziekten hebben. Met ‘inzet-

baarheidsbeperkingen' bedoelen we de mate waarin werknemers vanwege gezondheidsklachten beperkt zijn in het uitoefenen van hun functie. Het boek gaat slechts zijdelings in op andere belangrijke aspecten van inzetbaarheid van ouderen, zoals hun werkmotivatie en organisatiebetrokkenheid, namelijk alleen voor zover deze aspecten relevant zijn voor de gezondheid van oudere werknemers.

We maken een onderscheid tussen gezondheid en inzetbaarheidsbeperkingen. Dat onderscheid is belangrijk: werknemers kunnen gezondheidsklachten hebben zonder dat zij daardoor beperkt inzetbaar zijn. Een astmapatiënte kan zonder problemen administratief werk verrichten en heeft daarom, gezien haar functie, *geen* inzetbaarheidsbeperkingen. Gezondheid verwijst dus naar iemands lichamelijke en mentale conditie *los* van het werk. Daarentegen zijn beperkingen arbeidsgerelateerd, zij verwijzen naar de mate waarin werknemers zich vanwege lichamelijke of mentale gezondheidsklachten beperkt voelen in het uitoefenen van hun functie.

Onze vraagstellingen zijn:

1. *Welke beelden hebben mensen over gezondheid en inzetbaarheidsbeperkingen van oudere medewerkers?*
2. *Welke feiten zijn er aangetoond over gezondheid en beperkingen van oudere werknemers, met name over functieduur (het aantal jaren dat men eenzelfde functie uitoefent) als alternatieve verklaring voor afnemende gezondheid en toenemende beperkingen van ouderen?*
3. *Welke beelden stroken wel, welke niet met de feiten over gezondheid en beperkingen van oudere medewerkers?*
4. *Welke maatregelen ter bevordering van gezondheid en inzetbaarheid van oudere medewerkers zijn er mogelijk, en welke effecten hebben ze?*

1.1 Onderzoeksmethode

Het onderzoek omvat een literatuurstudie, secundaire analyses op bestaande onderzoeksgegevens, een telefonische enquête bij enkele organisaties, interviews met experts op het gebied van arbeid en gezondheid van ouderen en een inventarisatie van goede beleidspraktijken in enkele organisaties.

De *literatuurstudie* biedt een overzicht van de belangrijkste Nederlandse en Engelstalige vakliteratuur over beelden, feiten en maatregelen ten aanzien van gezondheid en beperkingen van oudere werknemers. Ook bespreken we de belangrijkste internationale wetenschappelijke artikelen van de afgelopen tien jaar over dit thema, zoals we die hebben gevonden in *PsychInfo*.

De *secundaire analyses* zijn verricht op meerdere gegevensbestanden, ten eerste de TNO Arbeidssituatie Survey (TAS; Smulders, Andries & Otten, 2001) van eind 2002. Ten tweede zijn analyses verricht op gegevens van de European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions uit 2001. Ten derde zijn gegevens van CBS Statline in kaart gebracht. Doel van de secundaire analyses is om feiten aan te tonen over verbanden tussen leeftijd en functieduur enerzijds en gezondheid, beperkingen en verzuim anderzijds.

De *telefonische enquête* betreft de afname van een korte vragenlijst bij 43 leden van elf organisaties (managers, P&O-ers, werknemers jonger dan 35 en werknemers ouder dan 50) uit het relatienetwerk van TNO Arbeid. De vragenlijst meet welke beelden organisatieleden hebben over de relatie tussen leeftijd en gezondheid.

De *interviews met experts* voerden we met twaalf deskundigen, te weten:

- Mevrouw Drs. M. Ziekemeyer, adviseur bij Bureau AgeProof
- Mevrouw Drs. Y. Quispel, projectleider Arbeid en Onderwijs bij LBL, expertisecentrum leeftijd en maatschappij.
- De heer Prof. Dr. C. Knipscheer, hoogleraar Sociologie en Sociale Gerontologie aan de Faculteit Sociale Wetenschappen van de VU te Amsterdam.
- Mevrouw Prof. Dr. B.I.J.M van der Heijden, hoogleraar aan de Maastricht School of Management en universitair hoofddocent Human Resource Management aan de Universiteit Twente.
- De heer Prof. Dr. D.L. Knook, onderzoeker TNO Preventie en Gezondheid
- Mevrouw Dr. S. de Vries, senior adviseur/ onderzoeker TNO Arbeid
- De heer Dr. M.P.J. van Boxtel, Universitair Hoofddocent van de Universiteit Maastricht
- De heer J.J.F. Schroots, verbonden aan ALLEA – All European Academies/ Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen en aan de Faculteit der Psychologie en Pedagogiek van de VU te Amsterdam.
- De heer Drs. P.J.N. Boorsma, manager communicatie van de Branche Organisatie voor Arbodiensten
- De heer Prof. Dr J.G.L Thijssen, hoogleraar Utrechtse School voor Bestuur en Organisatie
- De heer Dr. B. de Zwart, senior onderzoeker bij Astri
- De heer Raimondo Fornoni, bewegingstrainer bij Catharsis Producties

De *inventarisatie van goede beleidspraktijken* bestaat uit het vergaren van bestaande recente kennis die TNO Arbeid de afgelopen twee jaar reeds bij de overheid en werkgevers heeft verzameld. Deze kennis hebben we aangevuld met enkele nieuwe praktijkervaringen, onder andere dankzij informatie uit het juryrapport van de Cum L'Oude prijs, die door de TOA is ingesteld als eerbetoon aan organisaties die zich onderscheiden op het gebied van leeftijdsbewust personeelsbeleid.

1.2 Leeswijzer

In *hoofdstuk 2* bespreken we een aantal *beelden* die leven over gezondheid en inzetbaarheidsbeperkingen van oudere werknemers. Die beelden bespreken we achtereenvolgens aan de hand van de literatuur, de interviews met experts en de telefonische enquête bij organisaties. In *hoofdstuk 3* bespreken we de *feiten* over vermogens en prestaties van oudere werknemers. Dit doen we aan de hand van zowel de literatuur als de interviews met experts. Ook rapporteren we in dit hoofdstuk de secundaire analyses op bestaande onderzoeksgegevens. In *hoofdstuk 4* vergelijken we de beelden uit hoofdstuk 2 met de feiten uit hoofdstuk 3 en concluderen we of daar een kloof tussen bestaat en zo ja, hoe die eruit ziet. In *hoofdstuk 5* beschrijven we de maatregelen die op maatschappelijk niveau, organisatieniveau en individueel niveau genomen (kunnen) worden ter bevordering van de gezondheid en inzetbaarheid van ouderen. Ook komt aan bod in hoeverre de effectiviteit van deze maatregelen bewezen is. We verwijzen daarbij naar zowel de literatuur als de interviews met experts. *Hoofdstuk 5* sluiten we af met een inventarisatie van enkele goede praktijken ter bevordering van gezondheid en inzetbaarheid van ouderen. In *hoofdstuk 6* trekken we conclusies.

2 Beelden over oudere medewerkers

Welke beelden hebben mensen over gezondheid en inzetbaarheidsbeperkingen van oudere medewerkers? Deze vraag beantwoorden we in drie paragrafen. Paragraaf 2.1 geeft een overzicht van de wetenschappelijke en vakliteratuur over dergelijke beelden. Paragraaf 2.2 vervolgt met wat enkele experts hierover zeggen. Paragraaf 2.3 geeft de resultaten weer van de telefonische enquête bij enkele organisaties.

Met 'beelden die mensen hebben' doelen we op de opvattingen, (voor)oordelen of vooringenomenheden die mensen hebben over de gezondheid en beperkingen van oudere werknemers.

2.1 De literatuur over beelden

Wat zegt de literatuur over de beelden die mensen hebben over gezondheid en beperkingen van oudere werknemers? Denken mensen vooral positief of vooral negatief over gezondheid en inzetbaarheid van ouderen en verschilt dat voor wat betreft lichamelijke versus mentale gezondheid en beperkingen?

2.1.1 *Lichamelijke gezondheid en beperkingen*

We hebben in de literatuur alleen maar negatieve denkbeelden over de lichamelijke gezondheid en beperkingen van oudere werknemers kunnen vinden. Nergens lezen we dat mensen ook kunnen denken dat het wel meevalt met de lichamelijke beperkingen van ouderen. Zo blijkt uit onderzoek van Remery, Henkens, Schippers, Van Doorne-Huiskes, & Ekamper (2001) bij 1019 Nederlandse werknemers, dat 56% van hen denkt dat het ziekteverzuim zal stijgen als de gemiddelde leeftijd van het personeelsbestand toeneemt (zie ook Quispel, 2000a). Henkens (1998) enquêteerde managers bij Unilever en vond dat een kwart van hen dacht dat met pensioen gaan goed zou zijn voor de gezondheid van ouderen.

Vanwege die veronderstelde achteruitgang in lichamelijke gezondheid zouden ouderen met name lichamelijk zwaar werk niet meer goed aan kunnen, met als gevolg beperkte inzetbaarheid en meer kans op ziekteverzuim. Henkens (1998) toonde aan dat managers vinden dat met name als het werk lichamelijk zwaar is, medewerkers maar beter met 60 jaar kunnen uittreden. Uit onderzoek van Remery et al. (2001) blijkt dat de helft van ruim 1000 ondervraagde werkgevers vreest dat een verouderend personeelsbestand het nodig maakt om werkomstandigheden aan te passen aan de lichamelijke beperkingen van ouderen.

2.1.2 *Mentale gezondheid en beperkingen*

Niet alleen leeft het beeld dat met de leeftijd de lichamelijke gezondheid achteruitgaat, maar ook de mentale gezondheid. Uit de literatuur komen vele, met name negatieve beelden naar voren. Zo denkt men dat ouderen cognitief achteruit gaan (Jelicic & Houx, 2001), en daardoor minder gemakkelijk nieuwe inzichten en vaardigheden kunnen leren. Simoens, Denys & Omeij (1997) ondervroegen 208 managers, waarvan velen vonden dat promotie naar een creatieve, innovatieve functie voor ouderen minder vanzelf spreekt. Volgens Boerlijst en Van der Heijden (2003) vinden mensen dat ouderen langzamer van begrip en minder efficiënt zijn. We troffen echter geen informatie aan over beeldvorming over psychische gezondheid van ouderen. Weliswaar vindt men ouderen vaak minder flexibel en veranderingsbereid (Dorhout, Maassen van den Brink, & Groot, 2002), maar dat betekent kennelijk niet dat men hen meer depressieve klachten of andere psychische problemen toedicht.

2.2 **De experts over beelden**

Wat zeggen de experts over de beelden die mensen hebben over de inzetbaarheid van oudere medewerkers? En in hoeverre kunnen de bevindingen op basis van de literatuur worden aangevuld met specifieke kennis over beeldvorming over ouderen, en verschilt dat voor wat betreft lichamelijke en mentale vermogens?

2.2.1 *Lichamelijke gezondheid en beperkingen*

De experts bevestigen dat de beeldvorming over de lichamelijke gezondheid van ouderen negatief is. De Vries noemt het overheersende beeld dat ouderen fysiek niet meer zoveel kunnen vanwege hun verslechterende gezondheid. Quispel vertelt dat in veel organisaties niet de moeite genomen wordt om te toetsen of beelden over bijvoorbeeld hoog verzuim van ouderen wel of niet kloppen. Nadere analyse van verzuimcijfers zou (HR-)managers bijvoorbeeld kunnen leren dat ouderen juist minder vaak verzuimen dan jongeren.

De experts wijzen bovendien op de gevolgen die deze negatieve beelden hebben. Zo heeft de heersende beeldvorming volgens Quispel vooral een hardnekkige werking in situaties waarin men de (oudere) persoon niet of nauwelijks kent, zoals in sollicitatiegesprekken. Om risico's van uitval te vermijden, wijst men bij voorbaat de oudere kandidaat af vanwege de inschatting dat deze meer zal verzuimen dan de jongere. Ook leidt de beeldvorming tot verminderde aandacht voor ouderen bij functionerings-

gesprekken en reïntegratie. Dit bemoeilijkt loopbanen en mobiliteit van ouderen.

Misschien wel mede omdat men denkt dat ouderen lichamelijk niet meer mee kunnen, wordt het (vervroegde) pensioen geïdealiseerd, niet in de laatste plaats door oudere werknemers zelf, aldus Knipscheer. Ouderen maken zichzelf dan schuldig aan ‘zelfstereotypering’, en zo ontstaat er een *self-fulfilling prophecy*, aldus Quispel en Schroots: Ouderen gaan zich gedragen naar de heersende beelden, nemen een afwachtende houding aan en hebben als gevolg daarvan minder vertrouwen in hun eigen mogelijkheden om door te groeien en blijvend te presteren.

2.2.2 *Mentale gezondheid en beperkingen*

Volgens de experts heerst het beeld dat oudere werknemers niet alleen in lichamelijke, maar ook in mentale gezondheid achteruitgaan. Weliswaar erkent men dat ouderen meer kennis en ervaring hebben, maar het overheersende beeld is dat de cognitieve functies achteruitgaan. Dat zou dan een reden zijn waarom ouderen meestal niet meer willen veranderen, niet meer goed kunnen leren, minder aanpassingsvermogen hebben, trager handelen en minder snel nieuwe technieken leren gebruiken. Over vermeende toename (of juist afname) van psychische klachten bij ouderen hebben de experts zich niet zozeer uitgelaten.

Schroots wijst op het verschijnsel van *ageism* (zie ook www.healthandage.com). Deze term verwijst naar opvattingen over ouderen zoals dat zij van weinig waarde zijn, een maatschappelijke last zijn, niet in staat zijn voor zichzelf te zorgen, traag zijn in het accepteren van verandering, doof, dom, kinderachtig en te aardig zijn. Schroots meldt dat *ageism* onder meer leidt tot strikte opvattingen in onze maatschappij over de leeftijdsrange waarbinnen mensen ‘mogen’ werken. Na 65 jaar vindt men werken *not done* gezien de genoemde negatieve eigenschappen van ouderen. Knipscheer meldt vervolgens dat die strikte leeftijdscriteria de bestaande beeldvorming over ouderen nog verder versterken: een vicieuze cirkel dus. Boorsma geeft aan dat de beeldvorming te maken heeft met de huidige tijdgeest waarin alles wat ‘jong en nieuw’ is in hoog aanzien staat. Vroeger was de beeldvorming over de waarde van ouderen positiever. Onder invloed van technologie en cultuur, met hun accenten op jong en dynamisch, is de beeldvorming omtrent ouderen verslechterd. Die verslechtering is overigens niet universeel. Turken en Marrokanen hebben vaak meer respect voor ouderen, aldus Boorsma.

2.3 Beelden in elf organisaties

In deze paragraaf beschrijven we de resultaten van een telefonische enquête over beeldvorming over oudere werknemers. We vroegen 25 bedrijven of we een korte telefonische enquête konden afnemen bij vier medewerkers: een manager, een P&O-er, een jongere werknemer (jonger dan 35) en een oudere werknemer (ouder dan 50). Uiteindelijk hebben de volgende elf organisaties meegedaan:

1. Waterland Ziekenhuis
2. Academisch Ziekenhuis Maastricht
3. Politie Amsterdam Amstelland
4. Rabobank Haarlemmermeer
5. Arcadis
6. Heineken
7. Combiwel, Stichting Welzijn Amsterdam Oud Zuid
8. Siemens
9. ROC Noorderpoort College
10. Loyalis
11. Bureau Jeugdzorg Overijssel

In totaal hebben we bij 13 managers, 12 P&O-ers, 9 jongere en 9 oudere medewerkers de vragenlijst afgenomen. Het verschil in aantallen per groep komt omdat het bij enkele bedrijven lastig was een jongere of oudere medewerker te interviewen, terwijl een extra interview met een manager of P&O-er wel mogelijk was. Gezien het geringe aantal geïnterviewden verdeeld over een selecte verzameling organisaties is het onderzoek niet representatief voor de Nederlandse beroepsbevolking of arbeidsorganisaties; het onderzoek is enkel bedoeld om het literatuuronderzoek en de expertoordelen te illustreren met recente meningen van een aantal mensen in organisaties.

De vragenlijst meet de beelden over de relatie tussen leeftijd en gezondheid die de respondenten er op nahouden. We stelden de respondenten de volgende vraag: ‘Welke gevolgen verwacht u, bij een toenemend aantal ouderen in uw organisatie, voor de ontwikkeling van de gezondheid van medewerkers?’ Daarna somden we 26 gezondheidsaspecten op, bijvoorbeeld: ‘percentage medewerkers met goede lichamelijke conditie’. Bij elke aspect gaven de respondenten aan of zij verwachtten dat dit zou stijgen, gelijk zou blijven of zou dalen bij een toenemend aantal ouderen in de organisatie. In tabel 2.1 staan de uitkomsten.

Tabel 2-1 Percentage respondentent dat verwacht dat het gezondheidsaspect zal stijgen, gelijk zal blijven of zal dalen bij een toenemend aantal ouderen in de organisatie (N = 43).

Gezondheidsaspecten	Stijgt	Blijft gelijk	Daalt
<i>Lichamelijke gezondheid en beperkingen</i>			
Perc. medewerkers met goede lichamelijke conditie	8%	47%	45%
Perc. medewerkers met chronische ziekten	76%	24%	0%
Perc. medewerkers met hartklachten	67%	33%	0%
Perc. medewerkers met klachten aan de luchtwegen	34%	66%	0%
Perc. medewerkers met klachten aan het bewegingsapparaat	35%	58%	7%
Perc. medewerkers die chronisch moe zijn	51%	42%	7%
Perc. medewerkers die goed kunnen zien	27%	68%	5%
Perc. medewerkers met gehoorproblemen	42%	58%	0%
Perc. medewerkers met goede spierkracht	4%	58%	38%
Gezondheidsklachten doordat medewerkers ongezond leven	18%	50%	32%
Gezondheidsklachten als gevolg van lichamelijk zwaar werk	84%	16%	0%
Gezondheidsklachten doordat mdws lang dezelfde functie hebben	68%	32%	0%
Werkprestaties die lichamelijke inspanning vragen	0%	19%	81%
Perc. medewerkers die werk lichamelijk goed aankunnen	8%	45%	48%
Noodzaak om arbeidsomstandigheden te verbeteren	67%	30%	2%
Geschiktheid voor ploegendienst	5%	23%	72%
Behoeftte aan rust en pauzes	70%	28%	2%
<i>Mentale gezondheid en beperkingen</i>			
Perc. medewerkers met geheugenproblemen	45%	55%	0%
Perc. medewerkers die burnout of overspannen zijn	53%	30%	16%
Perc. medewerkers met psychische klachten	54%	30%	16%
Perc. medewerkers die werk mentaal goed aankunnen	21%	37%	42%
Gezondheidsklachten als gevolg van mentaal complex werk	60%	31%	10%
Werkprestaties die mentale inspanning vragen	21%	47%	33%
<i>Gezondheid algemeen</i>			
Het aantal medewerkers in goede gezondheid	7%	49%	44%
Gemiddelde verzuimduur	49%	42%	9%
Gemiddelde verzuimfrequentie	26%	47%	28%

Noot. Vetgedrukte percentages verwijzen naar een negatief gevolg dat door tweederde of meer van de respondenten wordt verwacht.

Wat betreft lichamelijke gezondheid en beperkingen is er een aantal aspecten waarvan men in grote meerderheid verwacht dat die achteruit-

gaan als het aantal ouderen in de organisatie stijgt. Ruim driekwart van de respondenten denkt dat het percentage medewerkers met chronische ziekten stijgt en tweederde denkt dat het percentage medewerkers met hartklachten stijgt. 84% ziet gezondheidsklachten als gevolg van lichamelijk zwaar werk toenemen, en 68% ziet gezondheidsklachten als gevolg van langdurig dezelfde functie uitoefenen toenemen. Tweederde ziet de noodzaak om arbeidsomstandigheden te verbeteren toenemen en 70% ziet dat de behoefte aan rust en pauzes zal stijgen bij een toenemend aantal oudere werknemers.

Toch is er ook een groot aantal lichamelijke gezondheidsaspecten die men niet in meerderheid ziet verslechteren. Bijna de helft denkt dat het percentage medewerkers met een goede lichamelijke conditie gelijk blijft bij een toenemend aantal ouderen in de organisatie. Ook de percentages medewerkers met klachten aan luchtwegen, bewegingsapparaat, met chronische moeheid, met goed zicht, gehoorproblemen en goede spierkracht ziet men niet in overgrote meerderheid de negatieve kant opgaan. En tenslotte vindt bijna de helft (nl. 45%) van de respondenten dat het percentage medewerkers die het werk lichamelijk goed aankunnen gelijk blijft bij een toenemend aantal oudere werknemers.

Samenvattend blijkt dat men een aantal lichamelijke gezondheidsaspecten duidelijk ziet verslechteren bij een toenemend aantal oudere werknemers (chronische ziekten, hartklachten, gezondheidsklachten door lichamelijk zwaar werk en lange functieduur), maar dat men voor een groot aantal andere lichamelijke gezondheidsaspecten niet in meerderheid een verslechtering ziet. De beeldvorming over lichamelijke gezondheid lijkt daarmee niet ongenueanceerd.

Wat betreft mentale gezondheid en beperkingen zijn er geen aspecten waarvan men in grote meerderheid (tweederde of meer) verwacht dat problemen daarmee stijgen als het aantal ouderen in de organisatie toeneemt. Wel denkt 60% dat gezondheidsklachten als gevolg van mentaal complex werk zullen toenemen. Maar men verwacht niet in ruime meerderheid dat de percentages medewerkers met geheugenproblemen, burnout, en psychische klachten zullen toenemen. Eerder lijkt het erop dat mensen sterk van mening verschillen over ontwikkelingen in mentale gezondheidsaspecten. Zo denkt 37% dat het percentage medewerkers die het werk mentaal goed aankunnen gelijk blijft, terwijl 21% verwacht dat dit percentage stijgt, en 42% dat dit percentage daalt. Samenvattend blijkt dat er geen duidelijke stereotype beelden bestaan over achteruitgang (of juist vooruitgang) in mentale

gezondheid en beperkingen als er verhoudingsgewijs meer oudere werknemers komen.

Tot slot stelden we enkele vragen over algemene gezondheidsaspecten. Ook daaruit komt geen overduidelijk stereotiep beeld naar voren. 49% denkt dat het aantal medewerkers in goede gezondheid gelijk blijft bij een toenemend aantal ouderen in de organisatie, 44% denkt dat dit aantal daalt. De gemiddelde verzuimduur neemt volgens 49% toe en volgens 9% af. De gemiddelde verzuimfrequentie neemt volgens 26% toe en volgens 28% af. Men denkt dus vaker dat de verzuim*duur* toeneemt dan dat de verzuim*frequentie* toeneemt. Ruim een kwart denkt zelfs dat de verzuimfrequentie afneemt bij een gemiddeld ouder personeelsbestand.

Bij alle vragen is bekeken of er significante verschillen in antwoorden zijn tussen de vier functiegroepen. Dat is slechts bij één vraag het geval. P&O-ers geven vaker aan dat, bij een toenemend aantal ouderen, de noodzaak om de arbeidsomstandigheden te verbeteren zal stijgen. Daarentegen zeggen jongere medewerkers vaker dat deze noodzaak zal afnemen, terwijl ouderen vaker zeggen dat deze noodzaak gelijk zal blijven. Belangrijke kanttekening bij het niet-aantreffen van verschillen tussen functiegroepen is dat de onderzochte groep klein is, waardoor de kans op het vinden van statistisch significante verschillen gering is. Het is niet ondenkbaar dat bij een grotere steekproef wél significante verschillen gevonden zouden zijn tussen P&O-ers, managers, ouderen en/of jongere medewerkers.

Vervolgens is aan de geïnterviewden gevraagd of zij nog andere gevolgen voor de ontwikkeling van de gezondheid verwachten bij een toenemend aantal ouderen. Een geïnterviewde geeft daarop als antwoord dat ouderen zich moeilijker kunnen concentreren. Een ander vermoedt dat omdat ouderen minder snel en flexibel kunnen reageren op veranderingen, de kwaliteit van de bedrijfsprestaties zal dalen. Ouderen zouden ook meer last ondervinden van reorganisaties, aldus een andere geïnterviewde. Weer een ander verwacht dat de stress bij ouderen zal toenemen vanwege de vele moderne middelen en de vereiste snelheid van werken. Maar er zijn ook positieve geluiden over de gevolgen van een stijgende gemiddelde leeftijd: ouderen zijn juist gemakkelijker inzetbaar omdat ze meer ruimte hebben voor werk; ze hoeven immers niet meer voor kinderen te zorgen aldus sommige geïnterviewden. Veel geïnterviewden noemen de noodzaak tot veranderend beleid. Met name zal er meer keuzevrijheid nodig zijn in hoe men het werk en de arrangementen rondom het werk wil inrichten, omdat ouderen die

vrijheid en regelmogelijkheden meer dan jongeren nodig hebben, aldus twee geïnterviewden.

Twee andere geïnterviewden relativeren het belang van leeftijd: ‘creativiteit, niet leeftijd, is belangrijk voor organisaties’, en: ‘voldoende regelmogelijkheden en goed overleg daarover zijn veel belangrijker dan leeftijd’.

Ten slotte zijn nog twee stellingen voorgelegd over mogelijke maatregelen die door het kabinet genoemd worden om ouderen langer aan het werk te houden. De respondenten zien deze maatregelen duidelijk niet zitten! Achtentachtig procent is het oneens met de stelling dat regelingen om eerder met pensioen te gaan moeten worden afgeschaft. Vierentachtig procent is het oneens met de stelling dat de pensioengerechtigde leeftijd moet worden verhoogd tot 67 jaar. Deze gegevens laten zien dat men de huidige pensioenregelingen als een verworven recht beschouwt dat men zich niet zomaar uit handen laat nemen.

Tabel 2-2 Percentage respondenten dat ‘oneens’, ‘neutraal’ en ‘eens’ antwoordt op stellingen over pensioenmaatregelen (N=43).

	Mee oneens	Neutraal	Mee eens
Regelingen om eerder met pensioen te gaan moeten afgeschaft	88%	0%	12%
De pensioengerechtigde leeftijd moet worden verhoogd tot 67 jaar	84%	2%	14%

2.4 Conclusie over beelden

De conclusie uit het verzamelde materiaal is dat mensen over het algemeen negatief denken over de lichamelijke gezondheid van oudere werknemers. Over hun mentale gezondheid zijn de beelden minder uitgesproken negatief. Maar het algehele beeld is dat werknemers minder inzetbaar zijn, met name omdat hun lichamelijke gezondheid achteruitgaat (meer chronische ziekten, meer hartklachten, meer klachten door fysiek zwaar werk en door een lange functieduur). Deze beelden beïnvloeden de inzetbaarheid van de oudere medewerker omdat bedrijf en oudere medewerkers zich dienovereenkomstig gedragen. Zo hecht iedereen zeer aan de huidige mogelijkheden om vervroegd met pensioen te gaan en ziet slechts een minieme minderheid het zitten om tot 67 jaar door te werken. En zo wijzen werkgevers ouderen eerder af bij sollicitaties en spreken ze hun loopbaan- en mobiliteitsmogelijkheden minder goed door bij functioneringsgesprekken.

Kloppen deze beelden nu met de feiten over lichamelijke en mentale gezondheid en beperkingen van oudere werknemers? En áls hun gezondheid daadwerkelijk achteruit blijkt te gaan, is dat dan zo erg dat zij daardoor beperkt worden in het uitoefenen van hun functie? In het volgende hoofdstuk beschrijven we de feiten over lichamelijke gezondheid en beperkingen, en in het hoofdstuk daarna beschrijven we welke feiten wel en niet overeenstemmen met de beelden.

3 Feiten over inzetbaarheid van oudere medewerkers

Welke feiten zijn er aangetoond over de lichamelijke en mentale gezondheid en beperkingen van oudere medewerkers? Verzuimen ze meer dan jongeren en hebben ze een hogere kans om in de WAO te belanden? Is leeftijd de belangrijkste verklaring voor verminderde gezondheid en toegenomen beperkingen of speelt functieduur (dat is het aantal jaren dat iemand dezelfde functie uitoefent) wellicht een belangrijkere rol? Deze vragen beantwoorden we hieronder. Eerst aan de hand van literatuur, daarna aan de hand van wat de experts ons hierover aanvullend vertelden.

