



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Gezondheid en arbeidsparticipatie rond de AOW-leeftijd

Verwachte ontwikkelingen tot 2040

RIVM-rapport 2019-0219

M. van der Noordt et al.



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

**Gezondheid en
arbeidsparticipatie rond
de AOW-leeftijd**

Verwachte ontwikkelingen tot 2040

RIVM-rapport 2019-0219

Colofon

© RIVM 2020

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2019-0219

M. van der Noordt (auteur), RIVM
F. van der Lucht (auteur), RIVM
J.J. Polder (auteur), RIVM
H.B.M. Hilderink (auteur), RIVM
M.H.D. Plasmans (auteur), RIVM

Contact:

F. van der Lucht
Volksgezondheid en Zorg\Centrum Gezondheid en
Maatschappij\Verkenningen Volksgezondheid
fons.van.der.lucht@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van Ministerie van SZW in het kader van Z110043

Dit is een uitgave van:
**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Gezondheid en arbeidsparticipatie rond de AOW-leeftijd

Verwachte ontwikkelingen tot 2040

De leeftijd waarop mensen in Nederland gebruik mogen maken van de Algemene Ouderdomswet (AOW) zal in 2040 gestegen zijn naar 68 jaar. De regering heeft dit besloten vanwege de stijgende levensverwachting. Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat mensen de afgelopen twintig jaar langer gezond blijven. De komende jaren zal deze 'gezonde levensverwachting' blijven stijgen. Gezondheid is in die zin geen belemmering om de AOW-leeftijd te verhogen.

De gezondheid van één leeftijdsgroep, de 60-65-jarigen, is echter niet verbeterd maar hetzelfde gebleven. Waarom hun gezondheid is achtergebleven bij de rest van de Nederlandse bevolking, is niet helemaal duidelijk. Het zou te maken kunnen hebben met de plotseling weggevallen mogelijkheden om vervroegd met pensioen te gaan. Hierdoor hebben mensen het misschien als belastend ervaren om langer door te werken. Als mensen zich daar de komende jaren beter op kunnen voorbereiden, blijft hun gezondheid mogelijk niet achter. Het zou ook kunnen komen doordat ze langer blijven werken. In dat geval zal de gezondheid van 60-65-jarigen ook in de toekomst achter kunnen blijven. Met 'gezondheid' wordt de manier waarop mensen zelf hun gezondheid en de mate van lichamelijke beperkingen ervaren bedoeld.

Hoe de ontwikkelingen ook uitpakken, zeker is dat er de komende jaren meer zestigplussers zullen zijn met een minder goede gezondheid die in principe langer doorwerken. Dit komt doordat een grotere groep Nederlanders de leeftijd van zestig jaar en ouder zal bereiken en langer zal doorwerken. Deze mensen lopen het risico om eerder uit het arbeidsproces te vallen of arbeidsongeschikt te worden.

Het is daarom belangrijk ervoor te zorgen dat mensen gezond zijn in de periode dat ze langer werken. Er is nog weinig bewijs welke maatregel daarvoor effectief is. De meeste kans lijkt een 'levensloopbenadering' te hebben: zorg ervoor dat mensen gedurende hun hele werkende leven gezond en inzetbaar blijven. Ook een 'integrale' aanpak lijkt effectief, met aandacht voor meerdere zaken, zoals een gezonde leefstijl en goede werkomstandigheden.

Kernwoorden: AOW, levensverwachting, pensioen, arbeidsparticipatie, gezondheid, toekomst, levensloop, duurzame inzetbaarheid

Synopsis

Health and workforce participation of persons nearing the state pension (AOW) age

Projections until 2040

In 2040, the age at which persons become entitled to state pension (AOW) benefits will have increased to 68 years. An increase in life expectancy led the Dutch government to this decision. A study carried out by the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) indicates that over the last 20 years people in the Netherlands have spent more time in good health. This improvement in 'healthy life expectancy' is expected to continue in the coming years. Health is therefore not an obstacle to increasing the state pension age.