3.1 De literatuur over feiten

3.1.1 *Verzuim en WAO-instroom van ouderen*

Ouderen blijken meer bij te dragen aan het ziekteverzuimpercentage dan jongeren. Weliswaar melden ouderen zich minder vaak ziek dan jongeren, maar als ze zich ziek melden duurt het verzuim meestal langer (CBS Statline; Quispel, 2000a; Ziekemeyer, 1993). Volgens Willemsen & De Vries (2002) zijn ouderen opmerkelijk vaak nulverzuimers, dat wil zeggen dat ze zich nooit ziek melden. Zo kent de groep 45-55 jarigen 33% nulverzuimers, bij de 55-plussers is dat 39%. Ter vergelijking: onder jongeren is het percentage nulverzuimers slechts 26%. Deze gegevens suggereren dat ouderen minder ‘grijs’ en ‘zwart’ verzuimen dan jongeren: voor hen geen spijbeldagen. Maar als ze zich ziek melden, dan is er ook echt iets (lichamelijks) aan de hand, waardoor ze relatief lang uit de running zijn.

Volgens Quispel (2000a, 2000b) kan het hoge verzuimpercentage van ouderen vooral verklaard worden door het aantal dienstjaren, meer nog dan door leeftijd. Hoe langer in dienst, hoe meer verzuim. Zo vond zij dat medewerkers die op oudere leeftijd in een nieuwe functie beginnen in vergelijkbare mate verzuimen als jongere starters. Verder stelt Quispel dat vanaf 55 jaar het verzuim van ouderen juist afneemt. Dit betekent volgens Quispel niet dat mensen na 55 jaar opeens weer gezonder worden, maar dat de zwakkeren definitief zijn afgehaakt waardoor de overblijvers gemiddeld gezonder zijn (het zogenoemde *healthy worker effect*, Ziekemeyer, 1993).

Concrete cijfers over verbanden tussen leeftijd en verzuim verzamelt het CBS en zijn kort samengevat door Besseling (2003). Helaas publiceert het CBS alleen informatie over verzuim naar leeftijd over de

Rijksoverheid, en niet over andere sectoren van de overheid, noch over particuliere bedrijven. Bij de Rijksoverheid blijkt het ziekteverzuimpercentage toe te nemen met de leeftijd. De verzuimfrequentie neemt echter niet toe maar af met de leeftijd: 55-59 jarigen melden zich gemiddeld 1,5 keer per jaar ziek, 60-plussers 1,2 keer per jaar, terwijl 35-44 jarigen zich gemiddeld 2x per jaar ziekmelden (zie Tabel 3.1). Maar de gemiddelde verzuimduur stijgt fors: de 55-59-jarigen zijn gemiddeld 23,7 dagen ziek, de zestigplussers 24,1 dagen. Daarentegen zijn 35-44 jarigen gemiddeld 14,3 dagen ziek (zie Tabel 3.1). Besseling veronderstelt dat de gevonden verzuimpatronen (ouderen zijn langer maar minder vaak ziek) niet alleen voor de rijksoverheid gelden, maar ook voor andere overheidssectoren evenals particuliere bedrijven.

Tabel 3-1 Ziekteverzuim rijksoverheid naar leeftijd in 2000, exclusief zwangerschapsverlof (Bron: CBS, tabel overgenomen uit Besseling, 2003).

	<25	25-34	35-44	45-54	55-59	60+
Ziekteverzuim (%)	5.3	6.8	7.4	8.2	9.5	8.5
Meldingsfrequentie (per jaar)	1.8	2.1	2	1.7	1.5	1.2
Verzuimduur (dagen)	7.7	11.4	14.3	18.1	23.7	24.1

Dat deze veronderstelling van Besseling wel eens zou kunnen kloppen, blijkt uit verzuimcijfers in het onderwijs, een andere overheidssector (Voorpostel, Van der Ploeg, & Diepeveen, 2002). Voorpostel et al. schrijven dat er in 2001 een tendens waarneembaar is die ook in voorgaande jaren gold: naarmate de leeftijd toeneemt, melden werknemers zich minder vaak maar voor een langere periode ziek. Dit resulteert in een hoger verzuimpercentage bij een hogere leeftijd. Vooral onder 55-65 jarigen is het verzuim hoog: de gemiddelde duur van het verzuim is in deze groep 15 à 20 dagen hoger dan bij de groep 45-54 jarigen. Tabel 3.2 toont de precieze verzuimgegevens uitgesplitst naar leeftijd en naar onderwijssector (basisonderwijs, speciaal onderwijs en voortgezet onderwijs). Concreet laat de tabel bijvoorbeeld zien dat in het basisonderwijs 55-65 jarigen zich 0,82 keer per jaar ziek melden, maar gemiddeld zo'n 50 dagen per jaar ziek zijn. Daarentegen zijn 35-44 jarigen gemiddeld 0,94 keer per jaar ziek, maar gemiddeld 'slechts' 24 dagen, dus meer dan de helft minder lang.

Tabel 3-2 Verzuimcijfers uitgesplitst naar leeftijd en onderwijssector, 2001 (Bron: Voorpostel, Van der Ploeg, & Diepeveen, 2002)

	Basisonderwijs			Speciaal onderwijs			Voortgezet onderwijs		
	VZP	MF	GZD	VZP	MF	GZD	VZP	MF	GZD
< 35 jaar	5.08	1.13	14.9	7.08	1.50	16.0	5.37	1.95	10.0
35-44 jr	7.54	0.94	24.2	8.47	1.31	20.5	6.03	1.66	14.1
45-54 jr	9.33	0.88	33.0	10.65	1.17	27.7	7.95	1.40	21.3
55-65 jr	14.33	0.82	50.1	15.21	0.96	47.4	11.74	1.14	35.3

Noot. VZP = verzuimpercentage; MF = meldingsfrequentie; GZD = gemiddelde verzuimduur.

Niet alleen een hoog ziekteverzuimpercentage, maar ook arbeidsongeschiktheid komt in de gehele Nederlandse beroepsbevolking meer voor bij ouderen dan bij jongeren. Besseling (2003) schrijft op basis van cijfers van het Lisv dat het aantal lopende uitkeringen en het arbeidsongeschiktheidspercentage toenemen met de leeftijd. Ook het WAO-instroompercentage neemt toe met de leeftijd. Zo blijkt uit Tabel 3.3 dat jaarlijks 3.2% van de werkende mannen ouder dan 55 jaar de WAO instroomt, tegenover jaarlijks 1.1% van de werkende mannen van 35-45 jaar. Van de werkende vrouwen ouder dan 55 jaar stroomt jaarlijks 4.3% de WAO in, tegenover jaarlijks 2.1% van de werkende vrouwen van 35-45 jaar.

Tabel 3-3 Instroompercentage in de WAO naar leeftijd en geslacht, 2000 (Bron: Lisv, 2001a, overgenomen uit Besseling, 2003).

Leeftijdsgroep	Mannen	Vrouwen
< 25 jaar	1.1	1.5
25-35 jaar	0.7	1.7
35-45 jaar	1.1	2.1
45-55 jaar	1.8	2.9
> 55 jaar	3.2	4.3

3.1.2 Lichamelijke gezondheid en beperkingen

Als mensen ouder worden, gaat hun lichamelijke gezondheid onmiskenbaar achteruit. Tot ongeveer hun 45^{ste} levensjaar hoeven mensen niets te merken van lichamelijke veroudering, maar na die leeftijd nemen bij veel mensen de lichamelijke vermogens merkbaar af. Onderzoek toont aan dat naarmate mensen ouder worden, zij minder goed kunnen horen en zien, een slechtere conditie hebben en fysiek minder sterk zijn (De Zwart, 1997; Kerkhoff, 1991; Mossink, Gründemann & Vaas, 1998; Ziekemeyer et al., 1999). De Zwart (1997) beschrijft wat er allemaal gebeurt als mensen fysiek verouderen: spierkracht neemt af, mensen

bewegen zich minder gemakkelijk en hebben minder longcapaciteit. Vanaf een bepaalde leeftijd (rond 50 jaar) hebben mensen een grotere herstelbehoefte (De Zwart, 1997). Mensen moeten dan langer rusten na een dag hard werken. Herstellen is ook harder nodig bij ziekte en ongevallen van ouderen. Zo vonden Ringenbach et al. (1995) dat oudere werknemers na een ongeval meer tijd nodig hadden om te herstellen dan jongeren. Haermae (1996) beschrijft dat ouderen gevoeliger zijn voor slaapverstoringen door veranderingen in hun dag-nachtritme. Dit is vooral relevant bij nachtwerk en ploegendienst: ouderen kunnen dat lichamelijk minder goed aan dan jongeren, omdat ouderen moeilijker slapen. Seitsamo en Martikainen (1999) stelden in 1981 de vermogens (lichamelijke, cognitieve en sociaal emotionele) vast van bijna 4000 medewerkers van 45-58 jaar. In 1997 herhaalden ze de meting. Na zestien jaar bleek nog slechts 5% te werken, en bleek de som van lichamelijke, cognitieve en sociaal-emotionele vermogens sterk afgenomen te zijn, zoals gemeten met een index voor *capability*.

Van Bezooijen (in Winnubst en Schabracq, 1995) merkt op dat met toenemende leeftijd veranderingen ontstaan in het ademhalingsstelsel, het bewegingsapparaat en het cardiovasculaire systeem. Met betrekking tot het ademhalingsstelsel verdwijnen de wanden van de longblaasjes gedeeltelijk, waardoor het ademhalingsoppervlak afneemt. Het aantal longhaarvaatjes vermindert en de mechanische eigenschappen van het weefsel tussen de longblaasjes veranderen door wijzigingen in het elastine- en collageenskelet. De longstructuur wordt ijler en verliest zijn elasticiteit. Ten aanzien van het bewegingsapparaat wijst Van Bezooijen erop dat onder hogere belasting de mechanische sterkte van de dijbeenkop sterk afneemt. Wanneer naast het verouderingsproces andere factoren (bijvoorbeeld extreme mechanische belasting) een versnelde slijtage van het gewrichtskraakbeen tot gevolg hebben, kan dit leiden tot de ziekte artrose. Tenslotte wijst Van Bezooijen op veranderingen in het cardiovasculaire systeem. Zo ontstaan vaatveranderingen die gepaard gaan met verhardingen en stugger worden van de vaatwand en vernauwing van het bloedvat (arteriosclerose). Vanwege deze en andere lichamelijke verouderingsprocessen zijn mensen naarmate ze ouder worden vatbaarder voor chronische aandoeningen (SCP, 2001) en rapporteren ze meer gezondheidsproblemen en ziektes (Seitsamo & Klockars, 1997; WRR, 2000). Heyma (in Dorhout, 2002) toonde aan dat 64-jarigen 50% vaker een huisarts bezoeken dan 44-jarigen, en dubbel zo vaak een specialist.

Met het ouder worden gaan ouderen lichamelijk achteruit en neemt de kans op langdurig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid toe, zo blijkt uit het voorgaande. Maar betekent dit dat werkgevers hun werknemers vanaf een bepaalde leeftijd maar beter kunnen uittrangeren? Het antwoord is nee, en wel om vijf redenen. Ten eerste blijkt dat mensen hun lichamelijke beperkingen meestal goed kunnen compenseren, denk bijvoorbeeld aan een leesbril. Onderzoek toont aan dat ouderen doorgaans slimmere werkstrategieën gebruiken dan jongeren, waardoor zij kunnen compenseren voor lichamelijke beperkingen (Hendrikse & Schalk, 1995). Dat mensen verminderde lichamelijke gezondheid ook geestelijk compenseren, blijkt uit een onderzoek van Seitsamo en Klockars (1997). In hun onderzoek bij ruim 4500 medewerkers vonden zij weliswaar dat respondenten meer ziektes meldden dan in metingen elf jaar daarvoor, maar dat hun zelf-beoordeelde gezondheid was toegenomen. Kennelijk hanteert men minder strenge criteria voor de eigen gezondheid naarmate men ouder wordt, waardoor men psychisch niet echt lijdt onder lichamelijke achteruitgang. Baltes en Baltes (1990) ontwikkelden het selectie-optimalisatie-compensatie model (SOC) over copingstrategieën waardoor mensen succesvol ouder kunnen worden. Dit model houdt in dat veel mensen gedurende hun leven kiezen voor activiteiten waar ze goed in zijn, deze activiteiten vervolgens optimaliseren, waarna ze, als ze ouder worden en in vermogens achteruitgaan, meestal compenseren voor die achteruitgang. Dit kan verklaren waarom mensen, ondanks verminderende fysieke gezondheid, toch niet beperkt zijn in hun functioneren.

De tweede reden waarom werkgevers ouderen niet hoeven af te schrijven is dat niet iedereen even snel veroudert. Sommige mensen zijn met 45 jaar al 'lichamelijk oud', terwijl anderen tot op hoge leeftijd in goede conditie blijven. Cremer (2001a) spreekt in dit verband van functionele leeftijd, die uitdrukt hoe 'oud' mensen zijn gezien hun lichamelijke gezondheid. Die functionele leeftijd kan gelijk zijn aan iemands kalenderleeftijd, maar het hoeft niet.

Het derde punt is dat lichamelijke gezondheid afhankelijk is van veel meer factoren dan leeftijd. Leefstijl verklaart bijvoorbeeld veel. Mensen die veel roken, veel drinken en weinig bewegen hebben meestal een relatief slechte gezondheid en lopen een groter risico op chronische klachten en ernstige ziekten (Schuit, 2002; Van Laar, 2002; Willemsen & De Vries, 2002). Ook werkfactoren spelen een rol. Zo blijkt dat mensen die jarenlang dezelfde functie uitoefenen, doorgaans meer gezondheidsproblemen hebben en meer verzuimen dan mensen die op gezette tijden

van functie wisselen (Quispel, 2000a; Reuling, 1989). Een dertigjarige die al vijftien jaar gras maait loopt dus meer risico op fysieke klachten door het werk dan een vijftigjarige die dit nog maar twee jaar doet. Tuomi, Ilmarinen, Martikainen, Aalto, en Klockars (1997) namen vragenlijsten over *work ability* af bij ruim 800 medewerkers van 44-51 jaar, en wel op twee tijdstippen, 1981 en 1992. Uit de resultaten bleek dat veranderingen in *work ability* in de loop van elf jaren vooral verklaard werd door veranderingen in leefstijl (bijv. meer of minder lichaamsbeweging) en werkfactoren (bijv. meer of minder fysieke taakeisen).

Ten vierde blijkt voor de meeste beroepen dat een achteruitgang in lichamelijke gezondheid niet of nauwelijks invloed heeft op prestaties (De Zwart, 1997). Met andere woorden: een geringere lichamelijke gezondheid betekent niet altijd dat men beperkt is qua inzetbaarheid in de eigen functie. Dankzij technologische ontwikkelingen en automatisering zijn er veel minder fysiek zware beroepen in Nederland dan voorheen (CBS Statline). Veel banen doen vooral een beroep op cognitieve en sociaal-emotionele vermogens, en minder op fysieke kracht en snelheid. Dat neemt overigens niet weg dat er nog altijd beroepen zijn die wel degelijk fysiek belastend zijn (denk aan stratenmakers, vuilnisophalers, brandwachten, verpleegkundigen, maar ook aan ploegendienst en nachtwerk). Voor deze beroepen geldt dat medewerkers ze vanaf een bepaalde (functionele!) leeftijd minder goed kunnen vervullen vanwege lichamelijke achteruitgang. Fysiek zware beroepen verdienen echter om nog een andere reden extra aandacht, omdat meerdere gezondheidsrisico's van ouderen hierin samenkomen. Niet alleen is de kwaliteit van fysiek zware beroepen doorgaans kleiner (minder afwisseling en autonomie, meer routine en herhaling, zie Cox-Woudstra & Nauta, 2003). Ook zijn de beoefenaars van deze functies vaak laag opgeleid, vervullen zij vaak al vanaf jonge leeftijd langdurig dezelfde functie en hebben ze niet zelden een ongezonde leefstijl. Deze optelsom van risico's maakt dat werknemers in fysiek zware beroepen sneller dan anderen fysiek achteruitgaan naarmate ze ouder worden.

Ten vijfde geldt voor veel beroepen dat ze relatief eenvoudig aangepast kunnen worden aan verminderde fysieke vermogens van ouderen. Ergonomische aanpassingen aan machines en meubilair maken dat oudere werknemers hun werkdag beter vol kunnen houden. Extra vrije dagen voorzien in de grotere herstelbehoefte van veel ouderen. Ploegendiensten kunnen aangepast worden aan individuele dag-nachtritmes van oudere werknemers. Werkgevers kunnen de regel instellen dat vanaf een bepaalde leeftijd medewerkers zelf mogen

aangeven of ze wel of niet 's nachts willen werken. Meer hierover schrijven we in hoofdstuk 5 over werkaanpassingen die maken dat prestaties van medewerkers niet hoeven te verminderen ondanks fysieke achteruitgang.

De conclusie is dat, zoals het spreekwoord al zegt, ouderdom met lichamelijke gebreken komt. Maar de gevolgen hiervan voor de inzetbaarheid van oudere werknemers kunnen in de praktijk beperkt blijven. Hierbij gelden de volgende redenen:

1. Ouderen kunnen hun lichamelijke gebreken op allerlei manieren compenseren ;
2. Veel mensen zijn nog tot op hoge leeftijd gezond;
3. Lichamelijke gezondheid hangt van veel meer factoren af dan alleen leeftijd. Denk aan leefstijl (roken, drinken, beweging) en aan werkfactoren (functieduur, fysiek belastende arbeid);
4. In de meeste beroepen heeft lichamelijke achteruitgang geen invloed op prestaties;
5. Veel werk is aan te passen aan eventuele lichamelijke beperkingen van ouderen.

Dat we in de vorige paragraaf (3.1.1) constateerden dat ouderen gemiddeld langer verzuimen en vaker de WAO instromen, komt dus omdat een beperkt aantal ouderen sterk in gezondheid achteruitgaat, wat het gemiddelde beïnvloedt; de overgrote meerderheid van de ouderen is echter net zo gezond en inzetbaar als de jongere werknemers. Wel moeten werkgevers extra alert zijn bij fysiek zware, lagere functies, omdat hierin meerdere risicofactoren samenkomen, zoals fysiek belastend en saai werk, lange functieduur en een ongezonde leefstijl.

3.1.3 Mentale gezondheid en beperkingen

Hoe staat het feitelijk met de mentale gezondheid en beperkingen van ouderen? We maken een onderscheid tussen enerzijds cognitief (dis)functioneren en anderzijds psychische gezondheid en beperkingen. We beginnen met het eerste.

3.1.3.1 Cognitief (dis)functioneren

Uit de literatuur blijkt dat hersenen veranderen als mensen ouder worden en dat beïnvloedt cognitieve functies (zie voor een overzicht Raz, 2000). Elke tien jaar neemt het hersengewicht met 2% af. Er komen minder dendriten en synapsen, belangrijke onderdelen van de zenuwcellen die zorgen voor de prikkeloverdracht. Op neuronaal niveau worden prikkels daardoor minder snel geleid (Cremer, 1993). De hippocampus en de prefrontale hersengebieden veranderen van structuur (Kolb & Wishaw,

1996). Deze en andere hersenveranderingen kunnen verklaren waarom veel cognitieve functies achteruitgaan met het klimmen der jaren (Jelicic en Houx, 2001).

Welke cognitieve functies gaan zoal achteruit? De vertraagde prikkelgeleiding zorgt ervoor dat ouderen informatie langzamer verwerken. Het werkgeheugen gaat achteruit vanwege veranderingen in de hippocampus (Snel en Cremer, 1994; Schluderman et al., 1983). Controlefuncties gaan achteruit vanwege veranderingen in de prefrontale hersengebieden (Kolb & Wishaw, 1996). Craik en Jacoby (1996) tonen aan dat ouderen vooral moeite hebben met gecontroleerde cognitieve processen, maar niet met automatische cognitieve processen. Gecontroleerde cognitieve processen vergen veel meer mentale inspanning en aandachtscapaciteit dan automatische cognitieve processen, denk bijvoorbeeld aan het verschil tussen een brief schrijven en autorijden. Schluderman et al. (1983) schrijven dat ouderen moeite krijgen met complexe informatieverwerking. Zo blijkt uit hun onderzoek dat ouderen bij het oplossen van complexe problemen minder snel, origineel, effectief en flexibel zijn dan jongeren. Ook kiezen zij voor een concrete in plaats van een abstracte manier van probleem-oplossen. Het meeste verval van prestaties treedt op bij taken die complexe informatieverwerking en snelle besluitvorming vereisen en uitgevoerd worden in een onrustige omgeving (Schluderman et al., 1983). Dobbs en Rule (1987) tonen aan dat ouderen zich moeilijker kunnen concentreren (zie voor overzichten van veranderingen in cognitieve vermogens met de leeftijd Craik & Salthouse, 1998; Raz, 2000; Schludermann et al., 1983).

Lang niet alle cognitieve functies verminderen echter als mensen ouder worden (Craik & Anderson, 1999). We noemden al de automatische cognitieve processen (Craik & Jacoby, 1996). Intelligentie blijft doorgaans op peil tot de leeftijd van 80 jaar, zolang mensen goed gezond zijn (Snel & Cremer, 1994). Cremer (1993) constateert een verschil tussen veranderingen in fluïde versus gekristalliseerde vermogens en vaardigheden. Fluïde vermogens betreffen de snelheid van informatieverwerking en gekristalliseerde vermogens verwijzen naar kennis, ervaring en vaardigheden. Fluïde vermogens gaan achteruit: ouderen kunnen minder snel en analytisch denken en problemen oplossen. Maar gekristalliseerde vermogens gaan juist vooruit: met het ouder worden bouwen mensen meer kennis en ervaring op.

Overigens hebben Baltes en Baltes (1990) een omvangrijk onderzoek gedaan naar het effect van training op fluïde vermogens. Zij vonden als resultaat dat het gemiddelde positieve effect van de training gelijk is aan

het gemiddelde verlies dat men doorgaans bij test-onderzoek vindt. Dat wat verloren gaat kan dus ook weer hersteld worden.

Ouderen blijken niet slechter te leren dan jongeren maar wel anders, en dat kan tot onjuiste conclusies leiden. (Dorhout et al., 2002). Zo voerden Kubeck, Delp, Haslett en McDaniel (1996) een meta-analyse uit naar het verband tussen leeftijd en trainingsuitkomsten. De sterkte van het verband werd berekend op basis van 83 studies met in totaal 6610 respondenten. Het bleek dat hoe ouder men was, hoe slechter men de leerstof beheerste en hoe trager men de training afrondde. Bewijst dit nu dat ouderen slechter leren? Nee, want de resultaten kunnen evengoed betekenen dat trainingsprogramma's beter afgestemd zijn op jongeren dan op ouderen. Ouderen hebben meer dan jongeren moeite met abstracte, contextloze kennis en met klassikaal onderwijs. Ouderen kunnen daarom het beste leren via praktische ervaring die nauw aansluit bij hun dagelijkse werkzaamheden (Ziekemeyer, 2000).

3.1.3.2 *Psychische gezondheid en beperkingen*

Mentale gezondheid en beperkingen verwijzen niet alleen naar cognitief functioneren als gevolg van (veranderingen in) hersenfuncties, maar ook naar psychische gezondheid en psychosociale beperkingen. In Nederland wordt het voorkomen van psychische problematiek nauwkeurig in kaart gebracht in het zogenoemde Nemesis-project (zie bijvoorbeeld Bijl, Ravelli & Van Zessen, 1998), dat een representatieve steekproef van ruim zeventuizend Nederlanders tussen de 18 en 64 jaar betreft. Ook het CBS brengt psychische problematiek in kaart. Uit beide gegevensbronnen blijkt dat psychische problemen meer bij jongeren voorkomen dan bij ouderen. Zo rapporteert 19% van de jongeren tot 25 jaar één of meer psychische klachten, tegenover 10% van de mensen van 65-74 jaar, aldus het CBS (Garssen & Hoeymans, 2002). Uit het Nemesis-onderzoek blijkt eenzelfde patroon. Het Nemesis-project laat voorts zien dat de 55-64 jarigen minder dan de jongere leeftijdscategorieën kampen met alle vormen van psychische stoornissen (Heymans, 2003). Er blijkt een kromlijng verband te zijn tussen stemmingsstoornissen en leeftijd, met de hoogste prevalentie bij 35-44 jarigen, en de laagste bij 55-64 jarigen (Bijl, Ravelli & Van Zessen 1998, in Heymans, 2003).

In alle leeftijdscategorieën geldt dat vrouwen meer psychosociale klachten hebben dan mannen, en dat zij meer angst- en depressieve stoornissen hebben dan mannen (Garssen & Hoeymans, 2002). Daarentegen hebben mannen meer stoornissen in middelengebruik evenals antisociale stoornissen. Dat vrouwen meer aan depressie lijden lijkt te maken te hebben met hun hormoonspiegel. Na de overgang zijn

vrouwen niet depressiever dan mannen van dezelfde leeftijd. Het lijkt erop dat vrouwen in de reproductieve leeftijd kwetsbaarder zijn voor het ontwikkelen van een depressie, onder invloed van schommelingen in de geslachtshormonen die veroorzaakt worden door de menstruele cyclus.

Over veranderingen in psychische gezondheid en beperkingen met de leeftijd kunnen we al met al kort zijn: ouderen zijn psychisch gezonder dan jongeren. Bovendien lijken sekseverschillen in psychische gezondheid te verdwijnen zodra vrouwen de reproductieve leeftijd zijn gepasseerd.

3.1.3.3 *Samengevat*

Hoewel ouderen psychisch gezonder zijn dan jongeren, blijken hun cognitieve functies toch onmiskenbaar achteruit te gaan. Dit roept wederom de vraag op of werknemers vanaf een bepaalde leeftijd maar beter kunnen uittreden. Ook nu is het antwoord nee en wel om soortgelijke redenen als beschreven bij lichamelijke vermogens. Ten eerste geldt ook voor cognitieve functies dat ouderen de achteruitgang hierin meestal goed weten te compenseren. Zo stellen Snel et al., (1994) dat onderzoek geen direct verband aantoont tussen het proces van biologische veroudering en verminderde professionele competenties. Ten tweede schreven we al dat veel mensen tot op hoge leeftijd cognitief goed blijven functioneren. Houx en Jolles (1998) laten zien dat met de leeftijd vooral de spreiding in cognitieve prestaties toeneemt. Dit betekent dat ouderen onderling sterker van elkaar verschillen in sommige cognitieve prestaties dan jongeren. Sommige ouderen blijven uitstekende cognitieve prestaties halen, soms zelfs beter dan die van de gemiddelde 20-jarige (Houx & Jolles, 1998).

Ten derde blijkt dat cognitieve vermogens vooral bepaald worden door andere factoren, zoals opleiding en intelligentie, in plaats van door leeftijd alleen. Jelicic en Houx (2001) schrijven in dit verband dat een hogere opleiding samenhangt met hogere cognitieve prestaties, maar ook met een kleinere afname in deze prestaties naarmate men ouder wordt. Hiervoor geven zij twee verklaringen: niet alleen hebben hoger opgeleide ouderen meer hersenreserves, maar ook houden hoger opgeleide ouderen zichzelf cognitief fit doordat ze meer intellectueel stimulerende activiteiten doen dan lager opgeleide ouderen. Dit stemt overeen met de veronderstelling van Swaab (1991) dat mentale stimulatie van de hersenen cognitief verval op latere leeftijd tegengaat. Bosma et al. (2002) tonen daadwerkelijk aan dat ouderen die veel intellectueel stimulerende activiteiten ondernemen betere cognitieve prestaties halen dan ouderen die dat niet doen. Concreet bleek dat van de mensen met mentaal

veeleisende banen 1,5% cognitieve beschadigingen opliep met het ouder worden, terwijl van de mensen met weinig veeleisende banen 4% cognitieve beschadigingen opliep. Dit effect bleef bestaan ook na controle voor intellectuele capaciteiten. Dit onderzoek ondersteunt dus de gedachte dat mentale stimulatie mensen beschermt tegen cognitieve achteruitgang.

Er zijn nog andere factoren die samenhangen met verminderd cognitief functioneren op hogere leeftijd. Zo schrijft Houx (1991) dat verminderd cognitief functioneren op latere leeftijd toe te schrijven is aan *biological life events (BLE)*, dat zijn gezondheidsincidenten in iemands leven. Voorbeelden zijn algehele anesthesie, hersenschuddingen, langdurig gebruik van psychoactieve geneesmiddelen zoals benzodiazepinen. Ook mensen die chronische stress hebben, evenals dragers van het eiwit apolipoproteïne E4 (ApoE4), lopen sneller geheugenstoornissen op bij het ouder worden dan mensen die hiervan niet te lijden hebben (Jonker et al., 1998; O'Brien, 1997).

Ten vierde geldt voor veel beroepen dat een achteruitgang in cognitieve vermogens niet hoeft te leiden tot verminderde prestaties. Park (1994) signaleert een paradox op basis van een literatuuroverzicht: leeftijd hangt negatief samen met cognitieve functie, en cognitieve functie hangt positief samen met werkprestaties, maar vreemd genoeg hangt leeftijd niet negatief samen met werkprestaties. Park geeft vervolgens vier verklaringen voor deze paradox: Ouderen vervullen vaak functies waarin ze geen nieuwe informatie meer hoeven te leren; juist die cognitieve functies die nodig zijn voor de functie gaan meestal niet achteruit, omdat mensen ze zo vaak toepassen; met het vorderen van de leeftijd beschikken mensen over complexere cognitieve schema's die kunnen compenseren voor achteruitgang van sommige cognitieve functies; en tenslotte zoeken ouderen meer steun in hun werkomgeving dan jongeren, wat eveneens compenseert voor cognitieve achteruitgang.

Voor functies die cognitief belastend zijn geldt het tegenovergestelde dan bij lichamelijk zware beroepen: het zou jammer zijn om medewerkers cognitief minder te belasten, gezien het hierboven beschreven onderzoek dat cognitieve stimulatie mentale veroudering juist tegengaat. Wel geldt dat sommige beroepen, gezien specifieke cognitieve taakeisen, minder geschikt zijn voor ouderen. Hier geldt niet zozeer dat deze taken kunnen worden aangepast, maar dat ouderen er goed aan zouden doen om dergelijke taken niet langer uit te voeren. Een voorbeeld is het bewaken en controleren van productieprocessen door beeldschermen in de gaten te houden; dit vereist veel aandacht en concentratie en doet een sterk

beroep op de eerder genoemde fluïde vermogens, waarover ouderen minder beschikken dan jongeren.

De conclusie is dat veel cognitieve functies, zoals geheugen, concentratie en reactiesnelheid, inderdaad achteruit gaan. Maar veel functies blijven tot op hoge leeftijd intact, zoals intelligentie en automatische informatieverwerking. Ook neemt de psychische gezondheid van ouderen toe, althans zolang ze lichamelijk gezond blijven (Deeg, 2003). Hoewel trainingsprestaties van ouderen doorgaans lager zijn dan van jongeren, betekent dit niet dat ouderen slechter leren: hun leerstijl is vaak anders, meer gericht op praktische, concrete situaties in plaats van abstracte theorie. Al met al zijn de cognitieve functies en psychische gezondheid van ouderen geen reden om hen maar 'af te schrijven'. Als de mentale gezondheid al achteruit gaat, dan weten veel ouderen dit te compenseren; veel ouderen zijn nog steeds cognitief fit genoeg voor de uitoefening van hun functie; cognitieve vermogens en de achteruitgang daarin hangen niet alleen af van leeftijd, maar ook van mentale stimulatie, chronische stress en zelfs van biologische factoren zoals drager zijn van een bepaald eiwit; voor veel beroepen geldt dat cognitieve achteruitgang prestaties nauwelijks belemmert; tenslotte geldt dat cognitief veeleisende functies juist geschikt zijn voor ouderen omdat dit cognitieve achteruitgang voorkómt. Uitzonderingen zijn specifieke beroepen die eisen stellen aan speciale, voor veroudering vatbare vermogens, zoals het bewaken en controleren van productieprocessen door middel van beeldschermen.

3.2 De experts over feiten

Wat zeggen de experts over lichamelijke en mentale gezondheid en beperkingen van oudere werknemers? Hun kennis en opvattingen bespreken we hieronder.

3.2.1 Lichamelijke gezondheid en beperkingen

De experts zijn het erover eens dat ouderen achteruitgaan in lichamelijke gezondheid, maar dat zij daardoor niet beperkt hoeven te worden in het uitoefenen van hun functie. Lichamelijk gaan de volgende functies achteruit met de leeftijd, aldus de experts: horen en zien, de hart- en longfunctie (conditie), kracht en de reactiesnelheid. Verder veranderen de bloeddruk en de werking van de nieren. De Vries noemt dat ouderen meer tijd nodig hebben om te herstellen na inspanning. Ook hebben ze meer rust nodig. Vandaar dat roosters als 4x9 uur voor hen lastig zijn, evenals avonddiensten en de overgang van late naar vroege diensten.

Verder blijkt dat voorkeurstijden bij ouderen veranderen en ook dat die tijden belangrijker worden. Ouderen kunnen bijvoorbeeld ineens veel meer moeite krijgen met 's avonds werken, of juist met 's ochtends werken, afhankelijk van hun eigen biologische voorkeurstijd.

De Zwart stelt dat ouderen zich weliswaar evenveel als jongeren moeten inspannen bij het verrichten van lichamelijke arbeid, maar dat die inspanning voor hun om twee redenen meer problemen oplevert. Ten eerste bereiken ouderen eerder hun zogenoemde belastbaarheidsplafond en ten tweede herstellen zij langzamer na inspanning. Als werkgevers en oudere werknemers zelf deze factoren negeren, dan kan vermoeidheid accumuleren waardoor werknemers niet-uitgerust weer aan het werk gaan. Dan ontstaat chronische overbelasting. Dit vergroot vervolgens de kans op verzuim en op chronische gezondheidsklachten. De Zwart wijst er voorts op dat veel ouderen vaak langdurig zijn blootgesteld aan een belastende werksituatie omdat ze lange tijd dezelfde fysiek belastende functie uitoefenen. Dan kunnen slijtageverschijnselen optreden.

De experts zijn het er over eens dat met de leeftijd de achteruitgang in lichamelijke gezondheid gering is en meestal niet tot inzetbaarheidsbeperkingen leidt. Zo geeft Knook aan dat er over het algemeen voor het 65^{ste} levensjaar geen verouderingsverschijnselen zijn die het functioneren negatief beïnvloeden. De Vries geeft aan dat ouderen veelal handiger tillen en zo compenseren voor vermindering van spierkracht. Voorts onderstrepen de experts dat met oplopende leeftijd de onderlinge verschillen tussen werknemers toenemen. Ouderen zijn een meer heterogene groep qua gezondheid en inzetbaarheidsbeperkingen dan jongeren. Dat ouderen er gemiddeld op achteruitgaan in lichamelijke gezondheid is toe te schrijven aan een kleine groep die sterk achteruitgaat: de meeste ouderen blijven tot op hoge leeftijd goed gezond. Verder geven de experts aan dat werknemers lichamenlijk achteruit gaan als gevolg van fysiek zware functies die langdurig uitgeoefend worden. Zo wijst Knook erop dat een metselaar zijn beroep niet tot zijn 65^{ste} kan uitoefenen, terwijl in witte-boordenberoepen achteruitgang met de leeftijd geen rol speelt. Ook Ziekemeyer en Quispel noemen dat achteruitgang van lichamelijke vermogens vooral optreedt bij fysiek belastende functies. Thijssen voegt toe dat lichamelijke vermogens sneller achteruitgaan bij functies die korte en hevige inspanningen vragen dan bij functies die duurbelasting vragen. In eerstgenoemde type functies is er ook sprake van een directe relatie tussen afname van lichamelijke vermogens en prestaties. Als voorbeeld noemt Thijssen de

sprint versus de marathon. Met de leeftijd gaan prestaties in de sprint sneller achteruit dan die in de marathon.

Een expert met uitgesproken opvattingen over gezondheid van oudere werknemers is Bart de Zwart, senior onderzoeker bij onderzoeksbureau Astri. Recentelijk (2 juli 2003) verwoordde hij zijn opvattingen in de rubriek Forum van De Volkskrant. Hieronder volgt een samenvatting van dit artikel.

Bart de Zwart voorziet een grotere WAO-instroom wanneer het kabinet haar wensen om mensen langer te laten doorwerken gaat realiseren. Want ouderen hebben meer kans op gezondheidsklachten en daarmee op verzuim en instroom in de WAO. Die gezondheidsklachten worden veroorzaakt door ten eerste ‘ouderdomsziekten’ zoals hart- en vaatziekten, longaandoeningen en kanker. Ten tweede hebben ouderen vaak een lang arbeidsverleden waarin zij fysieke of psychische slijtage hebben opgelopen. En ten derde zijn arbeidsomstandigheden vaak niet aangepast aan afnemende fysieke en mentale belastbaarheid van ouderen, aldus De Zwart.

De Zwart betwijfelt of bedrijven goed zullen omgaan met de hogere verzuim- en WAO-instroomrisico's van hun verouderende personeelsbestand. Tot nu toe kiezen bedrijven vooral voor het ontzien van ouderen, door hen vervroegd te laten uittreden, meer vakantiedagen te geven, enzovoort. Volgens De Zwart is een *cultuuromslag* nodig. Er moet *leeftijdsbewust personeels- en arbobeleid* komen, met aandacht voor de veranderende capaciteiten en behoeften van werknemers in iedere leeftijdsgroep. Maar De Zwart ziet die cultuuromslag er op korte termijn niet van komen. Tot die tijd zal geforceerd langer doorwerken leiden tot overbelasting bij veel ouderen, met mogelijk arbeidsongeschiktheid tot gevolg. En dat druist in tegen een andere wens van het kabinet: de WAO-instroom indammen.

Verskillende experts vinden functieduur in met name lichamelijk zware beroepen een betere verklaring voor het ontstaan van gezondheidsklachten dan leeftijd. Langdurige eenzijdige fysieke belasting maakt dat lichamelijke gezondheid afneemt. Volgens Knook heeft iemand die op zijn 35^{ste} metselaar wordt op zijn 45^{ste} minder klachten dan iemand die dat al vanaf zijn 15^{de} doet. De Vries wijst erop dat fysieke banen vaak lagere functies betreffen, waarin werknemers weinig mogelijkheden hebben om van baan te veranderen of hogerop te komen. Lange functieduur en fysiek zwaar werk gaan dus vaak samen en leveren daarom een dubbel risico op voor de lichamelijke gezondheid. Zo onderzocht Knook

ooit een groep oudere werknemers die haast allemaal doof waren. Dat kwam omdat ze jarenlang, vaak al vanaf hun 15^{de}, op een scheepswerf hadden gewerkt waar heel veel lawaai was.

3.2.2 *Mentale gezondheid en beperkingen*

Volgens de experts is het belangrijk om genuanceerd te kijken naar mentale gezondheid en beperkingen van ouderen. Want hoewel sommige mentale vermogens inderdaad achteruitgaan, geldt dat voor andere niet. Bovendien geven ze aan dat met de leeftijd de spreiding in mentale gezondheid en beperkingen sterk toeneemt (wat ook geldt voor lichamelijke gezondheid en beperkingen).

De Vries geeft aan dat het veiligheidsgedrag toeneemt, dat wil zeggen dat ouderen minder roekeloos en voorzichtiger zijn waardoor zij minder vaak betrokken zijn bij (bedrijfs)ongevallen. Hoewel dit niet direct verwijst naar mentale gezondheid, is het wel een relevant aspect omdat veiligheidsgedrag fysieke beperkingen kan voorkómen.

Ook Quispel zet vraagtekens bij de achteruitgang van mentale gezondheid ouderen in de leeftijdscategorie van 50 tot 65 jaar. Zij stelt dat achteruitgang van mentale gezondheid voor een belangrijk deel wordt veroorzaakt door te lang hetzelfde werk blijven doen, ‘verwaarloosd worden’. Net als Ziekemeyer wijst zij op de belangrijke invloed van de kwaliteit van de arbeid. Zo geeft Quispel aan dat de mentale vermogens van ouderen verbeteren bij functies die voldoende taakvariatie en ontwikkelingsmogelijkheden bevatten.

Knook beschrijft de invloed van loopbaan- en ontwikkelingsmogelijkheden op de gezondheid van ouderen. Als ontwikkelingsmogelijkheden beperkt zijn, dan kunnen ouderen psychische gezondheidsklachten krijgen. Met name als ouderen ‘gevangen’ zitten in een functie die niet goed past bij wat ze zelf willen of kunnen, bestaat het risico dat zij uit onvrede met hun werk psychische klachten krijgen. Dit is met name voor oudere werknemers problematisch, ten eerste omdat zij gezien hun leeftijd vaak al langer zullen kampen met dergelijke onbalans tussen werk en persoon. En ten tweede omdat werkgevers aan ouderen vaak minder mogelijkheden bieden om die onbalans op te lossen door bijvoorbeeld verandering van functie of takenpakket.

Boorsma wijst erop dat ouderen vaak effectiever copinggedrag vertonen dan jongeren, dat wil zeggen dat zij beter in staat zijn om (psychische) problemen aan te pakken en op te lossen. Jongeren daarentegen zijn meer geneigd tot vermijdende copingstijlen. Dat ouderen problemen op het

werk vaak beter weten aan te pakken komt ook omdat zij niet meer in het ‘spitsuur’ van hun leven zitten en meer tijd en aandacht kunnen richten op de eisen die het werk aan hen stelt, aldus Boorsma. Knook wijst, evenals veel andere experts, op het belang van ervaring. Ervaring kan compenseren voor fysiologische achteruitgang van mentale vermogens.

Schroots en Thijssen maken bij mentale vermogens onderscheid in fluïde vermogens (informatieverwerking: snel kunnen opnemen, analyseren en reageren) en vastgelegde vermogens (kennis en vaardigheden; zie ook Cremer, 1993 en paragraaf 3.1.3 van dit boek). De fluïde vermogens nemen af rond het dertigste levensjaar. Wat daarentegen toeneemt zijn de vastgelegde vermogens die de basis vormen voor een breed functioneel repertoire aan mentale expressies. De piek van fluïde vermogens wordt al tamelijk jong bereikt: voor meisjes rond de 14 jaar en jongens rond de 16 jaar, aldus Schroots.

Volgens de experts is het een mythe dat het leervermogen achteruit zou gaan met de leeftijd. Weliswaar gaat attentie wat achteruit, maar Jolles & Houx (1995) hebben aangetoond dat de meeste ouderen nog heel goed tot leren in staat zijn. Wel hebben ouderen een andere leerstijl dan jongeren. Bij ouderen moet de leerstof concreet aansluiten bij hun bestaande kennis, terwijl dat bij jongeren minder belangrijk is. Volgens De Vries en Quispel belemmeren ouderen soms zichzelf omdat ze onzeker zijn over hun eigen leervermogen. Zo ontstaat een *self-fulfilling prophecy*: omdat ouderen denken dat anderen denken dat ze minder goed kunnen leren, worden ze onzeker, loopt hun *self-efficacy* terug, waardoor zij daadwerkelijk minder goed leren. Dat is vooral het geval wanneer men als enige oudere tussen allemaal jongeren een opleiding geniet.

De Vries geeft aan dat, ter preventie van cognitieve achteruitgang, cognitieve vermogens wel onderhouden moeten worden. Als je je hersens niet op vroege leeftijd hebt leren gebruiken, is het op latere leeftijd moeilijker om dat ineens wel te doen. Volgens De Vries blijven de cognitieve vermogens (waaronder het leervermogen) lang in stand bij kennisintensief werk.

Van Boxtel vertelt dat met de leeftijd bepaalde cognitieve vermogens onmiskenbaar achteruit gaan. Dat komt omdat, als mensen ouder worden, het neuronale systeem minder gemakkelijk prikkels geleidt. Dit heeft effecten op allerlei vormen van informatieverwerking. Het eerste wat mensen zelf merken van die tragere prikkelgeleiding is dat hun geheugen achteruit gaat. Dat betreft met name het terughalen van eerder

opgeslagen informatie: *retrieval*. Vooral wanneer men onder druk moet werken, blijkt die *retrieval* extra moeilijk. Volgens Van Boxtel heeft het neuronale systeem dan teveel tegelijkertijd te doen.

Op de vraag wat kenmerken zijn van ‘survivors’ (gezonde ouderen zonder inzetbaarheidsbeperkingen) geven de experts diverse antwoorden. Zo zegt Knook dat de mentale instelling de voornaamste factor is (zie ook Knook & Ulrich, 2003). Mensen met een positieve levensinstelling hebben een zeven jaar hogere levensverwachting dan mensen zonder die instelling. Knook vermoedt dat diezelfde instelling kan verklaren waarom de een ‘overleeft’ op de werkvloer en de ander niet. Van der Heijden ziet een verhoogde realiteitszin als belangrijk kenmerk. Zij geeft aan dat stereotypen toenemen voor medewerkers vanaf 40 jaar, maar dat survivors zich niet uit het veld laten slaan door stereotypen in hun omgeving. Verder ziet zij een relatie met de leeftijd van de leidinggevende: het is ongunstig als de leidinggevende jonger is dan de medewerker. Quispel zegt dat ‘survivors’ vaak veel plezier en veel afwisseling in het werk hebben, gecombineerd met nieuwsgierigheid en open staan voor nieuwe ervaringen en mogelijkheden. Volgens Boorsma gaat het bij ‘survivors’ vooral om ‘alertheid’ op nieuwe mogelijkheden en een actieve (in tegenstelling tot een afwachtende) houding. Ouderen die afwachten lopen een groter risico buiten de boot te vallen, aldus Boorsma.

Over het algemeen zijn de experts het erover eens dat er betere verklarende variabelen voor achteruitgang van mentale gezondheid zijn dan leeftijd. Zij noemen met name functieduur. Langdurig dezelfde routinematige functie uitoefenen met beperkte regel- en ontwikkelmogelijkheden leidt tot motivatieproblemen, bevordert de achteruitgang van mentale vermogens en verhoogt de kans op psychische klachten. Van der Heijden en Quispel stellen dat opleidingsniveau ook een belangrijke variabele is. Zo zijn hoger opgeleiden er meer van doordrongen dat ze zich levenslang moeten ontwikkelen. Ook zijn hoger opgeleiden alerter op de balans tussen belasting en belastbaarheid en geven zij knelpunten daarin sneller aan bij hun leidinggevende.

3.3 Secundaire analyses

De literatuur en de expertopvattingen geven blijk van duidelijke verbanden tussen leeftijd en afnemende lichamelijke gezondheid, terwijl het met de achteruitgang in mentale gezondheid tot de leeftijd van 65 jaar erg meevalt. Voorts blijkt dat oudere werknemers vanaf 55 jaar, zelfs als

ze lichamelijk wat minder gezond zijn, nauwelijks beperkt zijn in het uitoefenen van hun functie. Een uitzondering betreft echter de fysiek zware beroepen, met name als deze beroepen gedurende langere tijd worden uitgeoefend: in deze beroepen lopen ouderen het risico op uitval omdat daarin een aantal risico's samenkomen (fysieke belasting die vaak jarenlang duurt gecombineerd met een wat minder gezonde leefstijl van de functiebeoefenaars).

Toch blijkt uit het voorgaande nog niet duidelijk hoe het nu precies zit met de samenhang tussen leeftijd enerzijds en gezondheid en verzuim anderzijds. Komt het nu door het ouder worden dat werknemers gezondheidsklachten krijgen en meer gaan verzuimen? Of is het de duur waarmee ze een bepaalde functie uitoefenen, de *functieduur*? Want met name in fysiek zware beroepen kan verondersteld worden dat wanneer werknemers tientallen jaren aan fysieke belasting blootstaan, hun gezondheid hieronder gaat lijden. De veronderstelling dat functieduur wel eens belangrijker zou kunnen zijn dan leeftijd ter voorspelling van gezondheid en verzuim is echter in eerder onderzoek nog niet goed getoetst. Om deze lacune op te vullen verrichten we enkele secundaire analyses. Het betreft analyses op ten eerste de TNO Arbeidssituatie Survey (TAS; Smulders, Andries & Otten, 2001) van eind 2002. Ten tweede zijn analyses verricht op gegevens van de European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions uit 2001. Ten derde zijn gegevens van CBS Statline in kaart gebracht. Doel van de secundaire analyses is om feiten aan te tonen over verbanden tussen leeftijd en functieduur enerzijds en gezondheid, beperkingen en verzuim anderzijds.

3.3.1 *Analyses op de TAS 2002*

De TAS-vragenlijst meet iedere twee jaar bij een aselechte steekproef de arbeidssituatie van de beroepsbevolking. Om te corrigeren voor mogelijke selectiviteit als gevolg van de non-respons zijn wegingscoëfficiënten gebruikt. Weging met deze coëfficiënten - zoals voor deze analyses gedaan - voorziet in representatieve cijfers voor de Nederlandse beroepsbevolking. Ruim 4000 Nederlandse werknemers vulden eind 2002 een vragenlijst over hun werk in. De respons lag rond de 50%.

Door middel van secundaire analyses op de TNO Arbeidssituatie Survey (TAS) is uitgezet beantwoorden we de volgende *vragen*:

- Welke verbanden zijn er tussen leeftijd en functieduur enerzijds en gezondheid en verzuim anderzijds?

- Wat is een betere voorspeller van gezondheid en verzuim: leeftijd of functieduur?
- Is leeftijd of functieduur de beste voorspeller van gezondheid en verzuim, na controle voor aard van het beroep (blauw/fysiek-zwaar versus wit/administratief), afkomst (autochtoon vs. allochtoon), geslacht en opleidingsniveau (t/m MBO vs. HBO/Universitair)?

We berekenden verbanden tussen leeftijd en functieduur enerzijds en subjectief ervaren gezondheid anderzijds (voor de statistisch onderlegde lezer: zie Tabel B.1 in de bijlage). Daaruit blijkt dat hoe ouder mensen zijn, hoe minder gezond men zichzelf vindt. Functieduur blijkt niet samen te hangen met het ervaren van een minder goede gezondheid. Daarnaast blijkt dat vrouwen, autochtonen en laagopgeleiden zich wat minder gezond voelen dan respectievelijk mannen, allochtonen en hoogopgeleiden. Een belangrijke kanttekening is dat het verband tussen leeftijd en subjectief ervaren gezondheid klein is: slechts vier procent van de variantie in subjectief ervaren gezondheid wordt verklaard door leeftijd. Oudere medewerkers blijken zich dus wat minder gezond te voelen dan jongeren, maar omdat het percentage verklaarde variantie klein is, zijn andere factoren kennelijk belangrijker ter verklaring van hoe gezond men zich voelt.

Leeftijd hangt heel licht positief samen met uitputting (Tabel B.1 in de Bijlage). Functieduur hangt niet samen met uitputting. Verder blijkt dat hoe ouder mensen zijn, hoe meer zij last hebben van nek, schouders en armen. Functieduur hangt niet positief samen met deze klachten, ook niet als gecontroleerd wordt voor geslacht, afkomst (allochtoon of autochtoon), opleiding en type beroep. Bovendien zijn de verbanden zwak. Last hebben van de polsen wordt niet significant verklaard door leeftijd noch door functieduur. Wel hangt geslacht samen met klachten aan de nek: vrouwen hebben meer nekklachten. We concluderen dat leeftijd licht samenhangt met klachten aan nek, schouders en armen maar niet met klachten aan polsen. Functieduur blijkt geen invloed te hebben op deze klachten.

Verondersteld kan voorts worden dat het type beroep een belangrijke zogenoemde *moderator* is van verbanden tussen leeftijd en functieduur enerzijds en gezondheid anderzijds. Met andere woorden: het zou wel eens kunnen zijn dat voor blauwe beroepen *wel* geldt dat functieduur en leeftijd samenhangen met een slechte gezondheid, terwijl dat voor witte beroepen niet geldt. Dit vanuit de gedachte dat blauwe beroepen (fysiek) belastender zijn dan witte beroepen, waardoor verouderingsklachten in

blauwe beroepen eerder zichtbaar zijn. Inderdaad blijkt dat er in blauwe beroepen een vrij sterke samenhang is tussen leeftijd en subjectief ervaren gezondheid (Tabel B.2 in de Bijlage). Daarentegen is er in witte beroepen geen samenhang tussen leeftijd en ervaren gezondheid. Overigens hoeft dit verband niet noodzakelijk te betekenen dat het blauwe beroep er oorzaak van is dat werknemers in deze beroepen sterker met de leeftijd achteruitgaan in gezondheid; het kan ook zijn dat in dergelijke beroepen meer mensen werkzaam zijn die er een ongezondere leefstijl op nahouden, waardoor zij met de leeftijd een steeds slechtere gezondheid krijgen. Wel impliceren de gegevens dat bij blauwe beroepen extra alertheid voor de gezondheid van oudere werknemers geboden is.

Leeftijd blijkt voorts positief samen te hangen met het hebben van één of meer ziekten of aandoeningen (rug, gewricht, migraine, ernstige hoofdpijn, hartziekte, hoge bloeddruk, bronchitis e.d., suikerziekte, ernstige huidziekte, gehoorproblemen; Tabel B.3 in de Bijlage). Functieduur hangt niet samen met ziekten of aandoeningen. Voorts blijken vrouwen, laag-opgeleiden en werknemers in blauwe beroepen iets meer ziekten of aandoeningen te rapporteren. Maar de verbanden zijn wederom zwak. Leeftijd maar niet functieduur blijkt dus enigszins samen te hangen met het hebben van één of meer chronische ziekten.

Als we specifiek kijken naar *welke* ziekten en aandoeningen samenhangen met leeftijd en/of functieduur, dan blijkt dat rugaandoeningen, reuma, hartklachten, hoge bloeddruk, suikerziekte, botontkalking (osteoporeuse) en gehoorproblemen leeftijdsgerelateerd zijn (ouderen hebben hier vaker last van). Daarentegen zijn migraine, hoofdpijn, cara en huidaandoeningen niet leeftijdsgerelateerd. Bij rugklachten blijkt, ook na controle voor de invloed van leeftijd, geslacht, afkomst, opleiding en type beroep, dat deze mede toenemen bij een langere functieduur. Bovendien blijkt het hebben van een blauw beroep, een lage opleiding en vrouw-zijn samen te hangen met rugklachten. Dit alles wijst erop dat rugaandoeningen sterk gerelateerd zijn aan lagere, fysieke beroepen die daarom ook het beste niet al te veel jaren achtereen uitgevoerd zouden moeten worden.

Bijzondere effecten zien we bij gehoorklachten. Het blijkt dat werknemers met een gemiddelde functieduur meer gehooraandoeningen hebben dan werknemers met een korte en een lange functieduur. Dit wijst op een *healthy worker effect*: de werknemers met gehooraandoeningen zijn kennelijk vroegtijdig uitgevallen, hebben geen lange functieduur weten vol te maken. Bovendien hebben werknemers met een

lage opleiding en een blauw beroep vaker gehoorklachten. Gehoorklachten zijn dus net als rugklachten beroepsgerelateerd. De conclusie luidt dat vooral ter voorkoming van rug- en gehooraandoeningen werknemers niet te lang achtereen dezelfde functie zouden moeten uitoefenen, met name als het een blauw beroep betreft.

Voorts blijkt dat hoofdpijnklachten het meest voorkomen bij werknemers met een gemiddelde functieduur. Dit duidt op een *healthy worker effect*: werknemers die regelmatig hoofdpijnklachten hebben maken kennelijk niet veel dienstjaren vol.

Leeftijd hangt positief maar zwak samen met de mate waarin men zich door gezondheidsproblemen belemmerd voelt bij het uitvoeren van het werk (Tabel B.5 in de bijlage). Functieduur hangt hiermee niet samen. Verder blijkt dat ouderen *minder* vaak verzuimen en dat functieduur geen voorspeller hiervan is. Maar het verband tussen leeftijd en verzuimfrequentie is niet erg sterk.