However, the health of one age group, the 60- to 65-year-olds, did not improve but remained stable. It is not completely clear why their health did not show a similar positive trend as the other age groups in the Netherlands. A possible contributing factor in this regard could be the sudden elimination of the option to take early retirement. This may have caused the 60- to 65-year-olds to experience more pressure and stress. Allowing people to better prepare themselves in the coming years may then abate the negative effect on health. However, the effect described above could also be due to the fact that they continue working for more years before retirement. In that case, the relatively poorer state of health of the 60- to 65-year-old age group could continue to exist in the future. By "health" we mean how people perceive their health in general and their degree of physical limitations.

Regardless of how developments evolve, it is certain that in the coming years there will be more over-60s with poorer health who will in theory continue working. This is because a larger group of Dutch people will reach the age of 60 and above and will continue to work longer. These persons are at higher risk of dropping out of the workforce before retirement or of becoming incapacitated for work.

It is therefore important to ensure that people remain healthy during the period that they continue working in the years before retirement. There is still little evidence available as to which measures are effective in this regard. A life course approach seems to hold the most promise: keep people healthy and employable throughout their working life. An integrated approach also seems to be effective, with a focus on a variety of factors such as a healthy lifestyle and good working conditions.

Keywords: AOW (Dutch state pension), life expectancy, pension, workforce participation, health, future, life course approach, sustainable employability

Inhoudsopgave

Samenvatting – 9

Inleiding – 11

- 1 Gezonde levensverwachting op 65-jarige leeftijd – 15**
 - 2 Winst in levensjaren en gezondheid – 23**
 - 3 Scenario's voor de gezondheid van 60-70-jarigen in 2040 – 33**
 - 4 Gezondheid en arbeidsdeelname – 45**
 - 5 Determinanten van duurzame inzetbaarheid – 49**
 - 6 Preventieve maatregelen – 59**
 - 7 Conclusies – 65**
 - 8 Dankwoord – 67**
 - 9 Literatuurverwijzing – 69**
- Bijlage A. Zoekstrategie voor reviews naar determinanten van duurzame inzetbaarheid – 73**

Samenvatting

In het Pensioenakkoord is afgesproken dat de leeftijd waarop Nederlanders aanspraak kunnen maken op een uitkering op grond van de Algemene Ouderdomswet (AOW) de komende jaren stapsgewijs zal stijgen tot 68 jaar in 2040. Dit is gebaseerd op een twee derde koppeling aan de levensverwachting: met elk gewonnen levensjaar schuift de AOW-leeftijd met acht maanden op. Er heersten echter zorgen dat de AOW-leeftijd harder zou stijgen dan de gezondheid van de betreffende groep zou toelaten. In dit rapport is onderzocht hoe de gezondheid van zestigplussers zich de komende jaren zal ontwikkelen, rekening houdend met de stijgende AOW-leeftijd. De geprojecteerde trends naar de toekomst worden gebaseerd op trends uit het verleden.

In de periode tot 2040 zal de levensverwachting toenemen. Ook de gezonde levensverwachting neemt toe. Voor de hele bevolking en ook voor mensen van 65 jaar. Ieder jaar dat een 65-jarige erbij krijgt, zal hij of zij nagenoeg zonder beperkingen doorbrengen en met meer dan acht maanden in een goed ervaren gezondheid. Dit betekent dat met de gekozen koppeling de extra te werken jaren gemiddeld genomen in goede gezondheid zullen zijn. Ook na de AOW-leeftijd blijft het aantal gezonde jaren minimaal gelijk (voor vrouwen) of neemt toe (bij mannen). Het betreft hier gemiddelden; afhankelijk van de persoonlijke gezondheid en omstandigheden kan voor ieder individu iets anders gelden.

Inzoomend op de gezondheid rondom de AOW-leeftijd zien we iets opmerkelijks. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat voor de 60-65-jarigen de gezondheid is achtergebleven bij de algehele toename in de omringende leeftijden. Dit geldt zowel voor de ervaren gezondheid als voor lichamelijke beperkingen. De oorzaken zijn niet helemaal duidelijk. Mogelijk hebben de plotseling weggevallen mogelijkheden om vervroegd met pensioen te gaan hiertoe geleid. Maar het kan ook met het werken als zodanig te maken hebben, of met de veel voorkomende combinatie van werk en mantelzorg. Het is ook niet duidelijk of deze stagnatie in gezondheid tijdelijk of blijvend is. Onze berekeningen voor de verwachte trend in gezondheid voor zestigplussers laat daarom een bandbreedte zien tussen een gelijkblijvende trend en een trend die verbetering in gezondheid laat zien.