Om de conclusie over het verband tussen leeftijd, functieduur en verzuimfrequentie met meer zekerheid en concreetheid te kunnen trekken voerden we een aanvullende analyse uit. We deelden de werknemers in in vijf leeftijdscategorieën en zes functieduurcategorieën, analoog aan Mossink et al. (1998). Vervolgens toetsten we met een variantie-analyse of verzuimfrequentie (hoe vaak ziek thuisgebleven in de laatste 12 maanden) afhankelijk is van leeftijd, functieduur of een samenspel van beide. Hieruit blijkt dat ouderen minder vaak verzuimen, maar dat functieduur geen effect heeft, ook niet in samenspel met leeftijd. Zoals tabel 3.4 (p.44) laat zien, blijkt dat in alle categorieën van functieduur, behalve die van een half jaar of minder, de verzuimfrequentie afneemt met de leeftijd. De 56-65 jarigen zijn dus het minst vaak ziek: gemiddeld nog geen één keer per jaar. Daarentegen zijn 26-35 jarigen het vaakst ziek, gemiddeld anderhalf keer per jaar.

Tabel 3-4 Verzuimfrequentie naar lengte dienstverband en leeftijd.
Bron: TAS 2002.

Leeftijd	Lengte dienstverband in jaren						totaal
	0.5 jaar	0.5-1 jaar	1-2 jaar	2-5 jaar	5-10 jaar	> 9 jaar	
> 25 jaar	1.38	2.25	1.26	1.45	-	-	1.41
26-35 jaar	1.13	1.22	1.58	1.57	1.64	1.23	1.48
36-45 jaar	0.84	1.28	1.11	1.03	0.97	0.99	1.02
46-55 jaar	1.01	1.05	0.98	1.01	0.96	1.45	1.16
56-65 jaar	-	-	0.65	1.05	0.74	0.90	0.88
Totaal	1.15	1.43	1.30	1.27	1.16	1.17	1.23

Noot. De lege cellen bevatten minder dan 10 respondenten, hetgeen onbetrouwbare resultaten oplevert; daarom zijn de cellen leeg gelaten.

3.3.2 *Analyse op gegevens van data van de European Foundation (EF) 2000*
Omdat in de TAS gegevens over de duur van het verzuim ontbreken, berekenden we in nog een andere dataset de verbanden tussen leeftijd, functieduur en verzuimduur. Het betreft een representatieve steekproef van werkenden in de landen die in 2000 waren aangesloten bij de Europese unie, verzameld in opdracht van de European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions, EFIWL (Paoli & Merllié, 2001). Per land deden ca. 1500 werkenden mee aan het onderzoek, in totaal omvat de steekproef 21703 werknemers. De steekproef omvat zowel witte als blauwe beroepen. Functieduur betreft de vraag: ‘How many years have you been in your present main paid job?’ Verzuimduur betreft de vraag: ‘In your main paid job, how many days over the past 12 months were you absent due to an accident at work or due to health problems?’

Het blijkt dat verzuimduur vooral toe te schrijven is aan functieduur, en niet aan leeftijd. Zoals uit Tabel 3.5 blijkt, geldt voor alle leeftijdsklassen dat de verzuimduur toeneemt met de functieduur. Zo zijn werknemers met een functieduur van meer dan 9 jaar gemiddeld 8,2 dagen per jaar ziek, terwijl mensen met een functieduur van een half tot een heel jaar gemiddeld 4,3 dagen per jaar ziek zijn. De gemiddelde verzuimduur is het hoogst onder jonge werknemers (< 24 jaar) die 6-9 jaar in dienst zijn (10,7 dagen per jaar), gevolgd door 55-65 jarigen die meer dan 9 jaar in dienst zijn en 35-44 jarigen die 4-5 jaar in dienst zijn (beide 8,8 dagen per jaar). De conclusie luidt dat in een representatieve steekproef van Europese werknemers geldt dat met name een lange functieduur bepalend is voor een hoge verzuimduur.

Tabel 3-5 Gemiddelde duur van het verzuim tijdens afgelopen jaar naar duur huidige baan en leeftijd in de data van de European foundation (heel Europa; n=20.540)

Leeftijd	Functieduur in huidige baan in jaren						totaal
	0.5 jaar	0.5-1 jaar	2-3 jaar	4-5 jaar	6-9 jaar	> 9 jaar	
> 24 jaar	2.7	3.5	6.0	7.8	10.7	-	5.3
25-34 jaar	3.4	3.8	6.6	7.2	7.5	8.4	6.8
35-44 jaar	3.8	6.6	7.2	8.8	8.5	7.9	7.7
45-54 jaar	6.0	5.2	8.2	7.6	7.7	8.2	8.0
55-65 jaar	4.7	-	8.0	8.4	7.0	8.8	8.4
Totaal	3.5	4.3	6.8	7.9	8.0	8.2	7.3

Noot. De lege cellen bevatten minder dan 10 respondenten, hetgeen onbetrouwbare resultaten oplevert; daarom zijn de cellen leeg gelaten.

3.3.3 *Analyses op gegevens van CBS Statline 2002*

Om verbanden tussen leeftijd (en geslacht) enerzijds en langdurige aandoeningen, beperkingen in horen, zien, beweging en activiteiten te onderzoeken, gebruikten we gegevens van CBS Statline. Apart voor mannen en vrouwen gaan we na welke aandoeningen en beperkingen vanaf welke leeftijdscategorie toe- of juist afnemen.

Uit Tabel 3.6 en 3.7 blijkt dat een groot aantal langdurige aandoeningen meer voorkomen bij oudere mannen en vrouwen dan bij jongere. Zo is het percentage mannen en vrouwen dat kampt met hartaandoeningen tot de leeftijd van 44 jaar 0,6% of lager. Vanaf 45 jaar stijgt dit percentage, bij mannen sterker dan bij vrouwen. Van de mannen van 45-54 jaar heeft 2% een hartaandoening, van de vrouwen in deze leeftijdsgroep is dat 0,8%. Van de mannen van 55-64 heeft 4% een hartaandoening, en hetzelfde percentage geldt voor mannen van 65-74. Bij vrouwen zijn deze percentages respectievelijk 1,9% en 3,9%. Vergelijkbare stijgingen in percentages mannen en vrouwen met de betreffende aandoening zien we bij hoge bloeddruk en vernauwing van bloedvaten. In de leeftijd van 35-44 kampt 6,1% van de mannen en 6,5% van de vrouwen met hoge bloeddruk, in de leeftijd van 55-64 zijn die percentages voor beide seksen 22,1%.

Andere langdurige aandoeningen die systematisch meer voorkomen onder ouderen dan onder jongeren zijn: incontinentie, rugaandoeningen, gewrichtsslijtage, chronische gewrichtsontsteking, nekaandoeningen, aandoeningen aan elleboog, pols of hand, en suikerziekte. Enkele cijfers ter illustratie (zie ook Tabel 3.6 en Tabel 3.7): Circa tien procent van zowel mannen als vrouwen in de leeftijd van 35-44 heeft een rugaandoening, terwijl rond de 14,5% van zowel mannen als vrouwen in

de leeftijd van 55-64 jaar hiermee kampt. Gewrichtsslijtage komt bij 3,2% van de mannen en 6,1% van de vrouwen in de leeftijd van 35-44 jaar voor, terwijl dit stijgt tot 18,3% van de mannen en 20,3% van de vrouwen in de leeftijd van 55-64 jaar.

Ook blijkt dat meer ouderen dan jongeren aangeven het afgelopen jaar een beroerte, hartinfarct, of kanker te hebben gehad. Wat betreft beroertes en hartinfarcten zijn er verschillen tussen mannen en vrouwen. Bij vrouwen is pas na 65 jaar een lichte stijging te zien van het percentage dat aangeeft het afgelopen jaar een beroerte of hartinfarct te hebben gehad, en dit percentage blijft onder de 1%. Bij mannen stijgt al vanaf 45 jaar het percentage dat het afgelopen jaar een beroerte of hartinfarct heeft gehad. Zo heeft 1% van de mannen van 55-64 jaar het afgelopen jaar een hartinfarct gehad. Tenslotte geven meer ouderen dan jongeren aan het afgelopen jaar kanker te hebben gehad. 0% van de mannen en 0,3% van de vrouwen in de leeftijd van 35-44 jaar zegt het afgelopen jaar kanker te hebben gehad, tegenover 1,6% van de mannen en 1,2% van de vrouwen in de leeftijd van 55-65 jaar.

Tussen migraine en leeftijd bestaat een kromlijinig verband: jong en oud hebben er minder last van dan dan 25-54 jarigen, zowel mannen als vrouwen. Astma noch psoriasis hangen samen met leeftijd.

Tabel 3-6 Langdurige aandoeningen als functie van geslacht en leeftijd.

Langdurige aandoeningen (2001)										
	Hartaan- doening	Migraine	Hoge bloed- druk	Vernauwing bloedvaten	Astma, chronische bronchitis, CARA	Psoriasis	Chro- nische eczeem	Duizelig- heid met vallen	Darmstoor- nissen	Inconti- nentie
Kenmerken gebruikers	%									
Mannen, 18-24 jarigen	0,0	8,9	0,5	0,8	4,9	2,1	3,8	1,5	0,4	0,3
Mannen, 25-34 jarigen	0,3	14,2	2,2	0,0	6,5	1,1	4,7	1,1	1,2	0,7
Mannen, 35-44 jarigen	0,1	12,0	6,1	0,4	3,2	1,8	5,0	0,5	2,6	1,5
Mannen, 45-54 jarigen	2,0	14,2	12,0	1,0	4,5	2,5	4,9	2,2	2,9	1,7
Mannen, 55-64 jarigen	4,0	8,8	22,1	3,3	5,7	3,3	3,0	3,7	1,8	2,1
Mannen, 65-74 jarigen	4,0	5,3	21,7	5,9	8,2	1,9	2,0	1,9	1,6	2,0
Vrouwen, 18-24 jarigen	0,6	24,5	2,4	1,0	11,2	1,1	5,8	4,9	4,3	2,8
Vrouwen, 25-34 jarigen	0,0	28,2	5,5	0,7	7,0	1,1	6,9	3,4	2,0	4,2
Vrouwen, 35-44 jarigen	0,2	32,9	6,5	0,4	6,1	2,9	4,3	2,5	4,5	6,3
Vrouwen, 45-54 jarigen	0,8	31,8	13,6	1,0	7,9	1,5	4,8	4,1	4,2	7,0
Vrouwen, 55-64 jarigen	1,9	18,8	22,1	1,9	4,7	2,4	3,8	4,0	3,8	7,2
Vrouwen, 65-74 jarigen	3,9	11,7	34,4	6,0	9,9	1,8	1,8	2,2	3,6	12,4

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen 2003-08-13

Tabel 3-6 (Vervolg) Langdurige aandoeningen als functie van geslacht en leeftijd.

Langdurige aandoeningen (2001) (vervolg)									
	Rugaan- doening	Gewrichtsslij- tage	Chronische gewrichts- ontsteking	Nekaan- doening	Aandoening elleboog, pols of hand	Suiker- ziekte totaal	Afgelopen jaar beroerte gehad	Afgelopen jaar hartinfarct gehad	Afgelopen jaar kanker gehad
Kenmerken gebruikers	%								
Mannen, 18-24 jarigen	4,8	0,0	0,0	3,3	2,2	0,7	0,0	0,0	0,0
Mannen, 25-34 jarigen	4,5	2,4	1,6	6,3	4,9	0,7	0,0	0,0	0,0
Mannen, 35-44 jarigen	9,8	3,2	1,6	4,2	7,4	1,4	0,1	0,0	0,0
Mannen, 45-54 jarigen	12,0	10,2	2,7	10,7	8,7	2,3	0,5	0,8	0,6
Mannen, 55-64 jarigen	14,7	18,3	4,3	12,7	9,0	5,8	0,2	1,0	1,6
Mannen, 65-74 jarigen	9,7	17,6	5,3	7,7	4,5	11,7	2,2	0,7	2,8
Vrouwen, 18-24 jarigen	4,9	1,7	1,4	5,6	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Vrouwen, 25-34 jarigen	7,9	1,2	0,7	8,5	4,7	0,8	0,2	0,0	0,2
Vrouwen, 35-44 jarigen	10,2	6,1	2,8	13,8	6,6	0,5	0,2	0,2	0,3
Vrouwen, 45-54 jarigen	14,3	13,2	6,3	15,7	10,6	1,8	0,0	0,0	0,9
Vrouwen, 55-64 jarigen	14,4	20,3	7,4	14,0	11,2	4,6	0,0	0,2	1,2
Vrouwen, 65-74 jarigen	15,6	37,7	10,8	17,8	12,7	7,6	0,8	0,4	1,8

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen 2003-08-13

Sommige malaiseklachten nemen met de leeftijd duidelijk toe, andere lijken eerder af te nemen. Zo blijkt uit Tabel 3.8 dat ouderen minder last hebben van hoofdpijn en moeheid dan jongeren. 29% van de mannen en 41% van de vrouwen van 55-64 jaar geeft aan de afgelopen 14 dagen last te hebben gehad van moeheid. Daarentegen geeft 40% van de mannen en 55% van de vrouwen van 35-44 jaar aan de afgelopen 14 dagen last te hebben gehad van moeheid. Eenzelfde patroon, maar dan minder extreem, zien we bij hoofdpijn.

Tabel 3-7 Malaiseklachten als functie van geslacht en leeftijd.

Kenmerken gebruikers	Malaiseklachten				
	Hoofd- pijn %	Moeheid	Slape- loos- heid	Pijn in rug	Pijn in spieren of gewrichten
Mannen, 18-24 jarigen	30,2	37,5	14,8	18,4	35,4
Mannen, 25-34 jarigen	33,8	43,3	13,1	23,9	31,5
Mannen, 35-44 jarigen	31,2	40,0	16,1	25,0	33,4
Mannen, 45-54 jarigen	25,4	35,2	18,6	27,3	37,2
Mannen, 55-64 jarigen	16,2	29,0	20,1	29,2	41,8
Mannen, 65-74 jarigen	16,0	30,6	17,5	28,9	41,5
Vrouwen, 18-24 jarigen	59,3	65,4	25,6	34,0	37,4
Vrouwen, 25-34 jarigen	50,8	61,6	23,3	32,1	32,8
Vrouwen, 35-44 jarigen	46,9	55,0	24,0	35,3	38,0
Vrouwen, 45-54 jarigen	40,2	47,7	31,2	35,0	49,8
Vrouwen, 55-64 jarigen	31,0	41,0	38,2	40,1	52,6
Vrouwen, 65-74 jarigen	26,1	42,0	36,8	44,9	57,4

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen 2003-08-13

Malaiseklachten die duidelijk toenemen met de leeftijd zijn slapeloosheid, pijn in de rug en pijn in de spieren of gewrichten. 20% van de mannen en 38% van de vrouwen in de leeftijd van 55-64 jaar geeft aan de afgelopen 14 dagen slecht geslapen te hebben. In de leeftijd van 35-44 jaar zegt 16% van de mannen en 24% van de vrouwen de afgelopen 14 dagen slecht geslapen te hebben. Wat betreft rugpijn zegt 29% van de mannen en 40% van de vrouwen in de leeftijd van 55-64 jaar de afgelopen 14 dagen hier last van te hebben gehad. In de leeftijd van 35-44 jaar zegt 25% van de mannen en 35% van de vrouwen de afgelopen 14 dagen last van de rug te hebben gehad. Ook bij spier- of gewrichtspijn zien we dergelijke patronen.

Met de leeftijd neemt ook een aantal beperkingen in horen, zien en beweeglijkheid toe (zie Tabel 3.9). Bij mannen is die toename al zichtbaar vanaf 45 jaar, aangezien op die leeftijd al 3,7% van de mannen met gehoorbeperkingen kampt, tegenover 1,2% van de mannen van 35-44 jaar. Bij vrouwen stijgt pas vanaf 65 jaar het percentage met gehoorbeperkingen tot 4,4%, tegenover 2,1% van de vrouwen in de leeftijd van 55-64 jaar. Het zicht gaat al vanaf 45 jaar achteruit. 5,3% van de mannen van 45-54 jaar heeft beperkt zicht, tegenover 0,8% van de mannen van 35-44 jaar; 7,4% van de vrouwen van 45-54 jaar heeft beperkt zicht, tegenover 2,9% van de vrouwen van 35-44 jaar. Beperkingen in beweeglijkheid komt eveneens meer bij ouderen dan bij jongeren voor.

Tabel 3-8 Functiebeperkingen als een functie van geslacht en leeftijd.

Kenmerken Gebruikers	Functiebeperkingen		
	Horen %	Zien	Beweeglijkheid
Mannen, 18-24 jarigen	0,0	0,7	0,3
Mannen, 25-34 jarigen	0,0	0,4	0,6
Mannen, 35-44 jarigen	1,2	0,8	2,0
Mannen, 45-54 jarigen	3,7	5,3	4,1
Mannen, 55-64 jarigen	4,8	6,1	6,9
Mannen, 65-74 jarigen	8,1	5,0	11,5
Vrouwen, 18-24 jarigen	0,0	0,0	1,2
Vrouwen, 25-34 jarigen	1,0	0,5	3,4
Vrouwen, 35-44 jarigen	2,3	2,9	4,7
Vrouwen, 45-54 jarigen	2,5	7,4	9,8
Vrouwen, 55-64 jarigen	2,1	6,2	11,8
Vrouwen, 65-74 jarigen	4,4	8,8	19,2

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen 2003-08-13

Al met al wijzen deze CBS-gegevens erop dat ouderen meer kampen met langdurige aandoeningen en beperkingen in hun lichamelijk functioneren dan jongeren.

3.4 Conclusie over feiten

Met de leeftijd gaat de lichamelijke gezondheid achteruit. Mensen horen slechter, zien slechter, hebben een slechtere conditie, zijn minder sterk, slapen slechter en hebben vaker chronische ziekten en aandoeningen zoals hartklachten en rugklachten. De cognitieve achteruitgang is gering, terwijl de psychische gezondheid juist toeneemt met de leeftijd.

Weliswaar gaan cognitieve functies wat achteruit: fluïde vermogens, werkgeheugen en concentratie worden minder. Maar andere cognitieve functies blijven gelijk of gaan zelfs vooruit. Dat geldt voor gekristalliseerde vermogens, automatische processen en intelligentie. Dat ouderen minder goed leren is een mythe. Ze leren anders: leerstof moet concreet aansluiten bij bestaande kennis van ouderen.

Ouderen blijken minder vaak, maar wel langduriger te verzuimen; ook stromen ze vaker dan jongeren de WAO in. Verzuimduur blijkt in een grote Europese steekproef echter meer afhankelijk te zijn van een lange functieduur dan van leeftijd.

Het is belangrijk om de invloed van leeftijd op gezondheid te relativiseren. Want ten eerste zijn de verbanden tussen leeftijd en gezondheid erg klein; andere factoren zoals leefstijl, *biological life events* en langdurige fysieke belasting spelen een grotere rol. Ten tweede is de achteruitgang in gezondheid meestal zo gering, dat zij ouderen niet beperkt in hun functioneren op het werk. En zelfs als de achteruitgang wat groter is, dan blijken ouderen die achteruitgang in lichamelijke en/of mentale gezondheid meestal gemakkelijk te kunnen compenseren met slimme werkstrategieën of hulpmiddelen, waardoor zij niet beperkt zijn in hun functioneren. Ten derde neemt met de leeftijd de spreiding in gezondheidsklachten en beperkingen sterk toe: heel veel ouderen zijn dus nog tot op hoge leeftijd lichamelijk en mentaal fit.

4 Intermezzo: Kloof tussen beelden en feiten

Welke beelden worden gestaafd door de empirische feiten, welke niet? Hieronder wordt de wetenschappelijke literatuur en de inzichten van de experts over beelden en feiten met elkaar in verband gebracht.

De beelden die mensen hebben over gezondheid en beperkingen van ouderen blijken niet te kloppen met de feiten. Mensen denken dat ouderen meer verzuimen, geen zwaar werk aankunnen, slecht leren en daarom maar beter op hun zestigste kunnen uittreden. Vooral over fysieke gezondheid van ouderen, maar in mindere mate over mentale gezondheid van ouderen, denken veel mensen negatief. Daarentegen wijzen de feiten uit dat de overgrote groep oudere medewerkers, zeker tot de leeftijd van 65 à 70 jaar, goed lichamelijk en geestelijk gezond is en het werk goed aankan. Het is dus een klein percentage oudere werknemers dat relatief lang verzuimt, met name lichamelijk niet meer goed gezond is en het werk niet goed meer aankan. Dat drukt vanzelfsprekend de gemiddelde gezondheid van de groep ouderen, en dat werkt vervolgens door in de beeldvorming over vermeende ongezondheid van *alle* ouderen. Met andere woorden, de feiten over een zwakkere gezondheid van *enkele* ouderen bepalen de beelden over *alle* ouderen.

De kloof tussen beelden en feiten houdt dus in dat de mythe wil dat de gezondheid van *alle* oudere werknemers achteruitgaat, terwijl de feiten uitwijzen dat slechts een klein percentage ouderen in de leeftijd tot 70 jaar met name fysiek achteruitgaat. Niet voor iedereen neemt de lichamelijke gezondheid af en evenmin voor iedereen even sterk.

Bovendien is het verband tussen leeftijd en gezondheid zwak, en spelen andere factoren een grotere rol. Zo zijn leefstijl, functieduur en type beroep belangrijker ter verklaring van gezondheid en verzuim. Ouderen verzuimen inderdaad doorgaans langer, maar wel minder vaak dan jongeren. Sommige fysieke beroepen kunnen ouderen minder goed aan, zoals stratenmaker en brandwacht, maar voor de meeste beroepen is een achteruitgang in lichamelijke gezondheid niet erg. Ook de beelden over mentale gezondheid vereisen nuancering. Gemiddeld gaan cognitieve functies achteruit, maar dat geldt niet voor iedereen even sterk en hangt bovendien af van bijvoorbeeld mentale stimulatie.

De conclusie is dat de beelden over oudere werknemers te ongenueanceerd zijn om oordelen over inzetbaarheid van ouderen op te baseren. *Leeftijd alleen is een nietszeggend criterium voor inzetbaarheid.* Ouderen vormen een zeer heterogene groep waarbinnen de spreiding in

lichamelijke en mentale gezondheid zo groot is dat leeftijd nauwelijks voorspellende waarde heeft voor inzetbaarheid. Werknemers verdienen een individuele benadering, waarin ze op hun unieke capaciteiten worden beoordeeld en afgerekend, in plaats van op leeftijd alleen. Maar omdat er nu eenmaal wel degelijk correlaties bestaan tussen leeftijd en verminderde gezondheid, loert het gevaar van statistische discriminatie. Dit houdt in dat een bepaalde groep medewerkers (in dit geval ouderen) wordt gediscrimineerd op basis van hun groepskenmerken, die op zich weinig te maken hebben met gewenste competenties (Baron & Kreps, 1999). Met andere woorden: omdat ouderen wat meer kans lopen op langdurige uitval, durven werkgevers het risico niet aan om in hen te investeren, bijvoorbeeld door hen dure opleidingen aan te bieden (Muffels, 2001; Schippers, 2001). Rationeel-economisch is deze keuze van werknemers nog te verdedigen ook, omdat werkgevers nu eenmaal de kans op uitval willen minimaliseren. Toch is en blijft leeftijd een te kortzichtige grond om beoordelings- en investeringsbeslissingen op te baseren, aangezien andere factoren iemands inzetbaarheid zoveel beter voorspellen.

5 Maatregelen ter bevordering van gezondheid en inzetbaarheid van ouderen

Het voorgaande liet zien dat de lichamelijke en mentale gezondheid bij oplopende leeftijd achteruitgaan bij een beperkte groep ouderen, maar dat de meerderheid tot op hoge leeftijd goed gezond blijft en zijn of haar werk uitstekend kan blijven uitoefenen. Maar mede omdat de gemiddelde gezondheid van ouderen ‘gedrukt’ wordt door die beperkte groep die wel degelijk achteruit gaat, houdt stereotype beeldvorming over ouderen hardnekkig stand.

Gegeven de geconstateerde beelden, feiten en kloof daartussen, welke maatregelen kunnen zoal genomen worden, opdat ouderen gezond en duurzaam inzetbaar zijn en blijven? Deze maatregelen willen we vertalen vanuit een ‘visie’ op inzetbaarheid van ouderen zoals die uit onze bevindingen naar voren komt. Deze ‘visie’ luidt dat het belangrijk is om oudere werknemers te benaderen als *individuele werknemers* die allen over specifieke kennis, vaardigheden, fysieke en mentale gezondheid beschikken. Zo’n individuele benadering is met name bij ouderen des te belangrijker, omdat de feiten uitwijzen dat met name de *spreiding* in gezondheid en inzetbaarheid sterk toeneemt met de leeftijd. Het geeft daarom geen pas om oudere werknemers als lid van de groep *ouderen* te benaderen, omdat dit lidmaatschap vrijwel niets zegt over hun gezondheid en inzetbaarheid. Op basis van de feiten pleiten we ervoor dat werknemers op hun eigen specifieke inzetbaarheid en groei-mogelijkheden worden beoordeeld in plaats van op hun kalenderleeftijd. Dit vereist een intensief beoordelingsproces omdat inzetbaarheid en groei-mogelijkheden niet af te lezen zijn aan een geboortedatum. Afhankelijk van de specifieke levensfase waarin iemand zich bevindt kunnen (loop)baanwensen in overeenstemming worden gebracht met de behoeften en mogelijkheden die mensen zowel op het werk als privé hebben. Om een voorbeeld te geven: een fitte, gezond-levende medewerker van 55 jaar die onlangs vader is geworden maar het in zijn administratieve baan allemaal al eens ‘gezien’ heeft, heeft heel andere (loop)baanwensen dan zijn kinderloze collega van 55 die vanuit een fysiek overbelastende functie via een interne opleiding in een vergelijkbare baan is ingestroomd.

De visie dat oudere (en eigenlijk alle) werknemers een individuele benadering afgestemd op hun levensfase verdienen resulteert in een tweesporenbeleid waarlangs op maatschappelijk, organisatie- en

individueel niveau maatregelen genomen kunnen worden. Het *eerste* spoor omvat alle maatregelen die de beeldvorming over vermeende ongezondheid van alle ouderen bestrijden. Het *tweede* spoor omvat maatregelen die de feiten over ouderen gebruikt om ouderen langer gezond en inzetbaar aan het werk te houden. Daarbij gaat het enerzijds om *curatieve* maatregelen voor de relatief kleine groep ouderen voor wie het werk aangepast moet worden aan hun toegenomen lichamelijke en mentale beperkingen. Anderszijds betreft het *preventieve* maatregelen voor de grote groep gezonde ouderen wiens inzetbaarheid op peil gehouden of zelfs verder ontwikkeld kan worden.

Hieronder bespreken we maatregelen die voortvloeien uit onze visie op gezondheid en inzetbaarheid van ouderen. Maatregelen die daar *niet* in passen laten we opzettelijk buiten beschouwing, omdat we hiervan niet of nauwelijks effecten verwachten, gezien de vastgestelde beelden en feiten over ouderen. Zo past een (CAO-)maatregel over generieke leeftijdsgrenzen voor bepaalde fysiek belastende beroepsgroepen (denk aan ambulancepersoneel) uitdrukkelijk niet binnen onze visie, omdat zulke grenzen gemakzuchtig de kalenderleeftijd als uitgangspunt nemen, en eraan voorbijgaan dat sommige medewerkers al op hun 45^{ste} niet meer in staat zijn tot fysiek zwaar werk, terwijl anderen dit liefst tot aan hun pensioen willen én kunnen doen.

We bespreken achtereenvolgens maatregelen op maatschappelijk niveau, op organisatieniveau en op individueel niveau. Op elk niveau komt zowel het eerste spoor van maatregelen aan bod (d.w.z. beeldvorming bestrijden) als het tweede spoor (d.w.z. curatieve werkaanpassingen enerzijds en preventieve gezondheidsmaatregelen anderzijds).

5.1 Maatregelen op maatschappelijk niveau

5.1.1 Beeldvorming bestrijden op maatschappelijk niveau

Overheid en media dienen alles op alles te zetten om het beeld dat *alle* werknemers met de leeftijd achteruitgaan in gezondheid en inzetbaarheid te bestrijden. Idealiter ontstaat een breed gedeelde opvatting dat de overgrote meerderheid van de mensen tot op hoge leeftijd fit blijft en zich daarom graag blijft inspannen om bij te dragen aan maatschappij en organisaties. Die opvattingen kunnen als volgt gepromoot worden:

- Er kunnen overheidscampagnes opzet worden om een ieder ervan te overtuigen dat de meeste oudere werknemers goed gezond zijn en weinig inzetbaarheidsbeperkingen hebben. Belangrijk daarbij is dat overheidscampagnes niet de nadruk leggen op de economische

noodzaak maar zich juist meer richten op het maatschappelijke belang voor de oudere medewerker zelf. Daarbij kan handig gebruik gemaakt worden van het materiaal en de activiteiten die het LBL, expertisecentrum voor leeftijd en maatschappij, heeft ontwikkeld ter bestrijding van stereotype beeldvorming over leeftijd (www.leeftijd.nl). Zo kan het ‘Handboek beeldvorming en leeftijd’ gebruikt worden om studenten van HBO-opleidingen kennis aan te reiken over beeldvorming en hen te motiveren stereotype beelden over jong en oud bij zichzelf en anderen te nuanceren. Evenzo kan de LBL-video ‘Leeftijd anders gezien’ gebruikt worden om werkgevers te overtuigen van de irrelevantie en willekeur van het stellen van leeftijdsriteria bij werving en selectie en andere personeelsbeslissingen;

- De overheid kan een voorbeeldfunctie vervullen als goede werkgever voor ouderen. Dat betekent onder andere dat de overheid meer oudere medewerkers aanneemt en ondersteuning biedt aan zwakkere doelgroepen. Ook kan het betekenen dat overheidsinstanties bij onverhoopte personeelsreducties uitdrukkelijk *niet* besluiten om hoofdzakelijk 55-plussers te ontslaan.

5.1.2 *Werkaanpassingen op maatschappelijk niveau*

Op maatschappelijk niveau kan gestimuleerd worden dat de kleine groep oudere werknemers die kampt met fysieke en/of mentale inzetbaarheidsbeperkingen, aanspraak kan maken op werkaanpassingen. Uitdrukkelijk dient de overheid tegen te gaan dat werkaanpassingen ‘standaard’ vanaf een bepaalde kalenderleeftijd van kracht worden, omdat dit indruist tegen de benodigde individuele benadering van werknemers.

De overheid kan stimuleren dat sociale partners levensloopregelingen treffen en flexibele werktijden en contracten mogelijk maken voor hen die dat willen. Daarnaast kunnen de sociale partners afspraken maken over hoe en wanneer werkaanpassingen nodig zijn. In veel CAO's zijn weliswaar ontzietmaatregelen voor oudere werknemers opgenomen (Willemsen & De Vries, 2002), maar het nadeel daarvan is dat ze ouderen juist als ‘verminderd inzetbare categorie’ stigmatiseren. Concrete voorbeelden van CAO-maatregelen voor werkaanpassingen zijn (Willemsen & De Vries, 2002):

- Aanpassen van werktijden voor medewerkers die dat wensen. Veel CAO's bieden mogelijkheden voor korter werken met behoud van (het grootste deel van) het loon;

- Beperken of afzien van overwerk, avond- en nachtarbeid en ploegendienst voor ouderen;
- Regelingen rond vaste werktijden en –dagen voor ouderen; de uitzendorganisaties kennen ook een regeling voor ouderen rond pauzes en rusttijden;
- Regelingen voor extra vakantiedagen voor ouderen, met behoud van (het grootste deel van) het loon;
- De belasting van functies aanpassen;
- Inzet van ouderen bij mentortaken. In de CAO van het Bankwezen is tevens aangegeven dat ouderen kunnen worden ingezet bij het realiseren van organisatiewijzigingen. In de CAO van de taxibranche is vastgelegd dat ouderen worden vrijgesteld van zware fysieke arbeid;
- Het recht op periodieke functioneringsgesprekken voor iedereen, ongeacht leeftijd;
- Periodiek medisch onderzoek. Bijvoorbeeld in de Baggerbranche is afgesproken dat werknemers vanaf 45 jaar elke 2 jaar een medische keuring mogen laten uitvoeren. Vanaf 50 jaar zelfs elk jaar.

Kritiekpunt op de meeste van bovengenoemde ontziemaatregelen in CAO's is dat ze veelal een leeftijdscriterium hanteren. Vanuit onze visie op ouderen zou het beter zijn om ze niet te laten gelden vanaf een bepaalde kalenderleeftijd, maar vanaf een bepaalde functieduur of afhankelijk van iemands functionele leeftijd zoals vastgesteld met een betrouwbare index (vergelijk de *workability index* van het Finse programma, waarover verderop meer). Dit sluit aan bij de adviezen die Lokhorst aan sociale partners geeft over CAO's voor alle leeftijden (Lokhorst, in voorbereiding). Volgens Lokhorst dienen CAO's leeftijdneutraal te zijn omdat leeftijdsgrenzen zoals die momenteel in veel CAO's bestaan, stigmatiserend werken en creativiteit in het vinden van oplossingen voor inzetbaarheids- en gezondheidsproblemen belemmeren. CAO's dienen niet zozeer aandacht te hebben voor leeftijd van werknemers, als wel voor het feit dat werknemers in de loop van hun leven veranderen, inclusief hun competenties, loopbaanwensen, gezondheid en privé-verplichtingen. Maar de precieze leeftijd waarop veranderingen plaatsvinden varieert sterk tussen individuen. Tot slot zou het de inzetbaarheid en gezondheid van ouderen ten goede komen, aldus Lokhorst, als er in CAO's meer samenhang wordt aangebracht tussen employabilitybeleid en arbobeleid, omdat inzetbaarheid en gezondheid sterk in elkaars verlengde liggen.

5.1.3 *Preventieve gezondheidsmaatregelen op maatschappelijk niveau*

De overheid kan veel bijdragen aan preventief beleid ter voorkoming van lichamelijke en mentale beperkingen en ter bevordering van gezondheid

en inzetbaarheid van ouderen. Concreet kan de overheid het volgende doen:

- Via overheids campagnes kan de overheid goede voorlichting geven over een gezonde leefstijl, voorkoming van hartziekten en kanker, goede voeding, et cetera. Zo heeft de Stichting Voedingscentrum Nederland, gefinancierd door de overheid, ondermeer tot taak om gezond eetgedrag te bevorderen met projecten en campagnes, met als doel: concrete gezondheidswinst voor iedereen, dus ook voor ouderen;
- De overheid kan langer doorwerken én mobiliteit fiscaal, financieel en door middel van wetgeving stimuleren. Hierbij valt te denken aan versoering van uitredings- en pensioenregelingen, het stimuleren en subsidiëren van instrument- en methodiekontwikkeling ter bevordering van mobiliteit, en meer mogelijkheden scheppen voor flexibilisering van arbeidsrelaties. Ook kan de overheid ‘transitionele’ arrangementen (financieel) stimuleren. Zulke arrangementen houden in dat mensen gemakkelijker een overstap kunnen maken van bijvoorbeeld school naar werk, werkloosheid naar werk, arbeid naar zorg en vice versa, en van werk naar uitreding en – wie weet – vice versa. Zulke transitionele arrangementen kunnen concreet bestaan uit opleidingen, zorgverlof en regelingen omtrent flexibele werktijden, flexibele en/of geleidelijke pensionering (Muffels, 2001). Samengevat komt dit erop neer dat de overheid investeert in *levensloopregelingen*;
- Via subsidies kan de overheid werkgevers tegemoet komen in opleidingskosten van ouderen. Zo kan de overheid het risico op verminderde productiviteit terugdringen en bevorderen dat werkgevers meer risico durven te nemen om in ouderen te investeren. Een andere manier waarop een werkgever gestimuleerd wordt ouderen in dienst te nemen is via ‘contract compliance’. Dit houdt in dat een bepaald bedrijf in aanmerking komt voor overheidsopdrachten afhankelijk van een bepaald percentage ouderen dat in dienst is (Schippers, 2001);
- Net als bij werkaanpassingen voor ouderen kunnen sociale partners ook op het gebied van gezondheidsbevordering voor ouderen gestimuleerd worden door de overheid om maatregelen hierover in de CAO op te nemen. De sociale partners kunnen ook bij organisaties meer aandringen op gezondheids- en inzetbaarheidsbevordering van ouderen, bijvoorbeeld door integraal gezondheidsmanagement aan te bevelen. Wat integraal gezondheidsmanagement inhoudt, bespreken we verderop, in paragraaf 5.2.3. Voorts kan de overheid aandringen op CAO-afspraken over mogelijkheden om na de pensioengerechtigde leeftijd van 65 jaar door te werken, iets wat nu slechts mondjesmaat gebeurt (Geleijnse, 2000). Van de individuele organisaties in Nederland beschikt slechts 13 procent over maatregelen om te

bevorderen dat werknemers tot hun 65^e (gezond) blijven werken (Remery et al., 2001). Een wat hoger percentage (37%) geeft aan bewust rekening te houden met de mogelijkheden en behoeften van oudere werknemers (Kooimans & Sanders, 2001).

5.1.4 *Effectiviteit van maatregelen op maatschappelijk niveau*

In Nederland zijn geen organisatie-overstijgende effectstudies bekend naar maatregelen op maatschappelijk niveau. In Finland is dat wel gedaan in het FinnAge programma. Ilmarinen en Louhevaara (1999) beschrijven verschillende projecten en hun bevindingen. Zo werden in het onderwijs interventies gedaan ter verbetering van gezondheid en inzetbaarheid van (oudere) medewerkers, die bestonden uit zowel een werkontwikkelingsprogramma (met een psycholoog regelmatig groepsbesprekingen houden ter verbetering van de werkinhoud) en een lichamelijke activiteitenprogramma (wekelijkse training en dagelijkse wandelingen van 3 kilometer). Het bleek dat deze combinatie van interventies de gezondheid en het welzijn van de medewerkers in een periode van zeven maanden verbeterde.

Een ander evaluatie-onderzoek toonde aan dat de behandeling van lage rugpijn bij werknemers in de zorg gefocust moet zijn op de voortzetting van gewone dagelijkse activiteiten; korte bedrust en het voorschrijven van oefeningen kunnen juist ongewenste effecten hebben. Mensen zijn het snelst hersteld als ze bedrust vermijden en als ze gewone activiteiten uitvoeren die hun rugpijn nog net toelaten.

Weer een ander onderzoek toonde aan dat werkplekergonomie en lichamelijke training bij blauwe beroepen haalbaar, weinig kostbaar en effectief is. En tenslotte toonde het FinnAge programma aan wat belangrijke voorwaarden zijn voor succesvolle ergonomische en lichamelijke-trainingsprogramma's op het werk, te weten:

- Betrokkenheid van managers op alle niveaus;
- Betrokkenheid van alle werknemers;
- Ondersteuning door arbodiensten;
- Gedeeltelijke of gehele implementatie tijdens werkuren in plaats van in de vrije tijd;
- Maatwerk-interventies;
- Professionele instructie en begeleiding;
- Snelle feedback en verbetering;
- Continu bekrachtigen van ieders motivatie om mee te werken;
- Vertrouwelijke individuele resultaten;
- Deelname op basis van vrijwilligheid.

Voor een verdere beschrijving van de resultaten van het FinnAge Programma bevelen we het boek van Ilmarinen en Louhevaara (1999) aan.

Bij de arboconvenanten in Nederland, waarin sociale partners afspraken maken over verbetering van arbeidsomstandigheden en verzuimpreventie, is het gebruikelijk om de effecten ervan te monitoren aan de hand van nulmetingen en metingen na interventies. Iets dergelijks wordt op beperkte schaal gedaan in het Programma Verzuim Omlaag in de welzijnssector. Dit programma maakt deel uit van het in 2000 gesloten arbeidsmarktconvenant dat tot doel heeft om de arbeidsmarkt binnen de welzijnssector beter te laten functioneren (meer mobiliteit, minder personeelstekorten, ziekteverzuim en WAO-instroom). De verzuimmaatregelen binnen het Programma Verzuim Omlaag zijn gericht op het totale werknemersbestand, maar ouderen kunnen daar automatisch van meeprofiteren. Op dit moment is echter nog onduidelijk welke maatregelen ter bestrijding van verzuim effectief blijken, omdat de uitkomsten van de effectstudies nog niet bekend zijn.

5.2 Maatregelen op organisatieniveau

5.2.1 Beeldvorming bestrijden op organisatieniveau

Vele maatregelen zijn mogelijk om stereotype beelden over ouderen in organisaties te bestrijden, veel meer dan momenteel gebeurt, aldus De Vries. Zo kunnen bijvoorbeeld mensen op beslissende posities speciale aandacht vragen voor de gezondheid en inzetbaarheid van ouderen en de negatieve beeldvorming omtrent ouderen meer bespreekbaar maken. Of ouderen ‘vanzelfsprekend’ laten optreden in voorbeeldverhalen in personeelsbladen zodat het gewoon wordt om ouderen aan het werk te zien, ook in functies die in de beeldvorming ‘gereserveerd’ worden voor jongeren. Een andere maatregel is dat management en leidinggevenden een training leeftijdsbewust personeelsbeleid volgen waarin zij leren de beelden en stereotypen die binnen de organisatie leven te neutraliseren (Snel et al., 1994).

Organisaties kunnen zich in de keuze van maatregelen ter bestrijding van stereotype beelden over ouderen laten inspireren door (of gebruik maken van) het materiaal dat het LBL hierover heeft ontwikkeld (www.leeftijd.nl). Zo heeft het LBL een brochure speciaal voor midden- en kleinbedrijven geschreven waarin de bestaande beeldvorming rond oudere werknemers wordt ontkracht en waarin praktische en financiële handreikingen worden gedaan om de capaciteiten van oudere

werknemers beter te benutten. Ook de eerder genoemde video ‘Anders gezien’ van het LBL zou op themadagen in bedrijven gebruikt kunnen worden om management en personeel kritisch te laten reflecteren op eigen beelden en beelden van collega’s over oudere werknemers.

5.2.2 *Werkaanpassingen op organisatieniveau*

Er zijn velerlei maatregelen om werk aan te passen aan lichamelijke beperkingen van sommige ouderen, zoals:

- Functieroulatie; bij sommige functies kan vastgelegd worden dat werknemers deze niet langer dan een bepaald aantal jaren mogen uitoefenen, zoals Siemens heeft gedaan (zie ook paragraaf 5.4.1). Bij functieroulatie kan ook gedacht worden aan een rotatiesysteem met verspreiding van lichte en zware taken over een dag (Snel et al., 1994);
- Voor sommige fysiek zware functies kunnen grenzen op grond van functionele leeftijd ingevoerd worden. Om te waken voor automatisme die een individuele benadering van werknemers belemmert, zijn kalenderleeftijdsgrenzen niet geschikt. Werknemers die geen inzetbaarheidsbeperkingen hebben en die graag ondanks hun kalenderleeftijd een fysiek zware functie willen blijven uitoefenen, moeten daartoe ook de mogelijkheid hebben;
- Ergonomische aanpassingen aan werkplekken. Op verzoek van medewerkers kunnen werkplekken aangepast worden aan individuele wensen en beperkingen van (oudere) werknemers. Dit is overigens al een wettelijke vereiste, vastgelegd in de Arbeidsomstandighedenwet;
- Werknemers die met slaapproblemen kampen, zouden vrijgesteld kunnen worden van ploegdienst en onregelmatige diensten, of op zijn minst meer keuzemogelijkheden in hun rooster moeten hebben. Ook hier geldt weer: niet op basis van leeftijdsgrenzen, maar op basis van vastgestelde slaapproblemen kunnen werknemers aanspraak maken op vrijstelling van ploegdienst en onregelmatige diensten;
- Werkgevers kunnen ouderen die daartoe de behoefte voelen de mogelijkheid bieden om minder uren te werken en/of halverwege de week ruimte bieden om te herstellen (De Zwart, 2003);
- Werkgevers kunnen medewerkers aanbieden om zichzelf regelmatig medisch te laten controleren, zonder dat dit hen geld kost (Snel et al., 1994);
- In sommige functies kan het nuttig zijn om koppels of teams te vormen van ouderen en jongeren, denk aan werknemers die vloerbedekkingen leggen. Zulk werk omvat zowel fysiek zware activiteiten als activiteiten die jarenlange ervaring vereisen. De fysiek zware activiteiten kunnen dan door de jongere uitgevoerd worden, terwijl de activiteiten die ervaring vereisen door de oudere uitgevoerd kunnen

worden. Zo wordt bewust gestuurd op leeftijdsdiversiteit: Er wordt gebruik gemaakt van de sterke punten van jong en oud en gecompenseerd voor de zwakke punten van beide. Vanuit onze visie van individuele benadering zou het nog beter zijn om niet zozeer koppels te vormen van jong en oud, maar meer van ervaren en fysiek-sterk. Zo worden medewerkers niet op basis van hun leeftijd toegewezen aan koppels, maar op basis van hun specifieke, voor de functie benodigde competenties.

Willen managers daadwerkelijk aan de slag gaan met bovengenoemde werkaanpassingen, dan is het noodzakelijk dat zij meer oog krijgen voor de relatie tussen taakeisen en beperkingen van medewerkers en een begripvolle grondhouding hebben voor de geringere lichamelijke belastbaarheid van sommige (oudere) werknemers (Kerkhoff, 1991). Belangrijke randvoorwaarden daarbij zijn dat:

- Het topmanagement binnen de organisatie de inzetbaarheid en gezondheid van ouderen als belangrijk aandachtspunt uitdraagt;
- Aandacht voor de relatie tussen taakeisen en inzetbaarheidsbeperkingen van medewerkers een prominenter onderdeel wordt van managementopleidingen.

De Zwart vertelt in een interview dat de effectiviteit van werkplekaanpassingen wordt vergroot als vroegtijdig rekening wordt gehouden met toenemende beperkingen tijdens de levensloop van sommige ouderen. Signaleringsystemen voor zowel lichamelijke als mentale gezondheidsproblemen zijn daarbij van groot belang. Onderdelen van zo'n systeem kunnen zijn: PAGO's en exit-interviews. Het kan ook een kwestie van goede informele signalering door leidinggevenden zijn ('zit je nog lekker in je vel?') of zelfs door collega's onderling (sociale steun). Goede signalering betekent dat leidinggevenden en werknemers op tijd in de gaten krijgen dat het werk van (oudere) werknemers niet meer goed past bij wat zij zelf in lichamelijk of mentaal opzicht (nog) kunnen en willen. Door eventuele onbalans tussen persoon en werk tijdig te signaleren wordt het mogelijk dat leidinggevenden en werknemers gezamenlijk oplossingen zoeken om werk of werkomstandigheden zodanig aan te passen, dat er wel weer balans ontstaat (Nauta & Van Sloten, 2004).

Een ander voorbeeld van een signaleringsstelsel voor knelpunten in het gehele personeelsbestand is een personeelsplanningsinstrument van de OSA te Tilburg. Hiermee kunnen organisaties een personeelsprognose uitvoeren en zo feitelijke knelpunten in de personeelsplanning blootleggen. Het bedoelde instrument is afgestemd op de zorg en geeft

informatie over vier branches en twintig verschillende functies. Via het instrument leert een organisatie of er op korte termijn feitelijke problemen ontstaan omtrent functie-vervulling (Quispel, 2003).

5.2.3 *Gezondheidsbevordering op organisatieniveau*

Op organisatieniveau kunnen talrijke maatregelen worden genomen om de gezondheid van (oudere) medewerkers te bevorderen. Belangrijk algemeen uitgangspunt is daarbij dat de werkgever continu voeling houdt met de verhouding belasting-belastbaarheid van medewerkers. Het samenspel tussen de leidinggevende en de medewerker speelt daarin een cruciale rol (zie ook Nauta & Van Sloten, 2004). Leidinggevendenden dienen periodiek na te gaan of werk en werknemer nog bij elkaar passen, of dat er vanwege toegenomen lichamelijke of mentale beperkingen aanpassingen nodig zijn in het werk. Voorts kan de expertise van medewerkers die al lange tijd dezelfde (fysieke) functie uitoefenen benut worden om de werkmethoden verder te optimaliseren. Door ouderen meer van dergelijke functie-ontwikkelingstaken te geven worden ze fysiek minder belast, wordt optimaal gebruik gemaakt van hun expertise, wat tevens hun motivatie en daarmee hun psychische gezondheid ten goede kan komen.

Maatregelen maken idealiter deel uit van een allesomvattend beleid ter bevordering van gezondheid, dat Integraal Gezondheids Management (IGM) genoemd wordt (Zwetsloot, 2003). IGM houdt in dat een organisatie systematisch de impact van de bedrijfsactiviteiten op de volksgezondheid (inclusief de gezondheid van de medewerkers) managed met als doel de gezondheid van de medewerkers te bevorderen. Een aantal belangrijke uitgangspunten van IGM zijn:

- Gezonde medewerkers als kernwaarde voor de organisatie;
- Verantwoordelijkheden verankerd in de lijn van de organisatie;
- Een bedrijfscultuur waarin aandacht voor gezondheid wordt beloond;
- Focus op het vergroten van het menselijk kapitaal, en het gezond en duurzaam inzetbaar houden van personeel.

Belangrijk is dat bij IGM de aandacht verschuift van fixatie op ongewenste output (zoals verzuim) naar de gezondheid van de organisatie en haar medewerkers. Dat betekent dat de aandacht niet uitgaat naar het verhogen van de verzuimdrempel maar vooral prikkels bevat om betermeldingen te bespoedigen of de werksituatie en de capaciteiten van de medewerkers aan elkaar aan te passen. Feitelijk is IGM vergelijkbaar met leeftijdsbewust of leeftijdsonafhankelijk personeelsbeleid: gedurende de hele levensloop is er aandacht voor optimale inzetbaarheid van alle medewerkers (dus niet alleen de

probleemgevallen en ook niet alleen de ouderen); daar vaart ook hun gezondheid wel bij.

Behalve deze maatregelen in algemene zin zijn er tal van specifieke gezondheidsbevorderende maatregelen denkbaar zoals:

- (Bedrijfs)opleidingen. Deze moeten goed aansluiten op de behoeften van ouderen. Veel ouderen hebben voorkeur voor seminars, congressen en korte mondelinge cursussen die praktisch toepasbare kennis opleveren. Langdurige theoretische opleidingen zijn aan veel ouderen minder goed besteed. Verder is het van belang dat de opleidingen aansluiten bij het dagelijkse werk, de aanwezige kennis en praktische leerstrategieën (bij voorkeur ‘training on the job’);
- Oudere medewerkers moeten tijdig geïnformeerd en geconsulteerd worden bij de implementatie van (technologische) veranderingen (Snel et al., 1994). Niet alleen kan hierdoor gebruik worden gemaakt van hun expertise, maar ook verkleint het de kans op weerstand tegen verandering;
- Organisaties kunnen hun functies zodanig ontwerpen en inrichten, dat ‘continu leren’ bevorderd wordt. Zo raken medewerkers er al op jonge leeftijd aan gewend dat functies voortdurend veranderen, waardoor zij hier ook op oudere leeftijd minder moeite mee hebben (Snel et al., 1994). Dit is verwant aan het creëren van een goede kwaliteit van de arbeid. Taken zijn idealiter breed (omvangrijk en gevarieerd takenpakket) en rijk (veel autonomie en eigen verantwoordelijkheid). Dit bevordert intrinsieke motivatie en daarmee psychische gezondheid. Bovendien voorkomt dergelijk werk eenzijdige fysieke belasting, zodat tevens de lichamelijke gezondheid gediend is bij een hoge kwaliteit van de arbeid (Cox-Woudstra & Nauta, 2003). Een andere vorm van afwisseling bieden in het werk is het inzetten van (oudere) werknemers in projecten die een beperkte tijdsduur hebben;
- Organisaties kunnen verder kijken dan hun eigen bedrijfsgrenzen door in gezamenlijke arbeidsmarktprojecten diensten vorm te geven als outplacement en uitwisseling van werknemers tussen organisaties (detachering). Zo krijgt mobiliteit en taakvariatie vorm op het brede niveau van de arbeidsmarkt in plaats van de organisatie alleen (Snel et al., 1994). Deze aanbeveling verdient met name aandacht in het midden- en kleinbedrijf, aangezien kleine organisaties vaak weinig mogelijkheden hebben voor interne mobiliteit;
- Ouderen die dat willen kunnen de mogelijkheid krijgen om te werken op basis van uurcontracten en flexibele arbeidsuren met flexibele werktijden (Snel et al., 1994; Willemsen et al., 2002). Dit biedt hen de mogelijkheid om te werken op tijden die passen bij hun voorkeurs-

tijden, hun mogelijk grotere herstelbehoefte, of bij hun wensen om arbeid en privétaken te combineren, bijvoorbeeld de zorg voor een zieke partner;

- Voor medewerkers van alle leeftijden geldt dat het belangrijk is om hen werk te laten doen dat ze leuk vinden en goed kunnen. Dit is niet hetzelfde als een goede kwaliteit van de arbeid, want dat betreft objectieve kenmerken van het werk. Leuk werk is per definitie maatwerk, want wat de één leuk vindt, is voor de ander een gruwel. Daarom zijn functionerings- en loopbaanontwikkelingsgesprekken van cruciaal belang, zodat medewerkers hun loopbaan- en functie-wensen kenbaar kunnen maken en een functie kunnen vervullen die past bij hun wensen en mogelijkheden. Dit bevordert namelijk de psychische gezondheid (Snel et al., 1994; Maassen van den Brink et al., 2001);
- Leidinggevenden en P&O-ers kunnen getraind worden om een beter begrip te krijgen in vermeende en feitelijke verbanden tussen leeftijd, functieduur, gezondheid en inzetbaarheid (Snel et al., 1994);
- Werkgevers kunnen oudere medewerkers die dat wensen de mogelijkheid tot een ‘sabbatical leave’ geven voordat deze medewerkers definitief besluiten de organisatie te verlaten (Snel et al., 1994). Zo kunnen ze proeven hoe het is om niet meer te werken en kunnen eventuele spijtoptanten terugkeren in de organisatie;
- Organisaties kunnen subsidies aan hun werknemers geven voor sportclubs en fitness, of zelfs tijdens het werk lichamelijke activiteit mogelijk maken. Werknemers kunnen gestimuleerd worden om te ‘lunchwandelen’, idealiter 2,5 km per dag, want dit voldoet aan de Norm Gezond Bewegen;
- Werknemers kunnen voorgelicht worden over de inrichting van een optimale werkplek, maar ook over hun zithouding. Een goede zithouding kan rugklachten en RSI voorkomen.

Ondanks de talrijke mogelijke maatregelen neemt nog slechts een minderheid van de Nederlandse organisaties concrete maatregelen die zijn gericht op de gezondheidsbevordering van (oudere) medewerkers (Kooimans & Sanders, 2001). Ook is het probleembesef bij werkgevers nog laag (Remery et al., 2001; Roekel-Kolkhuis Tanke, 2001). Wel komt er geleidelijk meer aandacht voor leeftijdsbewust personeelsbeleid, ook al is het in de praktijk nog vaak papieren beleid. Leeftijdsbewust personeelsbeleid houdt rekening met de specifieke kenmerken van werknemers van verschillende leeftijden. Het gaat uit van de unieke capaciteiten, wensen en behoeften van alle individuele medewerkers. Functioneringsgesprekken vormen de basis van leeftijdsbewust personeelsbeleid omdat ze inzicht geven in mogelijkheden en wensen en

omdat ze signalen opleveren voor verminderde inzetbaarheid zodat arbeidsbelasting tijdig aangepakt kan worden (Thunissen 2001, in Dorhout et al. 2002).

Een leeftijdsbewust personeelsbeleid kenmerkt zich door permanente aandacht voor loopbaanontwikkeling en kan de volgende maatregelen bevatten (Dresens in Winnubst en Schabracq, 1995):

- Systematisch inzicht verkrijgen in de oorzaken van verloop, verzuim en psychosociale aspecten van belasting in het werkproces;
- Loopbaanbegeleiding en gerichte opleidingen bieden aan medewerkers die daaraan behoefte hebben;
- Afschaffen van te eenzijdige en monotone functies; daarnaast is het soms mogelijk autonome taakgroepen te formeren en werknemers gedeeltelijk (op grond van hun sterke punten) in te zetten bij begeleiding en instructie van onervaren personeel of bij speciale projecten;
- Stimuleren van branche-gerichte loopbaanperspectieven en het regelen van her-, om- en bijscholingsprojecten voor functies die op den duur te belastend zijn en tot uitval kunnen leiden; het stimuleren van een eigen verantwoordelijkheid hierin bij werknemers;
- Meer samenwerkingsverbanden tussen medewerkers van verschillende leeftijdsgroepen;
- Mobiliteitsprogramma opstellen zodat medewerkers ook mogelijkheden hebben om in andere functies en locaties te werken;
- Gezamenlijk met andere werkgevers een pool van ouderen inrichten om zo functieveranderingen voor hen beter mogelijk te maken;
- De vrees voor last-in-first-out principes wegnemen. Dit principe maakt dat ouderen angstig zijn om op oudere leeftijd een overstap te maken, omdat ze dan bij onverhoopt ontslag moeilijk opnieuw aan de slag komen. Bij universiteiten heeft men deze vrees bestreden: medewerkers hebben het recht om binnen één à twee jaar terug te keren naar hun oude functie als ze buiten de universiteit een baan hebben gevonden.