Omdat door de vergrijzing van de omvangrijke generaties uit de jaren vijftig en zestig er veel meer oudere mensen komen, zal ook het absolute aantal werknemers toenemen dat met gezondheidsproblemen of lichamelijke beperkingen richting de AOW-leeftijd moet doorwerken. Mensen met een slechte gezondheid vallen vaker en eerder uit, en komen veelal in een arbeidsongeschiktheidsregeling terecht of in een ander soort regeling, zoals de Werkloosheidswet. De oudere werknemer behoeft wat dat betreft aandacht en het is belangrijk dat deze groep duurzaam inzetbaar is en zal blijven.

Ook al vormen de ontwikkelingen in levensverwachting en gezondheid geen belemmering voor de stijgende AOW-leeftijd, het is wel van groot

belang om in te zetten op de duurzame inzetbaarheid van oudere werknemers. Een levensloopbenadering en integrale aanpak bieden daarvoor de beste perspectieven. Gezien de onzekerheid over de toekomstige ontwikkelingen blijft het daarnaast van groot belang om de gezondheid rond de AOW-leeftijd goed te blijven volgen.

Dit rapport is gebaseerd op kwantitatieve analyses van gegevens uit de Gezondheidsenquête en de Gezondheidsmonitor en op literatuuronderzoek. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Inleiding

Sinds begin jaren zeventig stijgt de levensverwachting in Nederland. De ene keer sneller, de andere periode langzamer, maar de grote lijn is een gestage toename van de levensverwachting [1]. Voor de toekomst wordt een verdere stijging verwacht. In combinatie met het andere grote demografische fenomeen, de naoorlogse geboortegolf die zich door de bevolkingspiramide omhoog werkt, levert de stijgende levensverwachting vragen op over de financiële houdbaarheid van het pensioenstelsel en over de maatschappelijk wenselijke pensioenleeftijd.

Over die vragen is in het achterliggende decennium veel nagedacht, gedebatteerd en er zijn verschillende beleidsbeslissingen genomen. Zo zijn de meeste vroegpensioenregelingen afgeschaft in 2006 en stijgt de AOW-leeftijd stapsgewijs sinds 2013 [2,3]. Tegelijkertijd is de gemiddelde leeftijd waarop Nederlanders met pensioen gaan, gaandeweg gestegen. De gemiddelde pensioenleeftijd lag in 2018 op 65 jaar [4]. Uit alle debatten en plannen is in 2019 een Pensioenakkoord voortgekomen waarin de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid met de vakbonden en sociale partners afspraken heeft gemaakt over de duurzame inzetbaarheid van werknemers [5]. In dit Pensioenakkoord is ook een geleidelijke toename van de AOW-leeftijd vastgelegd op basis van een twee derde koppeling met de levensverwachting op 65-jarige leeftijd. Dit betekent dat elk jaar waarin we naar verwachting langer leven, dus elk jaar dat de levensverwachting op 65-jarige leeftijd in Nederland stijgt, de AOW-leeftijd met acht maanden stijgt.

De toename van de levensverwachting valt binnen een bredere ontwikkeling van de volksgezondheid die bekend is uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het RIVM [6]. Nederlanders worden niet alleen ouder, maar ze worden ook gezonder en zieker tegelijkertijd. Die ontwikkeling zet zich voort naar de toekomst. Dit betekent dat in 2040 meer mensen ziekten zullen hebben, en vaak meerdere tegelijkertijd. De verwachting is ook dat ze minder fysieke beperkingen zullen ervaren en hun gezondheid vaker als goed zullen ervaren.