Bovenstaand is beschreven welke maatregelen een organisatie kan nemen om de gezondheid van een medewerker te bevorderen. Wat echter belemmerend kan werken op de implementatie van gezondheidsbevorderende maatregelen is dat de relatie leidinggevende-medewerker gemiddeld slechts vier jaar duurt. Deze relatief korte tijd leidt tot 'instrumenteel leiderschap' met hoofdzakelijk kortetermijndoelstellingen. Dat is jammer, omdat de effecten van gezondheidsbevorderende maatregelen vaak pas op lange termijn zichtbaar zijn. Het is daarom van belang dat de naast hogere leidinggevende de direct

leidinggevende meer afrekent en aanstuurt op langetermijndoelstellingen die de ontwikkeling en de loopbaan van de medewerker betreffen.

Een andere bedreiging voor daadwerkelijke invoering van maatregelen is de economische conjunctuur: zodra het economisch minder gaat, verslapt ten eerste de aandacht voor ouderen en is ten tweede de kans groot dat juist ouderen er bij ontslagrondes uitgaan. Maar dat is het kortetermijndenken. Door juist ouderen te ontslaan, is de kans groot dat organisaties in betere economische tijden moeilijk personeel kunnen krijgen, omdat juist die ouderen moeilijk terug te krijgen zijn, gewend als ze dan inmiddels zijn aan hun ‘pensionering’.

Ook ontbreekt het vaak aan kennis bij P&O-ers, aldus Knook in een interview. Veel P&O-ers realiseren zich dat er een ouderenbeleid moet komen, en dat vergrijzing een probleem gaat worden. Maar zij weten niet goed *hoe* dat beleid eruit moet zien.

Opvattingen over ouderen en gezondheid van Fornoni, balletdanser (50+)

In dit boek beschrijven we vooral hoe wetenschappers en adviseurs aankijken tegen de gezondheid en inzetbaarheid van ouderen. In dit kader schetsen we kort hoe een *ervaringsdeskundige* hiertegen aankijkt.

Raimondo Fornoni is een 50+ balletdanser en ‘profitnessleraar’ bij Catharsis Producties. Als profitnessleraar geeft hij veel les aan ouderen.

Fornoni is van mening dat de splitsing in fysieke en mentale vermogens een kunstmatige is. Hij gaat uit van een ‘gezonde geest in een gezond lichaam’ en wijst op een psychosomatische wisselwerking. Fysieke training bevordert namelijk de gezondheid en motoriek (kracht, lenigheid en coördinatie) en heeft een gunstige invloed op iemands zelfvertrouwen waardoor ook de mentale belastbaarheid groter wordt.

Hij gaat er niet vanuit dat fysieke of mentale vermogens automatisch verminderen bij oplopende leeftijd. De snelheid waarmee dit gebeurt hangt volgens hem vooral af van iemands leefstijl. Essentieel daarbij is dat mensen de discipline hebben regelmatig te investeren in onderhoud en een beroep doen op verschillende lichaamsfuncties. Langdurig een eenzijdige leefstijl hanteren belemmert de ontwikkeling van lichamelijke en mentale vermogens. ‘Je bent wat je doet’, is de bewustwording die hij in de dagelijkse praktijk probeert over te brengen op zijn cursisten.

Fornoni noemt de volgende maatregelen om de beeldvorming omtrent ouderen te veranderen cq. de gezondheid van ouderen te bevorderen:

Op maatschappelijk niveau:

De overheid heeft een belangrijke taak om de heersende beeldvorming over de gezondheid van ouderen te veranderen. De overheid kan een nieuwe norm met betrekking tot leeftijd en gezondheid/ inzetbaarheid uitdragen: ouderen bewuster maken dat ‘Je bent wat je doet’ en meer aansporen hiervoor zelf verantwoordelijkheid te nemen. De overheid kan de mensen meer wijzen op gezondheidsbevorderende recreatie en meer activiteiten stimuleren die aansluiten bij de belevingswereld van ouderen. Ook is het van belang dat de overheid wetenschappelijk laat vaststellen welke vorm van bewegen de beste resultaten oplevert. Het aanbod gezondheidsbevorderende activiteiten wordt namelijk nog teveel door de commercie bepaald.

Op organisatieniveau:

Organisaties moeten de emancipatie van ouderen zoveel mogelijk ondersteunen. Organisaties dragen hieraan bij door de heersende beeldvorming en stigmatisering in de organisatie te veranderen.

Op individueel niveau:

Het is belangrijk dat de oudere medewerker zich niet conformeert aan de heersende beeldvorming dat de gezondheid en inzetbaarheid automatisch afnemen met oplopende leeftijd.

5.2.4 *Effectiviteit van maatregelen op organisatieniveau*

Er zijn nog weinig effectstudies gedaan naar maatregelen op organisatieniveau ter bevordering van de gezondheid en inzetbaarheid van ouderen. Uitzondering hierop is het eerder gemelde FinnAge programma (zie hierboven). Verder is de Cum L’Oude prijs een evaluatie van breed leeftijdsbewust personeelsbeleid van organisaties, met als onderdeel gezondheid (zie paragraaf 5.4.2). En tenslotte heeft TNO Arbeid samen met het VU medisch centrum recentelijk onderzoek gedaan naar de effecten van een bedrijfsbewegingsprogramma op de gezondheid van werknemers (Proper, 2003). Het onderzoek vond plaats onder 299 kantoorwerknemers van de gemeente Enschede. Zij werden willekeurig ingedeeld in een interventiegroep en een controlegroep. Werknemers van de interventiegroep volgden een individu-gericht bewegingsprogramma. Gedurende negen maanden kregen zij zeven individuele consultgesprekken, waarin zij gestimuleerd werden meer te bewegen en gezonder te eten. Er werden meerdere gezondheids- en fitheidstesten afgenomen en vragenlijsten ingevuld. Uit het onderzoek blijkt dat de interventiegroep lichamelijk actiever en fitter is geworden. Hun vetpercentage en cholesterolgehalte daalde meer dan bij de controlegroep. Proper (2003) concludeert dat een individu-gerichte

benadering effectief blijkt om werknemers tot meer bewegen te stimuleren en fitheid en gezondheid te bevorderen.

5.3 Maatregelen op individueel niveau

5.3.1 Beeldvorming bestrijden op individueel niveau

De arbodiensten kunnen een belangrijke rol vervullen ter bestrijding van zogenoemde ‘zelfstereotypering door ouderen’. Zo kan de arbodienst de werknemer meer benaderen met de vraag hoe het staat met lichamelijke en psychische gezondheid en conditie en vervolgens mogelijkheden met betrekking tot het werk bespreken. Vanuit die benadering ontstaan meer mogelijkheden om vooroordelen weg te nemen en met de cliënt het gesprek aan te gaan over loopbaanbeleid en werkaanpassingen (De Zwart, 2003).

5.3.2 Werkaanpassingen op individueel niveau

Werknemers kunnen de fysieke belasting verminderen door hun werkplek optimaal in te richten, door een goede zithouding in te nemen en door regelmatig te bewegen (trappen lopen, regelmatig een glas water halen, et cetera).

5.3.3 Gezondheidsbevordering op individueel niveau

Oudere werknemers zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid (voor zover men daar invloed op heeft) en voor het zoeken naar werk dat bij hen past, zelfs als ze vanwege een zwakke lichamelijke of geestelijke gezondheid beperkt zijn in hun mogelijkheden. De gezondheid en inzetbaarheid verbetert ten gevolge van een combinatie van gezonde voeding en een gezonde leefstijl (De Zwart, 2003). Daarnaast is van belang dat de oudere medewerker een actieve en assertieve houding heeft en zich niet conformeert aan ongunstige stereotypen over ouderen.

Maatregelen die zij zelf kunnen nemen zijn dan ook:

- Eigen verantwoordelijkheid nemen voor loopbaan, opleiding, mobiliteit en in balans houden van werk en eigen wensen-/mogelijkheden. Daarbij past dat ouderen creatief omgaan met middelen zoals het levensloopbeleid, het inzetten van financieringsmiddelen voor scholing en sabbatical leave en de Wet Arbeid & Zorg. Van belang is ook dat ouderen hun thuissituatie betrekken bij het plannen cq. afspraken maken over hun loopbaan;
- Goede copingstijlen kiezen of, als men daarover niet beschikt, ze ontwikkelen, bijvoorbeeld in cursussen persoonlijke effectiviteit of stressmanagement. Medewerkers die bijvoorbeeld voor oplossende

coping kiezen tegenover hun leidinggevende in situaties waarin zij onbalans ervaren tussen hun werk en eigen wensen/mogelijkheden, vinden vaker een nieuwe balans in hun werksituatie en zijn minder vaak ziek (Nauta en Van Sloten, 2004).

De vraag is uiteraard of het realistisch is om te verwachten dat ouderen bovengenoemde maatregelen overnemen. Wat daarin belemmerend kan werken is dat opvattingen en attitudes over werken op hogere leeftijd gevormd zijn in een lange periode van werken en leven. Het huidige cohort 55-65 jarigen heeft werkopvattingen die niet zonder meer rijmen met het moderne tijdsbeeld waarin wisselingen van functie en organisatie 'gewoon' zijn. Het ligt voor de hand dat dit zogenaamde cohorteffect bepalend is voor de instelling, verwachtingen en inzet van werknemers.

5.3.4 *Effectiviteit van maatregelen op individueel niveau*

Individuele maatregelen, zoals het volgen van cursussen ter verbetering van coping, of loopbaanontwikkelingstrajecten, worden doorgaans niet systematisch in onderzoeksprogramma's geëvalueerd. Het is daarom niet op grote schaal bekend of zij werken.

5.4 **Enkele concrete voorbeelden van 'goede praktijken'**

In bovenstaande paragrafen hebben we al vele maatregelen ter bevordering van de inzetbaarheid van oudere werknemers beschreven. Deze illustreren we hieronder aan de hand van enkele concrete voorbeelden. Deze zijn:

- Leeftijdsonafhankelijk personeelsbeleid bij Siemens;
- Gezondheidsbeleid bij enkele genomineerden voor de Cum L'Oude Prijs 2003;
- Goede voorbeelden van doelgroepenbeleid gericht op ouderen;
- Praktijkvoorbeelden van employabilitybeleid;
- Finse Maintenance of Workability methode (MWA).

5.4.1 *Leeftijdsonafhankelijk personeelsbeleid bij Siemens*

Siemens is een voorbeeld van een organisatie die continu voeling houdt met de belasting-belastbaarheid van medewerkers en een goed personeelsbeleid voert (Quispel en Knipscheer, 2003). Belangrijke elementen hiervan zijn dat medewerkers intensief worden begeleid, de horizontale en verticale doorstroom wordt bevorderd en het personeelsbeleid gezien wordt als een strategische factor, waarbij P&O ook vertegenwoordigd is in het managementteam. Verder geldt als succesfactor dat personeelszorg op verschillende niveaus een belangrijk

aandachtspunt is en standaard wordt meegenomen in functionerings-gesprekken.

Siemens hanteert een consistent employabilitybeleid, waarvoor zij in 2002 werd beloond met de LABOR Award voor leeftijdsbewust personeelsbeleid (sindsdien omgedoopt in de Cum L'Oude Prijs). Siemens kreeg de prijs omdat zij juist *geen* apart ouderenbeleid heeft. Want een apart beleid stigmatiseert ouderen. De basisfilosofie van het leeftijds*on*afhankelijk personeelsbeleid van Siemens is dat er *balans in beleid* moet zijn. Dat wil zeggen dat personeelsbeleid niet een losse verzameling themaatjes en deelinstrumentjes op P&O-gebied moet zijn, maar een geïntegreerd geheel. Dat geïntegreerde beleid bestaat uit tien elementen (Vlasblom, 2003), waarvan de drie eerstgenoemde rechtstreeks gericht zijn op gezondheid en inzetbaarheid van *alle* medewerkers.

1. *Job rotation en mobiliteit.* Een essentieel onderdeel van werken bij Siemens is dat medewerkers roteren over banen, zowel de hoger- als de lager-opgeleiden. Want veel gezondheidsproblemen zijn te voorkomen wanneer mensen niet jarenlang dezelfde functie uitoefenen. In 2002 is 14% van de medewerkers van baan veranderd. Roteren gebeurt alle kanten op, horizontaal, verticaal, en ook buiten de bedrijfsgrenzen. Siemens voelt zich verantwoordelijk voor het bieden van werkgelegenheid in de regio.

2. *Verantwoordelijkheid voor gezondheid.* Een goede lichamelijke conditie van medewerkers vindt Siemens essentieel. Siemens medewerkers kunnen hun conditie laten testen en kunnen van een onafhankelijk arts adviezen krijgen over hun leefstijl en gezondheid. Gezondheidsbeleid ziet Siemens niet als een kostenpost, omdat investeringen in gezondheid direct lonen.

3. *Bewust verzuimbeleid.* De managers zijn voorstander van verzuimbegeleiding, zij kennen de werk- en privé-situatie van hun werknemers het beste. Dat moet je dus niet uitbesteden aan een externe arbodienst. Siemens heeft daarom een eigen arbodienst. Deze dienst werkt met alle disciplines in de gezondheidszorg goed samen. Siemens besteedt 400 euro per medewerker aan arbo, dat is 300 meer dan gemiddeld in Nederlandse bedrijven, een bedrag dat zich gemakkelijk terugverdient. Siemens heeft relatief gunstige verzuimcijfers.

Juist omdat leeftijds*on*afhankelijk personeelsbeleid integraal beleid is, kan gezondheidsbeleid niet los gezien worden van het overige

personeelsbeleid. De overige zeven elementen van het personeelsbeleid bij Siemens.

4. *Mensgericht beleid.* Een bedrijf haalt competitief voordeel met gemotiveerde mensen, en dat vraagt een lange-termijninvestering in mensen. Dat houdt in: werknemers met respect en individuele aandacht benaderen. Bijvoorbeeld door met iedereen, ook 45-plussers, functioneringsgesprekken te voeren en door er alles aan te doen om medewerkers flexibel te houden.

5. *Eigen initiatief van werknemers stimuleren.* Siemens wijst mensen erop dat ze het heft in eigen handen moeten nemen in het managen van hun loopbaan. Mensen worden zich ervan bewust gemaakt dat zij hun eigen wensen zelf kenbaar moeten maken bij hun leidinggevende. Zo kunnen medewerker en leidinggevende samen overleggen of en zo ja, welke verandering in of buiten de functie wenselijk en haalbaar is.

6. *Respect voor normen en waarden.* Binnen Siemens worden regelmatig normen en waarden expliciet aan de kaak gesteld en overgedragen, bijvoorbeeld door te discussiëren over thema's als: 'Mag je als verkoper een leugentje om bestwil maken om een opdracht binnen te halen?' Zo ook worden er discussies gevoerd over hoe men met elkaar omgaat en of dat afhangt van iemands leeftijd, of juist niet.

7. *Bieden van ontwikkelingsmogelijkheden.* Siemens investeert bovengemiddeld in opleidingen. Ontwikkeling ziet Siemens breed: niet alleen opleidingen, maar ook veel aandacht voor *training-on-the-job*.

8. *Iedere medewerker is 'potential'.* Siemens gaat ervan uit, en communiceert dat ook, dat iedere werknemer bereid is om in zichzelf te investeren. Iedereen kan in principe voor elke ontwikkelings- of loopbaanmogelijkheid opteren. Mensen die aangeven bepaalde investeringen in zichzelf te willen doen, worden daarin financieel en anderszins door Siemens gefaciliteerd.

9. *Regelmatige evaluatie van beleid.* Iedere twee jaar doet Siemens een medewerkerswaarderingsonderzoek. Het management trekt daaruit conclusies over wat er verbeterd moet worden en zet verbeteracties in gang, wat medewerkers verder motiveert. Ook beoordelen medewerkers elke twee jaar hun leidinggevendenden, wat het management informatie biedt om hun stijl van leidinggeven verder te verbeteren.

10. Geïntegreerd beleid. Siemens voert een geïntegreerd personeelsbeleid dat gedragen wordt door managers én medewerkers. Dat dit beleid werkt, blijkt uit benchmarkgegevens uit het medewerkerswaarderingsonderzoek. Siemens-medewerkers zijn meer dan gemiddeld tevreden met hun beloning, stijl van leidinggeven en opleidings- & ontwikkelingsmogelijkheden. Het beleid is snel implementeerbaar: bedrijven die door Siemens overgenomen zijn hebben binnen anderhalf jaar dezelfde gunstige verzuimcijfers als Siemens.

5.4.2 *Gezondheidsbeleid bij enkele genomineerden voor de Cum L'Oude Prijs 2003;*

De Taskforce Ouderen en Arbeid heeft de Cum L'Oude Prijs ingesteld om organisaties te eren die oudere werknemers (45+) goede loopbaanmogelijkheden bieden. Doel van de prijs is om arbeidsparticipatie van oudere werknemers te bevorderen. Op basis van onderzoek door Labor-Rotterdam bij ca. 300 organisaties zijn acht organisaties genomineerd voor de prijs (Juryrapport Cum L'Oude Prijs 2003, zie ook TOA-rapport hierover, in voorbereiding). De beleidspraktijken van deze organisaties kunnen als goede voorbeelden worden gezien van maatregelen ter bevordering van de inzetbaarheid van oudere werknemers.

De acht genomineerden zijn:

- 1 Milieudienst Groningen;
- 2 Stichting voor Regionale Zorgverlening (SVRZ) te Middelburg;
- 3 Fontijne Grotnes BV te Vlaardingen;
- 4 Quick Rental;
- 5 Academisch Ziekenhuis Maastricht;
- 6 DSM Geleen;
- 7 Philips Lighting Roosendaal;
- 8 Stadsdeel Amsterdam Oud Zuid.

De Milieudienst Groningen heeft de prijs uiteindelijk gekregen, omdat deze organisatie ouderen op originele, praktische wijze 'aan boord' weet te houden.

Hieronder beschrijven we eerst de aanpak van respectievelijk de Milieudienst Groningen, het Academisch Ziekenhuis Maastricht en het Stadsdeel Amsterdam Oud-Zuid, omdat deze in hun ouderenbeleid expliciete gezondheidsaccenten leggen (www.ouderenenarbeid.nl). Daarna beschrijven we wat de 'grote gemene delers' zijn in het beleid van alle genomineerden voor de Cum L'Oude prijs.

5.4.2.1 *De Milieudienst Groningen*

De Milieudienst is een van de acht diensten van de Gemeente Groningen. Bij de dienst zijn inclusief tijdelijke medewerkers (uitzendkrachten en medewerkers in gesubsidieerde regelingen) circa 380 medewerkers werkzaam waarvan ruim de helft ouder is dan 40 jaar. De Milieudienst heeft veel ingezet op bevordering van de kwalificaties van de medewerkers en stimuleert medewerkers om 'er wat voor te doen'. Centraal in de aanpak van het bedrijf is de inzetbaarheid van de medewerkers.

Een van de doelstellingen van de Gemeente en de Milieudienst is het bieden van vaste banen, maar geen vaste functie-inhoud, zo mogelijk tot aan de pensioengerechtigde leeftijd. Flexibiliteit, Inzetbaarheid en Permanente Educatie zijn sleutelbegrippen in het Personeelsbeleid van de dienst. Deze begrippen zijn belangrijk vanwege:

- Verdergaande mechanisering (dus minder fysiek zwaar werk);
- Landelijke (Europese) wetgeving over Afvalinzameling en Afvalverwerking;
- ARBO-normen;
- Concurrentiepositie en kostenbewustzijn;
- Personele opbouw.

De Milieudienst Groningen hanteert de volgende instrumenten om met name de oudere werknemers inzetbaar te houden:

- Er bestaat permanent aandacht voor ontwikkeling en scholing van medewerkers. Niet alleen om de organisatie tot hogere kwaliteit te brengen, ook om individuele medewerkers zoveel mogelijk kansen te bieden. Voor scholing is twee ton euro beschikbaar (2 procent van de loonsom) en ieder jaar volgen ongeveer 60 medewerkers een opleiding;
- Medewerkers treden in tijdelijke dienst als aspirant vaktechnisch milieumedewerker tussen de 20 en 25 jaar. Opleidingseis is minimaal VMBO-C en het bezit van het rijbewijs B;
- Gedurende de daarop volgende twee jaar (met een uitloop tot maximaal 3 jaar) worden deze medewerkers opgeleid tot vaktechnisch milieumedewerker. Zij dienen het chauffeursdiploma en het Rijbewijs C te halen. Tevens volgen zij het opleidingsprogramma Milieumedewerker. Dit is een grotendeels externe theoretische cursus, die 5 dagdelen omvat. Daarin komen de thema's 'Organisatie MD en kwaliteitsgericht werken', 'communicatie en klantgericht werken', 'ARBO', 'Integriteit', en 'Materieel' aan de orde. Het geheel wordt met een toets afgesloten. Dagelijks worden zij ingezet in de belading

van huisvuilzakken en in het wijksgewijs werken (vegen/prullenbakken legen/onkruidbestrijding);

- Na het behalen van deze opleidingen en goede beoordelingen in het werk volgt een vaste aanstelling als vaktechnisch milieumedewerker;
- Tot 30 jaar kunnen de medewerkers volledig ingezet worden in de belading van huisvuilzakken en in het wijksgewijs werken. Scholing vindt plaats op alle voertuigen: veegwagens, huisvuilwagens, containerwagens, chemokar etc. Aanvullende opleidingen vinden plaats zoals Vervoer Gevaarlijke Stoffen eventueel werken met de Hoge druk, het werken met Kranen of Shovel. Zij worden opgeleid en ingezet om door te groeien tot een allround inzetbare milieumedewerker;
- Op basis van Arbowetgeving mag vanaf 30 jaar nog 50% in de belading van huisvuilzakken worden gewerkt; voor overige werkzaamheden geldt geen normering op basis van leeftijd. Dit betekent dat vanaf dat moment de medewerkers ook gedeeltelijk ingezet wordt op andere werkzaamheden waarvoor zij volledig zijn opgeleid;
- Vanaf 40 jaar mag de medewerker niet meer ingezet worden in de belading van huisvuilzakken. Hij of zij verricht dan andere werkzaamheden. Daarbij is sprake van een verschuiving naar meer mechanisch en/of chauffeurswerk. Daartoe behoort ook de functie van chauffeur op de zijbelader. Deze functie is een geormerkte functie voor 40-plussers;
- Verder kijkt het bedrijf kritisch of de ontwikkeling van de activiteiten van de Milieudienst mede vertaald kunnen worden in werkzaamheden voor oudere werknemers dan wel voor medewerkers die vanwege sociale/medische redenen hun functie niet meer kunnen uitoefenen. Voorbeelden hiervan zijn de inzameling van verkeerd gestalde fietsen in de binnenstad, inzameling koelkasten (oudere chauffeur + jonge rijder), toezichthouder op het afvalbrenghstation, mentor/leermeester voor jonge medewerkers et cetera;
- Wie niet meer in de buitendienst kan werken, wordt ingezet als coach voor jongere collega's en voor WIW-ers. Of men wordt lid van het 'huiskamerteam', een groep die speciaal bezig is met het schoonhouden van de binnenstad - dat is werk waar de groep zeer trots op is;
- Medewerkers en de OR zijn nauw betrokken bij het beleid, qua ontwikkeling en toepassing. Regelmatige informatie over en weer zorgt voor sterke betrokkenheid van het personeel bij het beleid.

In het verlengde hiervan biedt de Milieudienst alle medewerkers de mogelijkheid te leren omgaan met PC-gebruik, met als doel om mede-

werkers werkzaamheden aan te bieden die passen bij hun mogelijkheden. Het bedrijf organiseert interne cursussen Windows, Word, Excel en Internet. Dankzij deze cursussen kunnen medewerkers, als ze hun huidige (vaak fysiek-zware) werk niet meer aankunnen, ingezet worden op administratieve werkzaamheden.

Een experiment dat ook goede vruchten afwerpt is het 'klussenbord'. Afdelingshoofden van de Milieudienst kunnen op het klussenbord tijdelijke werkzaamheden melden. De afdeling P&O probeert vervolgens medewerkers die om verschillende redenen hun eigen werkzaamheden tijdelijk niet mogen verrichten in te zetten op die tijdelijke klussen. Dat gebeurt na overleg met de bedrijfsarts.

De effecten ervan zijn positief, namelijk:

- Medewerkers zijn gemotiveerd; zij komen zelfs vragen of er een tijdelijke klus is;
- De medewerker blijft betrokken bij de dienst;
- Het ziekteverzuim is gedaald;
- Het klussenbord levert geen extra kosten op.

5.4.2.2 *Het academisch ziekenhuis Maastricht*

Het academisch ziekenhuis Maastricht (azM) is bezig met de ontwikkeling van een leeftijdsbewust personeelsbeleid en dus niet alleen een ouderenbeleid. De aanleiding om als ziekenhuis meer aandacht te besteden aan ouderen was drieledig. Ten eerste is er sprake van een dubbele vergrijzing: zowel de gemiddelde leeftijd van de medewerkers als van de cliënten stijgt. Ten tweede het ziekteverzuim. Via onder andere een leeftijdsbewust personeelsbeleid hoopt de organisatie het ziekteverzuim terug te dringen. Ten derde wilde het azM vervroegd uittreden bij oudere medewerkers terugdringen om zo de expertise van oudere medewerkers te behouden en tevens een bijdrage te leveren aan plezierig doorwerken tot aan het pensioen. Het huidige beleid is nog in ontwikkeling maar bevat al een aantal maatregelen om de gezondheid van de medewerkers te bevorderen tot aan de pensioengerechtigde leeftijd:

- *'Loopbaan & leeftijd' onderdeel van het jaargesprek tussen medewerker en leidinggevende.* In jaargesprekken vormt de loopbaan in relatie tot leeftijd een vast agendapunt. Het gaat daarbij om de vraag hoe een medewerker zichzelf ziet over 5 tot 10 jaar. Ook komt aan de orde welke fysieke en/of psychische klachten de uitvoering van de functie kunnen (gaan) belemmeren en wat dit betekent voor een eventuele verandering van functie. De jaargesprekken worden met alle medewerkers (ongeacht leeftijd) gevoerd en zijn binnen het azM een

belangrijk medium om de medewerkers steeds te laten nadenken over hun inzetbaarheid op de langere termijn;

- *Werkgroep leeftijdsbewust personeelsbeleid per afdeling.* Afdelingen kunnen een werkgroep starten waar per leeftijdscategorie de belemmeringen bij het uitoefenen van de functie in relatie tot de leeftijd in kaart worden gebracht en verbeteringen worden aangebracht. De werkgroep is samengesteld uit een aantal afdelingsleden van verschillende leeftijd, aangevuld met een centrale en decentrale P&O-er. De werkgroep brengt per leeftijdscategorie de leeftijdgerelateerde knelpunten in kaart en koppelt dit vervolgens terug naar de gehele afdeling. Vervolgens werkt de werkgroep oplossingen voor de gevonden knelpunten uit en wordt er in overleg met de afdelingsmanager een actieplan opgesteld en uitgevoerd;
- *Loopbaanadviescentrum.* In de CAO is vastgesteld dat iedere medewerker elke 5 jaar recht heeft op een loopbaanadvies. Met behulp van twee adviseurs worden loopbaanmogelijkheden helder gemaakt en wordt hierbij ondersteuning verleend;
- *Transferium* (in oprichting). Het transferium is bedoeld om medewerkers die een loopbaan-switch willen of moeten maken op projectbasis elders in de organisatie in te zetten. Dit kan onderdeel zijn van een reïntegratietraject of dienen als overgang naar een andere functie. Leidinggevenden kunnen hun vraag om tijdelijke ondersteuning bij het transferium aangeven;
- *Budget voor aanvullende inzetbaarheidsmaatregelen.* Het azM heeft op initiatief van de OR een budget vrijgemaakt voor aanvullende maatregelen ter bevordering van inzetbaarheid. Dit wordt vooral geïnvesteerd in het wegnemen van knelpunten die ouderen ervaren.

Om beter zicht te krijgen op de effecten van het sociaal beleid werkt het azM samen met de universiteit van Maastricht aan een onderzoeksplan. Van vier beleidsaspecten (beleid ten aanzien van langdurig zieken, loopbaanmanagement, organisatieontwikkeling en opleidingen) wordt onderzocht hoe effectief ze zijn.

5.4.2.3 *Stadsdeel Amsterdam Oud Zuid*

Het Stadsdeel Amsterdam Oud Zuid, onderdeel stadsdeelwerken, houdt zich bezig met ‘buitendienstactiviteiten’ op het vlak van Reiniging/Milieu. In 2000 zijn zij, op initiatief van de reinigingsafdeling, gestart met het project Leeftijdsbewust Personeelsbeleid. De aanleiding hiervoor was tweeledig. Ten eerst was er een hoog ziekteverzuim van boven de 17,6%. Ten tweede was er een hoge ‘slijtage’ bij medewerkers, veelal na

12 à 15 jaar dienstverband, met een hoge instroom in de WAO. Door middel van het project is meer aandacht gekomen voor het tijdig laten doorstromen van mensen naar minder zware functies. Daarbij wordt met behulp van opleiding veel accent gelegd op ‘bewustmaking van medewerkers met betrekking tot hun loopbaanmogelijkheden’. Daarnaast heeft het stadsdeel taakdifferentiatie ingevoerd tussen jongeren en ouderen, wat inhoudt dat jongeren en ouderen verschillende taken uitvoeren die het beste passen bij hun (leeftijd- en ervaringgerelateerde) competenties.

5.4.2.4 *Grote gemene delers van de genomineerden*

Naast de specifieke voorbeelden die we aanhaalden uit het beleid van de Milieudienst Groningen, het Academisch Ziekenhuis Maastricht en het Stadsdeel Amsterdam Oud Zuid zijn er uit alle genomineerden voor de Cum L’oude Prijs een aantal ‘gemene delers’ te destilleren die ervoor zorgen dat ouderen gezond en inzetbaar blijven. Hieronder sommen we ze op, met voorbeelden uit de genoemde acht organisaties:

1. *Ouderen met succes inzetbaar houden.* Ook al is zelfs bij de genomineerde bedrijven het aandeel 60-plussers laag (2%), voor de ouderen die er werken wordt alles op alles gezet (ook door de ouderen zelf) om hun inzetbaarheid op peil te houden. Bij DSM Geleen zijn er jaarlijkse ‘stroomgesprekken’, een geautomiseerde vacaturebank en een gereedschapskist met praktische hulpmiddelen om carrières vorm te geven.

2. *Waar nodig het werk aanpassen aan veranderde inzetbaarheid van ouderen.* Alle genomineerde organisaties besteden veel aandacht aan afstemming van werkzaamheden op individuele wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van oudere werknemers. Zodoende garanderen deze organisaties een blijvende balans tussen wat de werknemer kan bieden en wat de werkgever vraagt. Bij Quick Rental, een autoverhuurbedrijf, werken enkel 50-plussers (en wel omdat iedereen is ingestroomd na bemiddeling door het bureau Oudstanding). Alle functies zijn perfect toegesneden op de behoeften van ouderen, die dan ook flexibel inzetbaar en servicegericht zijn en voorzichtig, veilig en netjes omgaan met materiaal.

3. *Stereotype beelden over ouderen bestrijden.* Hoewel de meeste voorbeelden betrekking hebben op inzetbaarheid van ouderen en aanpassingen aan het werk, richten enkele genomineerden hun pijlen ook actief op het bestrijden van stereotype beelden over ouderen. Philips

Lighting geeft leidinggevend en een actieve rol in de ‘workshop 50+’, waarin laag-opgeleide productiemedewerkers worden getraind en een persoonlijk ontwikkelingsplan leren opstellen. Omdat vooral veel leidinggevend en een negatief beeld hebben over laagopgeleide oudere werknemers snijdt het mes hierbij van twee kanten: ouderen worden breder inzetbaar en hun leidinggevend en leren dat ook oudere laagopgeleide werknemers wel degelijk ambities hebben.

4. Beleid dat aantoonbaar werkt. De acht genomineerden blinken niet alleen uit omdat ze pogingen doen om ouderen inzetbaar te houden, maar vooral omdat het in deze organisaties aantoonbaar werkt. Bij DSM blijkt dat ouderen intensief gebruik maken van ondersteuning door HR-medewerkers bij het vormgeven van toekomstplannen.

5.4.3 *Praktijkvoorbeelden van employabilitybeleid*

Organisaties die hun ouderenbeleid willen verankeren in algemeen, structureel beleid, kunnen dit het beste doen in het zogenoemde ‘employabilitybeleid’. Dat zijn de maatregelen die organisaties nemen om werknemers breed en duurzaam inzetbaar te houden. Indien organisaties zich ervoor inspannen dat *alle* werknemers gezond en inzetbaar zijn, dan profiteren oudere werknemers daar ‘automatisch’ van mee, zoals de voorbeelden van Siemens en de genomineerden voor de Cum L’oude prijs al lieten zien. TNO Arbeid verzamelde enkele goede praktijkvoorbeelden van employabilitybeleid (zie voor een uitgebreide beschrijving Gründemann & De Vries, 2002). De praktijkvoorbeelden zijn afkomstig uit de volgende organisaties:

- Bouwbedrijf Gebroeders van Gisbergen;
- Sigarettenfabrikant Philip Morris Holland;
- Dakbedekkingsbedrijf Kewodak;
- Regiopolitie Utrecht – district Marco Polo;
- Westfries Gasthuis.

Hieronder sommen we op wat de succesfactoren in het employability-beleid van deze organisaties zijn.

1. Het management is overtuigd van de waarde van werknemers. Bij alle vijf onderzochte organisaties vindt het management dat mensen dé succesfactor van de organisatie zijn. Bij Gebroeders van Gisbergen blijkt dat uit zinsneden van de directeur als: ‘De vakman is een schaars goed’, ‘We willen er over 20 jaar ook nog zijn’, en ‘je hebt met mensen te maken, niet met nummers’. Bij Philip Morris blijkt dat uit wat de OR meldt over het HRM: ‘Het is hier een speeltuin op HR-gebied. Alles kan,

alles mag. Er wordt zo gigantisch veel geïnvesteerd in de ontwikkeling van de mensen.’

2. *Interne ondernemingszin op het gebied van employabilitybeleid.* In de onderzochte organisaties is er veel ondernemingszin en enthousiasme voor employabilitybeleid en besteedt men dergelijk beleid niet uit aan externe dienstverleners. Zo voert Kewodak zelf een vooruitstrevend arbo-beleid, waarin veiligheid en gezondheid vóór alles gaat. Kewodak inspecteert zelf de situatie waar gewerkt wordt. Ook als het opdrachtgevend bedrijf zegt dat het arbo-beleid en de bedrijfshulpverlening goed geregeld zijn, gaan inspecteurs van Kewodak kijken en regelt Kewodak de veiligheidsvoorzieningen zelf. Bij de regiopolitie Utrecht district Marco Polo is verzuimbegeleiding de expliciete taak van de direct leidinggevendenden, en is het sleutelwoord daarbij: ‘samen’. Hiermee bedoelt men dat een goede communicatie tussen chef en medewerker ervoor zorgt dat signalen over onvrede of verminderde inzetbaarheid en gezondheid vroegtijdig worden uitgewisseld. Hiermee kan dreigend verzuim voorkomen worden en kan vroegtijdig actie worden ondernomen.

3. *Een invloedrijke en betrokken initiatiefnemer.* Alle onderzochte organisaties hebben een initiatiefnemer die een hoge positie bekleedt in de organisatie. Hij of zij geeft vanuit een persoonlijke inzet en heid invulling aan het employabilitybeleid. Bij het Westfries Gasthuis is dat een bekwaam hoofd P&O, die al in 1991 een zeer volledige aanzet gaf voor ziekteverzuimbeleid dat heden nog steeds is terug te zien. Tegenwoordig ziet men het zelfs als ‘niets bijzonders, gewoon zorgen dat alles goed draait’. Bij de Gebroeders van Gisbergen is dat een buitengewoon actief koppel bestaande uit de sociaaladministratief directeur van het bedrijf en een zeer betrokken arbocoördinator, die zijn eigen rol inmiddels al veel breder heeft getrokken dan louter arbeidsomstandigheden.

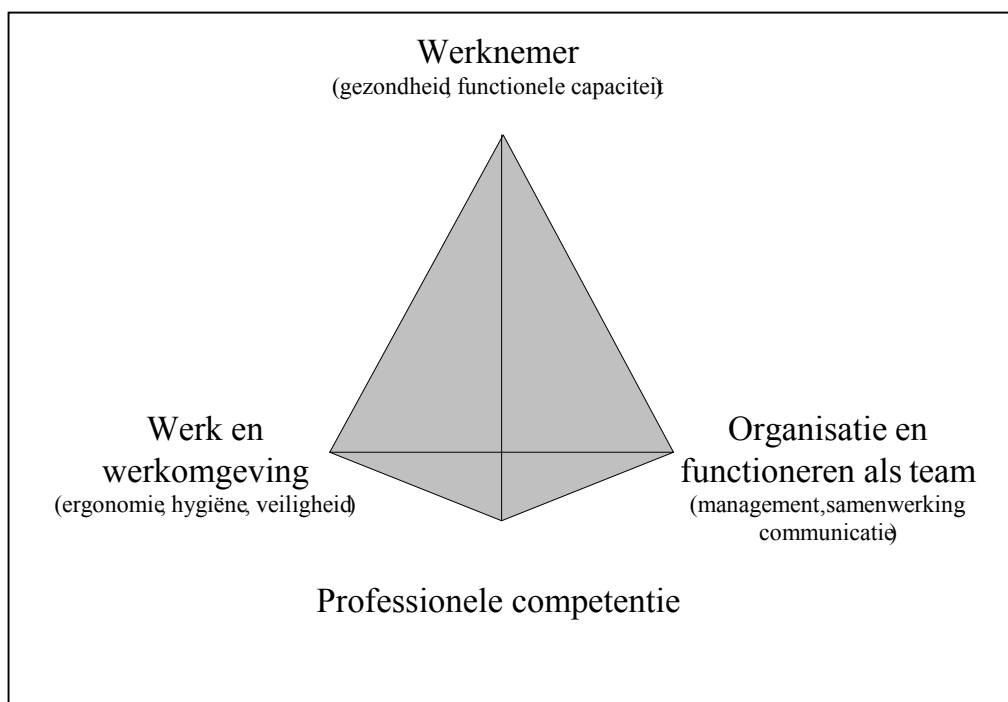
4. *Iedereen betrekken bij, en verantwoordelijkheid geven in, het employabilitybeleid.* Een laatste cruciale succesfactor in het welslagen van employabilitybeleid is dat iedereen betrokken is bij employability en zich daarvoor verantwoordelijk voelt. Vooral ook medewerkers zelf dienen zich verantwoordelijk te voelen voor hun eigen inzetbaarheid, inclusief gezondheid en werktevredenheid. Die betrokkenheid van medewerkers op alle niveaus blijkt bij Philip Morris al in de interne definitie van inzetbaarheid: ‘het vermogen waarmee je zelf kunt reageren op veranderingen in arbeidstaken en werkomgeving, rekening houdend

met wat je wil en kan'. Philip Morris investeert in een veelvoud van activiteiten die tot doel hebben dat mensen *zichzelf* vragen gaan stellen: zit ik nog lekker in mijn vel, wat wil ik verder nog met mijn werk...? Zulke activiteiten zijn bijvoorbeeld het instellen van een adviesgroep Employability, de workshop Loopbaan in Beweging, een actieve aanpak van loopbaanbegeleiding en de aanstelling van een loopbaancoördinator. Bij Kewodak zijn alle medewerkers zeer nauw betrokken geweest bij het opstellen van het arbo-beleidsplan. De directeur organiseerde sessies met speelgoed: een zakje knikkers, een vlaggetje, en vroeg aan de medewerkers: 'wat zou je met een zakje knikkers kunnen verzinnen wat ons werk kan verlichten of vergemakkelijken?'. Daarop volgden ideeën als een roller onder een machine waardoor men niet langer hoefde te tillen. En een vlaggetje ter markering van de vluchtroute op het dak.

5.4.4 *Finse Maintenance of Workability methode (MWA)*

Finland heeft gemiddeld de oudste beroepsbevolking van Europa. Daarom wordt al vanaf 1989, toen werkgevers en werknemers in Finland een overeenkomst sloten, actief gewerkt aan duurzame inzetbaarheid van met name oudere werknemers. De activiteiten op het gebied van duurzame inzetbaarheid vinden in Finland plaats onder de noemer 'maintenance of workability' (MWA) oftewel 'onderhoud van het werkvermogen'. De basis van het programma is een overeenkomst tussen werkgevers en werknemers uit 1989, die in overleg met de overheid in 1992 heeft geleid tot het nationale programma.

Het MWA concept is langzamerhand algemeen geaccepteerd in de Finse samenleving. Het gaat om: alle maatregelen die werkgevers, werknemers en intermediaire organisaties op het werk ondernemen in een gezamenlijk poging de werk- en functionele capaciteiten van alle werkende personen gedurende hun gehele arbeidzame leven te bevorderen en te ondersteunen. Het concept is oorspronkelijk ingevoerd om vroegtijdige uitval uit het werk terug te dringen. In de loop der tijd is het aangepast en richt zich nu vooral op de employability van de werknemers en de productiviteit van ondernemingen, waarbij de centrale aandacht voor de gezondheid van de werknemer intact is gebleven. Het MWA concept kent vier kernelementen, namelijk: de werknemer, de fysieke werkomgeving (werk en werkomgeving), de sociale werkomgeving (organisatie en functioneren als team) en de professionele competentie (zie figuur 5.1).



Figuur 5.1 Het Maintenance of Workability (MWA) model.

Het *werkvermogen* wordt gezien als de resultante van de gezondheidssituatie (fysieke, mentale en sociale capaciteiten), de kennis en de vaardigheden, de motivatie, de waarden en normen en de fysieke en de sociale werksituatie.

Voor het vaststellen van het werkvermogen wordt gebruik gemaakt van de 'Work Ability Index' (WAI). Deze index fungeert als monitoring-instrument en wordt in Finland als standaard gebruikt door arbodiensten. De index levert een indicatie van de mate waarin een werknemer in staat is zijn of haar werk uit te voeren. De WAI bevat 7 items, verdeeld over 10 vragen:

1. Huidig werkvermogen vergeleken met de tijd waarin men op het best was (1 vraag);
2. Werkvermogen in relatie tot de eisen die het werk aan de werknemer stelt (2 vragen);
3. Huidige ziektes, door arts vastgesteld (uit een lijst van 51 ziektes; 1 vraag);
4. Problemen met werk ten gevolge van ziekte (1 vraag);
5. Afwezigheid wegens ziekte gedurende het afgelopen jaar (1 vraag);
6. Eigen voorspelling van het werkvermogen over 2 jaar (1 vraag);
7. Mentale gesteldheid (3 vragen).

Aan elk item wordt een score toegekend (tussen 1 en 7). De totaalscore varieert tussen 7 en 49 punten. Een score tussen de 7 en 27 punten duidt

op een 'zwak' werkvermogen en een grote kans op vroegtijdige uitval uit het werk. Naarmate de score hoger is, is het ook beter gesteld met het werkvermogen. De hoogste categorie (44 – 49 punten) duidt op een uitstekend werkvermogen.

Het MWA-programma is gebaseerd op de aanname dat met het toenemen van de leeftijd zowel de objectieve als de subjectieve gezondheid van mensen afneemt en dat in samenhang daarmee ook het werkvermogen minder wordt. Vervolgens is men nagegaan welke factoren bijdragen tot een betere inzetbaarheid van werknemers. De belangrijkste factoren zijn: de houding van de leidinggevenden ten aanzien van oudere werknemers, vermindering van kort-cyclische activiteiten en meer fysieke activiteiten in de vrije tijd. Bovendien bleken ook activiteiten gericht op verbetering van de fysieke en sociale omgeving effectief te zijn.

In het kader van een nationaal programma voor oudere werknemers (FinnAge, zie Ilmarinen & Louhevaara, 1999), dat gerelateerd is aan het MWA programma zijn in 1998 25 projecten uitgevoerd. De resultaten daarvan laten zien dat minder goede of slechte inzetbaarheid bij oudere werknemers kan worden verbeterd en goede inzetbaarheid kan worden behouden. Bovendien is in de projecten vastgesteld dat de kosten van de activiteiten in tienvoud kunnen worden terugverdiend. Ook op individueel niveau laten deze activiteiten zien dat algemene tevredenheid met het leven toeneemt als gevolg van MWA-activiteiten.

Binnen het MWA programma zijn speciale activiteiten georganiseerd voor het Midden- en Kleinbedrijf (MKB). De gezondheidsactiviteiten binnen het MKB zijn veelal georganiseerd door een arbodienst of een reïntegratiebureau. Activiteiten op dit gebied betreffen: het vaststellen van de fysieke gezondheid van de werknemers, het organiseren van bewegingsactiviteiten, het bevorderen van een gezonde leefstijl, stressmanagement, het opzetten van gezondheidscirkels en het organiseren van reïntegratie op individueel of groepsniveau.

Werkplekergonomie is de belangrijkste activiteit op het gebied van de fysieke werkomgeving. In veel projecten staan organisatieontwikkelingsactiviteiten centraal, zoals trainingen coachend leidinggeven, procesbegeleiding en teambuilding, organisatieveranderingskundige adviezen, etc.

Competentie-activiteiten hebben veelal betrekking op het aanleren van ondersteunende professionele vaardigheden zoals computervaardigheden en taalvaardigheden. In sommige projecten krijgen de medewerkers ook

de mogelijkheid om meer algemene kennis, expertise en beroepsvaardigheden te ontwikkelen.

Daarnaast wordt in de projecten ook uitgebreid aandacht besteed aan de bedrijfsmatige kant van de organisatie en het inpassen van de activiteiten in een kwaliteitssysteem.

De deelnemers van enkele grotere projecten hebben zelf de effecten van het programma geëvalueerd. Het meest succesvol zijn de projecten die de behoeften van het management van de MKB organisatie (samenwerking, informatie en advies) weten te combineren met de individuele behoeften van werknemers (training, scholing en aandacht voor de gezondheid). Het programma maakt duidelijk dat bedrijfsmatige zaken (bijvoorbeeld organisatieontwikkeling doelstellingen) op een acceptabele en effectieve wijze gecombineerd kunnen worden met individuele behoeften van medewerkers gericht op een verbetering van hun inzetbaarheid en gezondheid. Aan het programma hebben zelfs zeer kleine bedrijven en organisaties (minder dan vijf werknemers) meegedaan.

5.5 Conclusie over maatregelen

Er blijken vele maatregelen mogelijk ter bestrijding van beeldvorming over ouderen, ter aanpassing van het werk voor ouderen, en ter bevordering van hun gezondheid en inzetbaarheid. Zowel op maatschappelijk niveau, organisatieniveau als op het niveau van de (oudere) medewerkers zelf kan het nodige ondernomen worden, en met succes. Die maatregelen dienen idealiter uit te gaan van de visie dat oudere werknemers een *individuele benadering* verdienen die rekening houdt met hun specifieke competenties en loopbaanwensen. Feit is echter dat tot nu toe te weinig van dergelijke maatregelen genomen worden, laat staan dat het effect van maatregelen wordt getoetst. Maar om actieve en gezonde arbeidsparticipatie van ouderen nu en vooral in de toekomst mogelijk te maken, is het van groot belang dat zowel overheid, sociale partners, werkgevers en werknemers zelf kiezen uit een menu van gezondheids- en inzetbaarheidsmaatregelen voor (oudere) werknemers, waaronder:

Op maatschappelijk niveau:

- Beeldvorming bestrijden door middel van overheidscampagnes en door als overheid een voorbeeldfunctie van goed werkgeverschap voor ouderen te vervullen.
- Stimuleren van werkaanpassingen in CAO's voor de kleine groep (oudere) werknemers met beperkingen. Denk aan soepeler werktijden

en roosters voor (oudere) werknemers met beperkingen en periodiek medisch onderzoek.

- Gezondheidsbevordering door middel van overheidscampagnes en het fiscaal, financieel en door middel van wetgeving stimuleren van mobiliteit en opleiding voor ouderen.

Op organisatieniveau:

- Beeldvorming bestrijden door voorlichting over inzetbaarheid van ouderen.
- Werk aanpassen aan beperkingen van de kleine groep (oudere) werknemers met beperkingen, bijvoorbeeld functieroulatie, vrijstellingen van fysiek zware functies, ergonomische aanpassingen en een goede kwaliteit van de arbeid.
- Gezondheid van werknemers bevorderen door middel van Integraal Gezondheidsmanagement (IGM).

Op individueel niveau:

- Eigen verantwoordelijkheid nemen voor een goede gezondheid en kiezen voor actieve copingstijlen bij gezondheids- en inzetbaarheidsproblemen.

6 Samenvatting en conclusies

Dit boek brengt beelden en feiten in kaart over oudere werknemers, hun lichamelijke en mentale gezondheid en daarmee samenhangende beperkingen. Ook beschrijven we welke maatregelen er zoal genomen kunnen worden om onjuiste beelden over ouderen te bestrijden en hun gezondheid en inzetbaarheid te bevorderen. Hiertoe zijn diverse bronnen gebruikt: literatuuronderzoek, interviews met experts, secundaire analyses en een telefonische enquête bij werkgevers en werknemers. In dit hoofdstuk vatten we de belangrijkste resultaten samen en trekken we conclusies. We eindigen met ideeën voor visie- en beleidsontwikkeling ter bevordering van de gezondheid en inzetbaarheid van oudere werknemers.

Beelden en feiten over gezondheid en inzetbaarheid van ouderen blijken niet met elkaar te stroken. Mensen veronderstellen dat met name de lichamelijke gezondheid van *alle* ouderen slechter is dan die van jongeren. Daarentegen wijzen de feiten uit dat een overgrote groep oudere werknemers, zeker tot de leeftijd van 65 à 70 jaar, lichamelijk en geestelijk gezond is en het werk goed aan kan. Het is dus een klein percentage oudere werknemers dat relatief lang verzuimt, met name lichamelijk niet meer goed gezond is en het werk niet goed meer aan kan. De kloof tussen beelden en feiten houdt daarmee in dat de mythe wil dat de gezondheid van *alle* oudere werknemers achteruitgaat, terwijl de feiten uitwijzen dat slechts een klein percentage ouderen in de leeftijd tot 70 jaar met name fysiek achteruitgaat. Bovendien is het verband tussen leeftijd en gezondheid zwak, en spelen andere factoren een grotere rol. Zo zijn leefstijl, functieduur en fysiek belastende beroepen belangrijk ter verklaring van gezondheid en verzuim. Ook zijn de verbanden tussen leeftijd en gezondheid complexer van aard dan vaak gedacht wordt. Zo blijkt dat lichamelijke functies van ouderen weliswaar achteruit gaan, maar dat zij daardoor nauwelijks beperkt worden in hun inzetbaarheid. Bovendien blijkt vooral de spreiding in gezondheid en beperkingen sterk toe te nemen. Dit betekent dat een grote groep ouderen tot op hoge leeftijd goed gezond blijft en uitstekend inzetbaar is. En tenslotte blijkt dat de meeste gezondheidsklachten geen belemmering vormen om goed te functioneren op het werk. Ook kunnen ouderen hun achteruitgang meestal goed compenseren, bijvoorbeeld met slimme werkstrategieën of hulpmiddelen.

Vele maatregelen zijn mogelijk ter bestrijding van negatieve beeldvorming over ouderen, ter aanpassing van het werk, en ter bevordering

van hun gezondheid en inzetbaarheid. Zowel op maatschappelijk niveau, organisatieniveau als op het niveau van de (oudere) medewerkers zelf kan het nodige ondernomen worden. Idealiter gaan maatregelen ten behoeve van gezondheid en inzetbaarheid van ouderen uit van de *visie* dat oudere werknemers benaderd moeten worden als *individuen* die over specifieke kennis, vaardigheden, en fysieke en mentale gezondheid beschikken. Deze visie kan het beste vertaald worden naar een tweesporenbeleid waarlangs op de eerder genoemde niveaus maatregelen genomen kunnen worden. Het *eerste* spoor betreft maatregelen ter bestrijding van onjuiste beeldvorming over ouderen. Het *tweede* spoor betreft maatregelen om ouderen langer gezond en inzetbaar aan het werk te houden. Dat kan enerzijds door *curatieve maatregelen* te treffen voor de kleine groep minder gezonde ouderen die *werkaanpassingen* nodig hebben. Anderzijds kunnen *preventieve* maatregelen getroffen worden voor de grote groep gezonde ouderen wiens inzetbaarheid geoptimaliseerd kan worden. Welke maatregelen het ook betreft, van belang is dat ze effect hebben. Om die effecten te kunnen constateren is echter meer onderzoek nodig, aangezien er tot op heden erg weinig bekend is over de effectiviteit van gezondheids- en inzetbaarheidsmaatregelen voor (oudere) werknemers. Tabel 6.1 geeft een overzicht van enkele maatregelen die, gezien de beelden en feiten over ouderen, genomen kunnen en moeten worden, evenals de evaluatie van hun effectiviteit.

Tabel 6-1 Tweesporenbeleid van maatregelen op maatschappelijk, organisatie- en individueel niveau.

	Maatschappelijk niveau	Organisatieniveau	Individueel niveau (werknemers zelf)
1 ^e spoor			
Beeldvorming bestrijden	Overheids campagnes over gezonde ouderen Voorbeeldfunctie overheid als goede werkgever voor ouderen	Discussie starten over beeldvorming ouderen Ouderen 'vanzelfsprekend' laten optreden in bedrijfsmedia	Zelfstereotypering door ouderen tegengaan
2 ^e spoor			
Werk aanpassen	Levensloopregelingen stimuleren Leeftijdsneutrale CAO	Func tieroulatie Ergonomische aanpassingen Geen fysiek-zwaar werk en	Zelf zorgen voor optimale werkplekinrichting, werkhouding en beweging op het

		onregelmatige diensten voor beperkt-inzetbaren Werktijden aanpassen Leeftijds-diverse teams vormen	werk
Preventieve gezondheidsmaatregelen	Overheidscampagnes over leefstijl Langer doorwerken fiscaal/financieel stimuleren	Continu afstemmen van werkvereisten en werknemersbehoeften en –beperkingen Integraal Gezondheidsmanagement Leeftijdsbewust personeelsbeleid	Eigen verantwoordelijkheid nemen voor mobiliteit Goede copingstijlen ontwikkelen Veel bewegen, gezond eten
evaluatie			
Effectiviteitsmaatregelen	Metingen effecten arbo- en arbeidsmarktconvenanten	Effectiviteit van bedrijfsbewegingsprogramma's	Effecten nog niet op grote schaal getoetst

Tot nu toe worden slechts weinig van de genoemde maatregelen uitgevoerd, laat staan dat het effect van maatregelen wordt getoetst. Maar om actieve en gezonde arbeidsparticipatie van ouderen nu en in de toekomst mogelijk te maken, is het van groot belang dat zowel overheid, sociale partners, werkgevers als werknemers zelf kiezen uit een menu van gezondheids- en inzetbaarheidsmaatregelen voor (oudere) werknemers.

7 Literatuurlijst

Abraham, J.D., & Hansson, R.O. (1995). Successful aging at work: An applied study of selection, organization, optimization, and compensation through impression management. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 50B, 94-103

Baltes, P., en Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.

Baltes, P.B., Dittmann-Kohli, F. & Dixon, R.A. (1984). New perspectives on the development of intelligence on adulthood: Toward a dual process conception and a model of selective optimization with compensation. In: *Baltes, P.B., Brim, O.G., Jr, eds. Life-span development and behavior* (Vol 6, pp 33-76). New York: Academic Press.

Baron, J.N. & Kreps, D.M. (1999). Strategic human resources. Frameworks for general managers. New York: Wiley.

Besseling, J. (2003). Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Omvang van het probleem. Hoe groot is het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid in Nederland? Download www.rivm.nl.

Bijl, R., Ravelli, A., & Van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.