Het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft aan het RIVM gevraagd om uitgaande van de VTV inzicht te geven in de ontwikkelingen op lange termijn in levensverwachting en gezondheid, rekening houdend met de stijgende AOW-leeftijd en de duurzame inzetbaarheid van werknemers. Dit verzoek is uitgewerkt in vier onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de te verwachten ontwikkelingen inzake (gezonde) levensverwachting en de (verschillende maten van) gezondheid de komende decennia?
2. Op welke leeftijden wordt (gezondheids)winst of verlies geboekt, verantwoordelijk voor deze verwachte ontwikkelingen?
3. Wat is de samenhang tussen de verschillende (determinanten van) maten van gezondheid enerzijds en arbeidsparticipatie en arbeidsongeschiktheid anderzijds?

4. Welke preventieve mogelijkheden kunnen worden ingezet om te bevorderen dat werknemers in goede gezondheid de AOW-leeftijd bereiken? Het pensioenakkoord heeft consequenties voor de ontwikkeling van de pensioenleeftijd (aanpassing koppeling). Afspraken over duurzame inzetbaarheid moeten de (gezonde) levensverwachting en de (verschillende maten van) gezondheid bevorderen. Welke determinanten zijn daarin belangrijk, en kunnen die beïnvloed worden om gezondheid te bevorderen?

In dit rapport beantwoorden we deze vragen voor de periode tot 2040. We combineren projecties op basis van demografische ontwikkelingen met epidemiologische trends, we construeren scenario's en op basis van de literatuur bieden we handelingsperspectieven voor duurzame inzetbaarheid. Centraal staan de (resterende) levensverwachting op 65-jarige leeftijd (waaraan de AOW-leeftijd gekoppeld is) en de trends in gezondheid voor mannen en vrouwen in de leeftijd tussen zestig en zeventig jaar.

De Algemene Ouderdomswet (AOW) is een algemene volksverzekering waarbij de regels gelijk zijn voor iedereen. De leeftijd waarop de AOW-uitkering voor het eerst wordt uitbetaald, is niet afhankelijk van het opleidingsniveau of het beroep dat iemand heeft. Bekend is echter dat de gezondheid van mensen met een lager opleidingsniveau gemiddeld slechter is dan van mensen met een hoger opleidingsniveau [7]. Ook weten we dat het voor mensen in bepaalde beroepsgroepen vanwege gezondheidsklachten lastiger is om door te kunnen werken tot aan de AOW-leeftijd [8]. In het Pensioenakkoord zijn afspraken gemaakt om daar rekening mee te houden buiten de AOW om. Omdat dit rapport zich enkel richt op de ontwikkelingen in gezondheid in het licht van de stijgende AOW-leeftijd, laten we in onze berekeningen en scenario's de verschillen in gezondheid tussen hoog- en laagopgeleiden of tussen beroepsgroepen buiten beschouwing. Dit neemt niet weg dat deze verschillen in gezondheid erg belangrijk zijn voor de duurzame inzetbaarheid van oudere werknemers. Bij de bespreking daarvan zullen we het belang van opleidingsniveau en werkomstandigheden wel aan de orde stellen.

Leeswijzer

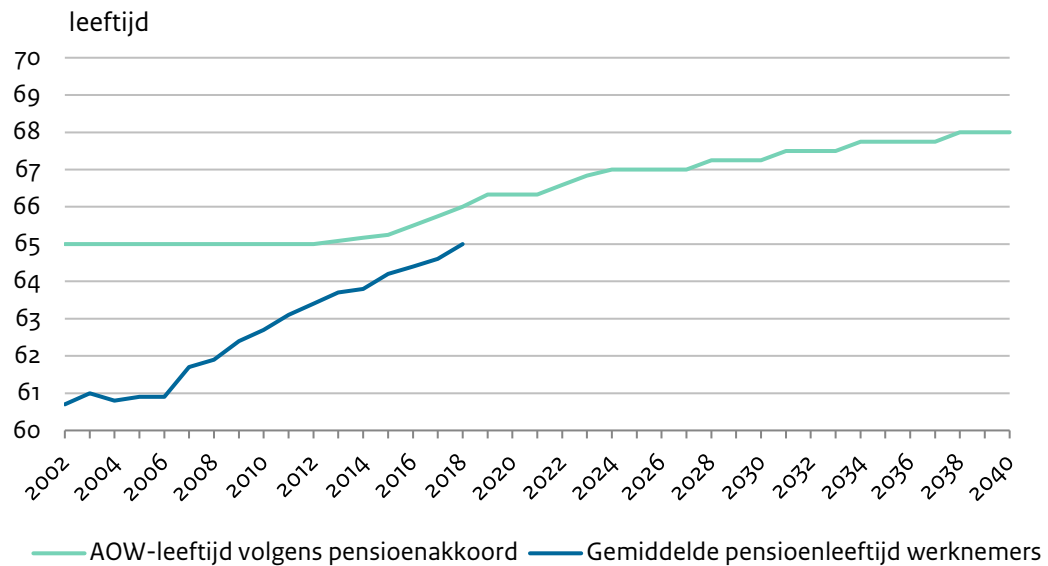
In hoofdstuk 1 staat de levensverwachting centraal, en dan vooral de gezonde levensverwachting. Verschillende maten voor gezonde levensverwachting komen voorbij en we laten zien hoe deze zich naar verwachting in de toekomst zullen ontwikkelen. We maken een keus voor één (gecombineerde) gezondheidsindicator die we in de toekomstverkenningen gebruiken. Hoofdstuk 2 gaat dieper in op de gezondheidswinst. Op welke leeftijden neemt de gezondheid toe, en zijn er ook leeftijdsgroepen met een afwijkend patroon? Op basis van deze inzichten presenteren we in hoofdstuk 3 de projecties van de toekomstige gezondheid en levensverwachting. We richten ons op het jaar 2040 en schetsen verschillende scenario's. Hoofdstuk 4 gaat dieper in op de relatie tussen gezondheid en arbeidsdeelname. Aan de hand van de Gezondheidsmonitor die informatie over heel veel Nederlanders bevat, beschrijven we hoe in 2016 de arbeidsparticipatie was voor mannen en vrouwen in de leeftijd van zestig tot zeventig jaar. Hoofdstuk 5 geeft op basis van de wetenschappelijke literatuur een overzicht van

factoren die een rol spelen bij duurzame inzetbaarheid en die handelingsperspectieven bieden om de AOW-streep in goede gezondheid te bereiken. Hoofdstuk 6 geeft inzicht in de effectiviteit van bestaande interventies en de huidige tekortkomingen op dit gebied. Hoofdstuk 7 besluit met een concluderende en afrondende beschouwing over de vier onderzoeksvragen.

1 Gezonde levensverwachting op 65-jarige leeftijd

Zoals in de inleiding is beschreven, is de AOW-leeftijd gekoppeld aan de levensverwachting op 65-jarige leeftijd. Deze koppeling was 1-op-1, maar zal zoals afgesproken in het Pensioenakkoord een twee derde koppeling worden. Dat wil zeggen dat bij een stijging van de levensverwachting met een jaar de AOW-leeftijd nu niet meer met een jaar, maar met acht maanden verhoogd zal worden. Voor het vaststellen van de nieuwe AOW-leeftijd gebruikt de overheid de demografische projecties van het CBS over de resterende levensverwachting op 65 jaar. Deze projecties laten een gestage toename van de levensverwachting zien. Figuur 1 toont de verwachte ontwikkeling van de pensioenleeftijd tot 2040. Deze zal naar verwachting stapsgewijs toenemen tot 68 jaar in 2040. In de figuur is ook de feitelijke leeftijd waarop werknemers in de achterliggende periode met pensioen gingen ingetekend. Vanaf 2006 zien we een snelle toename van 60,9 tot 65 jaar in 2018. De afschaffing van allerlei maatregelen voor vervroegde uittreding en de verhoging van de AOW-leeftijd is hierbij van doorslaggevende invloed geweest.