Boerlijst, J.G., & Van der Heijden, B.I.J.M. (2003). Leeftijdsdiversiteit in arbeidsorganisaties. In Schroots, J.J.F. (Red.). *Handboek psychologie van de volwassen ontwikkeling & veroudering*. Assen: Van Gorcum.

Boerlijst, J.G., Heijden, B.I.J.M. van der & Assen, A. van (1993). *Veertig-plussers in de onderneming*. Assen: van Gorcum/Stichting Management Studies.

Bosma, H., Van Boxtel, M.P.J., Ponds, R.W.H.M., Houx, P.J., Burdorf, A., & Jolles, J. (2002). Mental work demands protect against cognitive impairment: MAAS prospective cohort study. *Experimental Aging Research*, 29, (pp 33-45.)

Charness, N. (1988). Expertise in chess, music and physics: a cognitive perspective. The exceptional brain. In: Opler LK, Fein DF, eds. New Jersey: The Guilford Press.

Cox-Woudstra & Nauta (2003). Hoe leuk is uw werk? Taakontwerp voor mens en organisatie. In De Vries, S., Wortel, E., & Nauta, A. (Reds.), *Excelleren voor en door Human Resource Management*. Deventer: INK/Kluwer.

Craik, F.I.M, & Anderson, N.D. (1999). Applying cognitive research to problems of aging. In D. Gopher & A. Koriat (Eds.), *Attention and performance XVII. Cognitive regulation of performance: interaction of theory and application* (pp. 583-615). Cambridge, MA: MIT.

Craik, F.I.M, & Salthouse, T.A. (1998). *The handbook of aging and cognition* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Craik, F.I.M., & Jacoby, L.L. (1996). Aging and memory: implications for skilled performance. In: Rogers, W.A., Fisk, A.D., et al. (Eds.), *Aging and skilled performance: advances in theory and applications*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Cremer, R. (1993). De dynamiek van cognitieve vermogens tijdens de actieve levensloop. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*. 24, (pp 12-17).

Cremer, R. (2001). Age related policies: How to proceed from ideas to realisation? A literature review. In (Karwowski, E.W.): *International Encyclopaedia of Ergonomics and Human Factors: volume 1 2001* (pp 606-608).

Cremer, R. (2001). Mental workability and an increasing lifespan. In: *International Encyclopaedia of Ergonomics and Human Factors (Ed. W. Karwowski): volume 1* (pp 497-499).

Deeg, D.J.H. (2003). Volksgezondheid en epidemiologie. In J.J.F. Schroots (Red.). *Handboek psychologie van de volwassen ontwikkeling & veroudering* (pp. 433-454). Assen: Van Gorcum.

Dobbs, A.R., & Rule, B.G. (1987). Prospective memory and self-reports of memory abilities in older adults. *Canadian Journal of Psychology*, 41, 209-222.

Dorhout, P., Maassen van den Brink, H., & Groot, W. (2002). Hebben ouderen de toekomst? Een literatuuroverzicht ouderen en arbeid. Ongepubliceerd manuscript.

Garssen, A.A., & Hoeymans N. Hoeveel mensen hebben psychische problemen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, Download <http://www.nationaalkompas.nl> Gezondheidstoestand\Functioneren en kwaliteit van leven\Psychische gezondheid, 15 november 2002

Geleijnse, A. (2000). Oud moet, maar jong is in. Werkgevers investeren niet in ouderen. *PW 10 juni 2000*, (pp 16-21).

Giniger, S., Dispenzieri, A. & Eisenberg J. (1983). Age, experience, and performance on speed and skill jobs in an applied setting. *In: J Applied Psych*; 68: 469-75.

Gründemann, R.W.M. & Vries, S. de (Red.) (2002). *Gezond en duurzaam inzetbaar! Employability-beleid in Nederland*. Hoofddorp: TNO Arbeid.

Haermae,-Mikko (1996). Ageing, physical fitness and shiftwork tolerance. *Applied-Ergonomics*. 27, (pp 25-29).

Hendrikse, A. & Schalk, R. (1995). Veranderingen in het functioneren en arbeidsbeleving bij oudere werknemers in een procesindustrie. In: R. Schalk (red.): *Oudere werknemers in een veranderende wereld*. Utrecht: Lemma Uitgeverij.

Henkens, K. (1998). *Older workers in transition: Studies on the early retirement decision in the Netherlands*. NiDi Rapport no. 53. Den Haag: NiDi. (Dorhout ea verwijzen hiernaar)

Heymans, P.G. (2003). Ontwikkeling van persoonlijkheid en emoties over de levensloop. In Schroots, J.J.F. (Red.). *Handboek psychologie van de volwassen ontwikkeling & veroudering* (pp. 251-299). Assen: Van Gorcum.

Holding, D.H. (1989). *Human skills*. Chichester: Wiley.

Horn, J.L. (1982). The theory of fluid and crystallized intelligence in relation to concepts of cognitive psychology and aging in adulthood. In: Craik SE, Trehub S, eds. *New directions in cognitive science*. New York: Ablex 1982, (pp 69-87).

Houx, P.J. (1991). *Cognitive aging and health-related factors*. Proefschrift Maastricht.

Houx, P.J., & Jolles, J. (1998). Cognitieve veroudering: wat is normaal? *De Psycholoog*, 33, 391-394.

Ilmarinen, J., & Louhevaara, V. (Eds.), (1999). *FinnAge - Respect for the aging: Action programme to promote health, work ability and well-being of aging workers in 1990-96*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.

Jelicic, M. & Houx, P.J. (2001). Cognitieve veroudering. Patroon, determinanten en de rol van leeftijd. In: Y. Quispel en L. Christ (redactie). *Ouder worden: een kwestie van leeftijd?* Theorieën over leeftijd in relatie tot veroudering, levensfasen en levensloop. Utrecht: LBL

Jolles, J., & Houx, P.J. (1995). *The Maastricht Aging Study: Determinants of cognitive aging*. Maastricht: Neuropsych.

Jonker, C., & Schmand, B., et al. (1998). Association between apolipoprotein E epsilon4 and the rate of cognitive decline in community-dwelling elderly individuals with and without dementia. *Archives of Neurology*, 55, 1065-1069.

Juryrapport Cum L'Oude prijs 2003. Download www.cumloude.nl

Kerkhoff, W. (1991) *Bedrijfsleven en de vergrijzing (Aanzetten voor een leeftijdsbewust personeelsbeleid)*

Kerkhoff, W.H.C. (1991). Ontwikkelingen in het zicht van de vergrijzing. In: Kerkhoff, W.H.C. & Kruidenier, H.J. (red.): *Bedrijfsleven en vergrijzing: Aanzetten voor een leeftijdsbewust personeelsbeleid*. Amsterdam: NIA.

Knook, D.L., & Ulrich, H. (2003). *De kracht van je leven. Gezondheid en geldzaken voorbij de vijftig*. Amsterdam: Prometheus.

Kolb, B., & Whishaw, I.Q. (1996). *Fundamentals of human neuropsychology* (4th ed.). New York: Freeman.

Kooimans, A. & Sanders, M. (2001). Oude meesters weer in tel maar het p&o-beleid blijft achter. *Personeelbeleid*, 37, (pp 51-55).

Kubeck, J.E., Delp, N.D., Haslett, T.K. & McDaniel, M.A. (1996). Does job-related training performance decline with age? *Psychology-and-Aging*, 11, (pp 92-107).

Laar, M. van (2002). (Trimbos-instituut). Met welke ziekten en aandoeningen hangt alcoholgebruik samen? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, Download: <http://www.nationaalkompas.nl> Determinanten\Leefstijl\Alcoholgebruik, 14 november 2002.

Lokhorst, B. (in voorbereiding). CAO-wijzer. Utrecht: LBL.

Maassen van den Brink, H., Groot, W. , Dorhout, P., Heskes, S. & Rutjes, H. (2001). Scholings- en loopbaanbeleid. Een onderzoek onder oudere werknemers bij de Rijksoverheid. Amsterdam: Scholar.

Mossink, J.C.M., Gründemann, R.W.M. & Vaas, S. (1998). Technologische ontwikkeling en de arbeidsparticipatie van oudere werknemers. Den Haag: SZW/VUGA

Muffels, R. (2001). Tussen mythe en werkelijkheid. Leeftijd in sociaal-economisch perspectief. In: Quispel, Y. & Christ, L. (red.). *Ouder worden: een kwestie van leeftijd? Theorieën over leeftijd in relatie tot veroudering, levensfasen en levensloop*. Utrecht: LBL

Nauta, A., & Van Sloten, G. (2004). *De dialoog als vroege poortwachter. Het voorkómen van verzuim door onbalans*. Assen: Van Gorcum / Stichting Management Studies.

O'Brien, J.T. (1997). The 'glucocorticoid cascade hypothesis' in man: prolonged stress may cause permanent brain damage. *British Journal of Psychiatry*, 170, 199-201 (editorial).

Paoli, P., & Merllié, D. (2001). *Third European survey on working conditions 2000*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Park, -Denise-C (1994). Aging, cognition, and work. *Human-Performance*. 7, (pp 181-205).

Proper, K.I. (2003). Effectiveness of worksite physical activity counseling. Hoofddorp: TNO Arbeid.

Quispel Y. (2000a). Leeftijdsgrenzen op de arbeidsmarkt, uitgave van Landelijke Bureau Leeftijdsdiscriminatie.

Quispel, Y. (2000b). Evenwichtige leeftijdsopbouw: een verkenning. Utrecht: LBL.

Quispel, Y. (2000). Leeftijdsgrenzen op de arbeidsmarkt. Utrecht: LBL.

Rabbitt P. (1997). Changes in problem solving in old age. In: Birren J, Schaie KW, eds. *Handbook of the psychology of aging*. New York: Van Nostrand Reinhold.

Raz, N. (2000). Aging of the brain and its impact on cognitive performance: Integration of structural and functional findings. In F.I.M. Craik & T.A. Salthouse (Eds.), *Handbook of aging and cognition* (2nd ed., pp. 1-90). Mahwah, NJ.: Erlbaum.

Remery, C., Henkens, K., Schippers, J., Doorne-Huiskes, A. van & Ekamper, P. (2001). *Organisaties, veroudering en management: een onderzoek onder werkgevers*. Den Haag: NiDi.

Reuling, A.M.H. (1989). *Ziekteverzuim 1987-1988: Trend, representativiteiten, risicogroepen, personeelsverloop*. Amsterdam: NIA.

Ringenbach, -Kathleen-L; Jacobs,-Rick-R (1995). Injuries and aging workers. *Journal-of-Safety-Research*. 26, (pp 169-176).

Roekel-Kolkhuis Tanke, T.I.R. van (2001). Oudere medewerkers inzetbaar houden in veranderende organisaties. *M&O*, 55, 1, (p24-43).

Salthouse, T.A. (1984). Effects of age and skill in typing. *J Experimental Psych, Gen*, 113: 345-71.

Salthouse, T.A. (1987). Age, Experience, and Compensation, In: Schooler C, Schaie, K.W., eds. *Cognitive functioning and social structure over the life course*. New York: Ablex.

Schippers, J. (2001) Gewin of tegenzin? Leeftijdscriminatie in economisch perspectief. In: Quispel, Y. & Christ, L. (red.). *Ouder worden: een kwestie van leeftijd? Theorieën over leeftijd in relatie tot veroudering, levensfasen en levensloop*. Utrecht: LBL

Schluderman, E. (1983). Halstead's studies in the neuropsychology of aging.

Schroots, J.J.F. (Red.) (2003). *Handboek Psychologie van de Volwassen Ontwikkeling & Veroudering*. Assen: Van Gorcum.

Schuit, A.J. (2002). Met welke ziekten en aandoeningen hangt lichamelijke activiteit samen? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, Download: <http://www.nationaalkompas.nl> Determinanten\Leefstijl\Lichamelijke activiteit, 14 november 2002

Seitsamo, J., & Klockars, M. (1997). Aging and changes in health. *Scandinavian-Journal-of-Work,-Environment-and-Health*. 23, (pp 27-35)

Seitsamo, J., & Martikainen, R. (1999). Changes in capability in a sample of Finnish aging workers. *Experimental-Aging-Research*. 25, (pp 345-352)

Simoens, P., Denys, J. & Omey, E. (1997). Onbewuste discriminatie van ouderen. *Tijdschrift voor Management en Organisatie*, 51(2), (pp. 3-35). (verwijzing in Dorhout et al)

Smulders P.G.W., F. Andries & F.Otten (2001). *Hoe denken Nederlanders over hun werk*. Hoofddorp, TNO Arbeid.

Snel, J. & Cremer, R. (1994). *Work and aging: A European perspective*. London: Francis & Taylor.

Swaab, D.F. (1991). Brain aging and Alzheimer's disease, 'wear and tear' versus 'use it or lose it'. *Neurobiology of Aging*, 12, 317-324.

Tuomi, K., Ilmarinen, J., Martikainen, R., Aalto, L. & Klockars, M. (1997). Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 23, (pp58-65).

Vlasblom, W. (2003). *Leeftijdsonafhankelijk personeelsbeleid bij Siemens*. Presentatie tijdens de Studiemiddag 'Het voordeel van Leeftijd'. Amsterdam, 31 maart 2003.

Voorpostel, M., van der Ploeg, S.W., & Diepeveen, M. (2002). Verzuim onder personeel in het onderwijs in 2001. Cijfers van het bo, so en vo – Eindrapport. Download: www.minocw.nl

Willemsen MC (STIVORO). Met welke ziekten en aandoeningen hangt roken samen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, Download: <http://www.nationaalkompas.nl> Determinanten\Leefstijl\Roken, 13 november 2002

Willemsen, M., & De Vries, S. (2002). Oud en Wijs in het Onderwijs. Een oriënterend onderzoek naar gezonde en langdurige arbeidsparticipatie van ouderen. Hoofddorp: TNO Arbeid (Ongepubliceerd manuscript).

Winnubst, J.A.M. & Schabracq, M. (1995). *Arbeid, levensloop en gezondheid*. Heerlen: Faculteit Sociale Wetenschappen, Open Universiteit.

WRR. Doorgroei van arbeidsparticipatie.2000

www.healthandage.com

www.leeftijd.nl

Ziekemeyer, M. (1993). Zilverdraden door het goud: Inventarisatie van standpunten, literatuur en beleid inzake oudere werknemers. Amsterdam: NIA.

Ziekemeyer, M. en Neggers, H. (2000). Groengrijsbeleid. PBO-werkgroep Arbeidsmarktbeleid.

Ziekemeyer, M., Veldhuisen, A. van, Smit, A. & Simons, J. (1999). Inzet op leeftijd: Leeftijdbeleid in de zorgsector. Utrecht: AWOZ.

Zwart, B. (1997). Ageing in physically demanding work. Proefschrift.

Zwart de, B. (1997). Veroudering, werk en gezondheid. Een modelmatige benadering. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, Gezondheidsbevordering en Preventie*, 7, (pp 417-424).

Zwetsloot, G. (2003). Definitiedocument Integraal Gezondheids Management (IGM), 2^e versie. Hoofddorp: TNO Arbeid.

8 Bijlage: secundaire analyses inclusief tabellen

In deze bijlage staan de secundaire analyses op de TAS 2002 uitgebreid beschreven, inclusief tabellen met statistische analyses die voor de statistisch onderlegde lezer interessant zijn. De bijlage is bedoeld om de tekst in paragraaf 3.3.1. over de secundaire analyses op de TAS te kunnen controleren en nader te preciseren.

In de tabellen B.1 t/m B.5 staan lineaire en logistisch regressie-analyses vermeld die we verrichten op de TNO Arbeidssituatie Survey (TAS) van eind 2002. Door middel van deze analyses beantwoorden we de volgende vragen:

- Welke verbanden zijn er tussen leeftijd en functieduur enerzijds en gezondheid en verzuim anderzijds?
- Wat is een betere voorspeller van gezondheid en verzuim: leeftijd of functieduur?
- Is leeftijd of functieduur de beste voorspeller van gezondheid en verzuim, na controle voor aard van het beroep (blauw versus wit), afkomst (autochtoon vs. allochtoon), geslacht en opleidingsniveau (t/m MBO vs. HBO/Universitair)?

Uit Tabel B.1 blijkt dat leeftijd positief samenhangt met subjectief ervaren minder goede gezondheid: hoe ouder, hoe minder. Als functieduur wordt toegevoegd in de verklaring van subjectief ervaren minder goede gezondheid, dan neemt het regressie-gewicht niet af. Met andere woorden: vooral leeftijd, en niet functieduur, hangt samen. Wanneer vervolgens de overige controlevariabelen worden toegevoegd, dan is leeftijd nog steeds de voornaamste voorspeller. Daarnaast blijkt dat vrouwen, autochtonen en laagopgeleiden zich wat minder gezond voelen. Een kanttekening is echter dat het percentage verklaarde variantie klein is: vier procent. Oudere medewerkers blijken zich dus wat minder gezond te voelen dan jongeren, maar omdat het percentage verklaarde variantie klein is, zijn andere factoren kennelijk belangrijker ter verklaring van hoe gezond men zich voelt.

Tabel B.1 toont voorts de resultaten ter verklaring van uitputting: leeftijd hangt heel licht positief samen met uitputting, en ook zijn hoogopgeleiden ietwat meer uitgeput dan laag-opgeleiden. Functieduur hangt niet samen met uitputting. Bovendien is het percentage verklaarde variantie erg klein: 0,4% in het model waarin alle predictoren zijn opgenomen. Dus: ouderen voelen zich ietwat uitgeputter maar dit verband is erg klein.

In tabel B.1 worden tenslotte klachten aan nek, schouders, armen en polsen verklaard aan de hand van leeftijd en functieduur. Het blijkt dat hoe ouder mensen zijn, hoe meer zij last hebben van nek, schouders en armen. Functieduur hangt niet positief samen met deze klachten, ook niet als gecontroleerd wordt voor geslacht, afkomst, opleiding en type beroep. Bovendien zijn de percentages verklaarde variantie klein. Last hebben van de polsen wordt niet significant verklaard door leeftijd noch door functieduur. Wel hangt geslacht samen met klachten aan de nek: vrouwen hebben meer nekkklachten. We concluderen dat leeftijd licht samenhangt met klachten aan nek, schouders en armen maar niet met klachten aan polsen. Functieduur blijkt geen invloed te hebben op deze klachten.

Verondersteld kan voorts worden dat het type beroep een belangrijke zogenoemde *moderator* is van verbanden tussen leeftijd en functieduur enerzijds en gezondheid anderzijds. Met andere woorden: het zou wel eens kunnen zijn dat voor blauwe beroepen *wel* geldt dat functieduur en leeftijd samenhangen met een slechte gezondheid, terwijl dat voor witte beroepen niet geldt. Dit vanuit de gedachte dat blauwe beroepen (fysiek) belastender zijn dan witte beroepen, waardoor verouderingsklachten in blauwe beroepen eerder zichtbaar zijn. Inderdaad blijkt uit tabel B.2 dat er in blauwe beroepen een vrij sterke samenhang is tussen leeftijd en subjectief ervaren gezondheid. Daarentegen is er in witte beroepen geen samenhang tussen leeftijd en ervaren gezondheid. Overigens hoeft dit verband niet noodzakelijk te betekenen dat het blauwe beroep er oorzaak van is dat werknemers in deze beroepen sterker met de leeftijd achteruitgaan in gezondheid; het kan ook zijn dat in dergelijke beroepen meer mensen werkzaam zijn die er een ongezondere leefstijl op nahouden, waardoor zij met de leeftijd een steeds slechtere gezondheid krijgen. Wel impliceren de gegevens dat bij blauwe beroepen extra alertheid voor de gezondheid van oudere werknemers geboden is.

Tabel B.8-1 Lineaire regressie-analyses van gezondheid en gezondheidsklachten (uitputting, last van nek, schouders, armen en polsen).
Bron: TAS 2002.

	Subjec- tief ervaren slechte gezond- heid	Uitput- ting	Last van nek	Last van schou- ders	Last van armen	Last van polzen
<i>Model 1</i>						
Leeftijd	.15*	.04*	.04*	.05*	.13*	.02
<i>Model 2</i>						
Leeftijd	.16*	.03	.06*	.07*	.12*	.01
Functieduur	-.01	.00	-.05*	-.04*	.01	.01
<i>Model 3</i>						
Leeftijd	.18*	.04*	.07*	.09*	.13*	.02
Functieduur	-.02	-.00	-.03	-.04*	.003	.01
Vrouwelijk geslacht	.07*	-.01	.20*	.19*	.04*	.05*
Allochtone afkomst	-.03*	.02	.02	.02	.03	.05*
Lage opleiding	.04*	-	.01	-	.04*	.04*
Hoge opleiding	-	.05*	-	.00	-	
Blauw beroep	.01	.01	.04*	-	.06*	.01
Wit beroep	-	-	-	.01		
<i>Verklaarde variantie</i>	.04	.004	.05	.004	.03	.006

* significant op tenminste $p < .05$

Tabel B.8-2 Lineaire regressie-analyses van ervaren gezondheid, apart voor blauwe en witte beroepen. Bron: TAS 2002.

	Subjectief ervaren gezondheid	
	Blauw beroep	Wit beroep
<i>Model 1</i>		
Leeftijd	.20	.08
<i>Model 2</i>		
Leeftijd	.20	.08
Functieduur	-	-
<i>Model 3</i>		
Leeftijd	.21	.08
Functieduur	-	-
Vrouwelijk geslacht	-	.12
Allochtone afkomst	-.05	-
Lage opleiding	.05	-
Hoge opleiding	-	-
<i>Verklaarde variantie</i>	-	-

Noot.: De lege cellen bevatten niet-significante regressie-gewichten. Alleen de vermelde regressiegewichten hangen significant samen met ervaren gezondheid ($p < .05$).

In Tabel B.3 rapporteren we een logistische regressie ter verklaring van het al of niet noemen van één of meer ziekten of aandoeningen (rug, gewricht, migraine, ernstige hoofdpijn, hartziekte, hoge bloeddruk, bronchitis e.d., suikerziekte, ernstige huidziekte, gehoorproblemen). Leeftijd hangt hiermee positief samen, functieduur niet. Voorts blijken vrouwen, laag-opgeleiden en werknemers in blauwe beroepen iets meer ziekten of aandoeningen te rapporteren. Maar het percentage verklaarde variantie is steeds klein. Leeftijd maar niet functieduur blijkt dus samen te hangen met het hebben van een of meer chronische ziekten, maar de samenhang is gering.

Tabel B.8-3 Logistische regressie-analyse van het wel of niet hebben van een of meer chronische ziekten. Bron: TAS 2002.

	Ziekte genoemd
<i>Model 1</i>	
Leeftijd	1.04*
<i>Model 2</i>	
Leeftijd	1.03*
Functieduur	1.01
<i>Model 3</i>	
Leeftijd	1.04*
Functieduur	1.00
Vrouwelijk geslacht	1.28*
Allochtone afkomst	0.85
Lage opleiding	1.63*
Hoge opleiding	-
Blauw beroep	1.13*
Wit beroep	-
<i>Verklaarde variantie</i>	.06

* significant op tenminste $p < .05$

Om concreter inzicht te krijgen welke aandoeningen toenemen met de leeftijd en/of afhankelijk zijn van functieduur, geslacht, afkomst, opleiding of type beroep, voerden we logistische regressies uit met type chronische aandoening als afhankelijke variabele (zie Tabel B.4). Daaruit blijkt dat rugaandoeningen, reuma, hartklachten, hoge bloeddruk, suikerziekte en gehoorproblemen leeftijdsgerelateerd zijn (ouderen hebben hier vaker last van). Daarentegen zijn migraine, hoofdpijn, cara en huidaandoeningen niet leeftijdsgerelateerd. Bij rugklachten blijkt, ook na controle voor de invloed van leeftijd, geslacht, afkomst, opleiding en type beroep, dat deze mede toenemen bij een langere functieduur. Bovendien blijkt het hebben van een blauw beroep, een lage opleiding en een vrouwelijk geslacht samen te hangen met rugklachten. Dit alles wijst erop dat rugaandoeningen sterk gerelateerd zijn aan lagere, fysieke beroepen die daarom ook het beste niet al te veel jaren achtereen uitgevoerd zouden moeten worden.

Tabel 8-4 Logistische regressie-analyses van chronische aandoeningen.
Bron: TAS 2002.

	Rug	Reu- ma	Mi- graine	Hoofd- pijn	Hart	Bloed- druk	Cara	Sui- ker	Huid	Ge- hoor
<i>Model 1</i>										
Leeftijd	+++	+++	-		+++	+++		+++		+++
<i>Model 2</i>										
Leeftijd	+++	+++	-		+++	+++		+++		+++
Functieduur	+++		kk							++
<i>Model 3</i>										
Leeftijd	+++	+++			+++	+++		+++		+++
Functieduur	++			kk						kk
Vrouwelijk geslacht	++	+++	+++	+++	---			-		---
Allochtone afkomst										
Lage opleiding	++	++			+	++			+	+++
Hoge opleiding			++							
Blauw beroep	++									++
Wit beroep										
<i>Verklaarde variantie</i>										

+ *max .05*

++ *05-.001*

+++ < *.001*

Indien bij leeftijd of dienstverband een negatief (-) of kromlijng verband(k): aparte vermelding.

Vergelijkbare effecten gelden voor gehoor. Als alleen leeftijd en functieduur in de analyse zijn opgenomen, dan blijkt dat gehoorklachten meer voorkomen bij werknemers met een langere functieduur en een hogere leeftijd. Maar als eveneens gecontroleerd wordt voor de invloed van geslacht, afkomst, opleiding en type beroep, dan rest een kromlijng verband van functieduur op gehooraandoeningen. Met andere woorden: werknemers met een gemiddelde functieduur hebben meer gehooraandoeningen dan werknemers met een korte en een lange functieduur. Dit wijst op een *healthy worker effect*: de werknemers met gehooraandoeningen zijn kennelijk vroegtijdig uitgevallen, hebben geen lange functieduur weten vol te maken. Bovendien hebben werknemers met een lage opleiding en een blauw beroep vaker gehoorklachten. Gehoorklachten zijn dus net als rugklachten beroepsgerelateerd. De conclusie luidt dus dat vooral ter voorkoming van rug- en gehooraandoeningen

werknemers niet te lang achtereen dezelfde functie zouden moeten uitoefenen, met name als het een blauw beroep betreft.

Tenslotte heeft functieduur een kromlijinig verband met hoofdpijnklachten. Deze blijken, na controle voor alle overige variabelen, het meest voor te komen bij werknemers met een gemiddelde functieduur. Dit duidt op een *healthy worker effect*: werknemers die regelmatig hoofdpijnklachten hebben maken kennelijk geen lange functieduur vol.

Uit de regressie-analyse in Tabel B.5 blijkt dat leeftijd positief samenhangt met de mate waarin men zich door gezondheidsproblemen belemmerd voelt bij het uitvoeren van het werk. Functieduur blijkt geen significante voorspeller. Dit patroon blijft zo na controle voor geslacht, afkomst, opleiding en type beroep, die er alle significant toe doen. Maar het percentage verklaarde variantie is wederom klein. Dus: leeftijd maar niet functieduur hangt samen met de mate waarin men zich belemmerd voelt in het uitvoeren van het werk, maar de samenhang is niet erg sterk.

Tabel B.5 Lineaire regressie-analyses van gezondheidsbelemmering-en in het werk en verzuimfrequentie. Bron: TAS 2002.

	Belemmerd in Verzuim-frequentie het werk	
<i>Model 1</i>		
Leeftijd	.15*	-.08*
<i>Model 2</i>		
Leeftijd	.13*	-.08*
Functieduur	.05	-.01
<i>Model 3</i>		
Leeftijd	.13*	-.07*
Functieduur	.03	.01
Vrouwelijk geslacht	.04*	.08*
Allochtone afkomst	-.04*	.02
Lage opleiding	.09*	
Hoge opleiding	-	.02
Blauw beroep	.07*	
Wit beroep		.00
<i>Verklaarde variantie</i>	.05	.01

* significant op tenminste $p < .05$

Verder laat de regressie-analyse van verzuimfrequentie in Tabel B.5 zien dat ouderen *minder* vaak verzuimen, en dat functieduur geen voorspeller hiervan is. Maar het percentage verklaarde variantie is wederom klein. Dus: hoe ouder, hoe minder vaak ziek, hoewel het verband niet sterk is.