Snelle toename pensioenleeftijd



Figuur 1. Ontwikkeling AOW-leeftijd volgens pensioenakkoord, 2002-2040 en gemiddelde pensioenleeftijd werknemers, 2002-2018 (bron: Rijksoverheid, 2019 [9]; CBS, 2019 [4])

Tekstblok 1. Definitie pensioenleeftijd van werknemers

Definitie pensioenleeftijd van werknemers volgens het CBS

Pensioenleeftijd

De leeftijd van een persoon in maanden nauwkeurig aan het einde van de maand waarin voor het eerst pensioen diens voornaamste inkomensbron is.

Werknemer die met pensioen gaat

Een persoon van 55 jaar of ouder, behorende tot de bevolking van Nederland die loon als voornaamste persoonlijke inkomensbron heeft in november aan het begin van de verslagperiode en een jaar later in november pensioen als voornaamste inkomensbron heeft. Pensioen omvat uitkeringen in het kader van de Algemene ouderdomswet (AOW), werkgerelateerde pensioenen, nabestaandenpensioenen, lijfrenten en uitkeringen in het kader van de Algemene nabestaandenwet (ANW). Directeur-grotaandeelhouders worden hier buiten beschouwing gelaten. Zij worden tot de zelfstandigen gerekend [10].

Levensverwachting op leeftijd 65

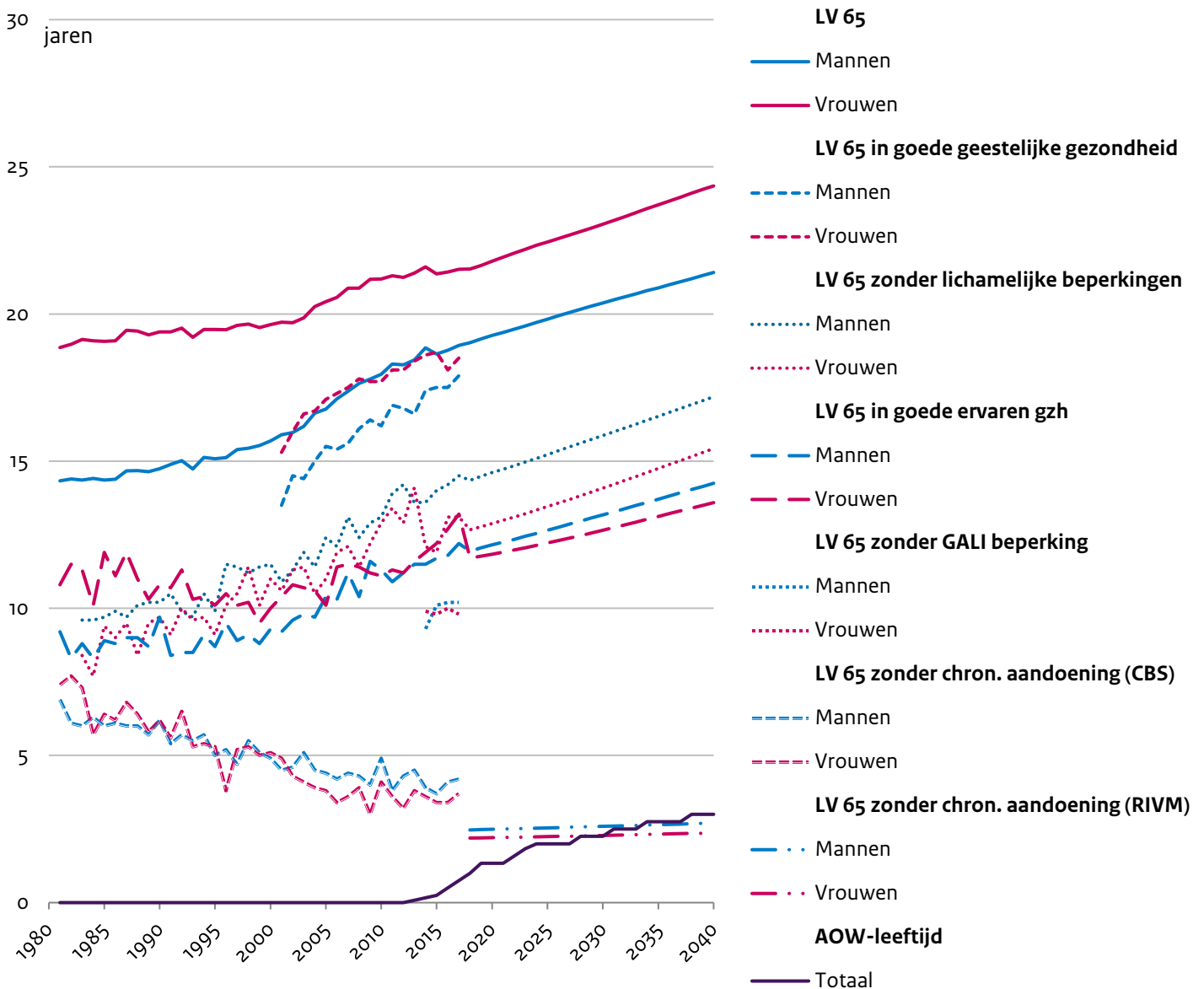
De demografische projecties van het CBS laten zien dat de levensverwachting de komende jaren verder zal toenemen. In 2016 was de resterende levensverwachting op leeftijd 65 voor mannen 18,8 jaar en voor vrouwen 21,4 jaar. In 2040 zal deze gestegen zijn naar 21,4 jaar voor mannen en 24,4 jaar voor vrouwen; een stijging van respectievelijk 2,6 en 3 jaar (zie Figuur 2). Deze cijfers zijn afkomstig van de CBS-bevolkingsprognose van 2018.

Gezonde levensverwachting op leeftijd 65

Belangrijke vraag is natuurlijk of al die jaren die erbij komen ook gezonde jaren zijn. Dit is te zien in de gezonde levensverwachting. Door sterftcijfers aan uitkomsten uit survey-onderzoek zoals de Gezondheidsenquête [11] te koppelen, kunnen we de levensverwachting in goede gezondheid berekenen. Zo kunnen we de levensverwachting in goed ervaren gezondheid, zonder lichamelijke beperkingen, zonder chronische aandoeningen en in goede geestelijke gezondheid berekenen. In Figuur 2 zijn voor alle relevante indicatoren de historische cijfers en de toekomstige trends in (gezonde) levensverwachting op 65-jarige leeftijd weergegeven. Deze cijfers zijn deels afkomstig van het CBS en deels van het RIVM (zie tekstblok 2).

Berichtgevingen over de gezonde levensverwachting zijn positief, althans, afhankelijk van wat er onder 'gezond' verstaan wordt. De levensverwachting in goede geestelijke gezondheid nam sinds de eerste meting in 2001 tot 2017 met 4,3 jaar toe voor mannen en 3,2 jaar voor vrouwen. Deze positieve trend suggereert dat er ook in de toekomst nog winst in goede geestelijke gezondheid te behalen is, al kunnen we vanwege de relatief korte observatieperiode en de grilligheid van de gegevens in de Gezondheidsenquête geen betrouwbare schattingen maken voor de toekomst. De levensverwachting zonder lichamelijke

(Gezonde) levensverwachting op 65-jarige leeftijd (LV 65)



Figuur 2. Levensverwachting, gezonde levensverwachting (uitgedrukt in verschillende indicatoren) en de AOW-leeftijd. Geobserveerde trends uit het verleden en projecties naar de toekomst (bron: CBS, 2019 [1, 12]; RIVM, 2018 [6]; Rijksoverheid, 2019 [9])

beperkingen is sinds 1990 flink gestegen, en de verwachting is dat deze de komende jaren nog verder stijgt. De verwachte stijging van 2018 tot 2040 is 2,8 jaar voor zowel mannen als vrouwen. De levensverwachting in als goed ervaren gezondheid zal naar verwachting ook verder toenemen, met 2,3 jaar voor mannen en 1,9 jaar voor vrouwen van 2018 tot 2040. Wanneer we kijken naar de levensverwachting zonder chronische aandoening zien we tegengestelde trends wanneer er verschillende definities en bronnen voor 'chronische aandoening' worden gebruikt (zie tekstblok 2). Volgens berekeningen van het CBS is de levensverwachting zonder chronische aandoening tussen 2001 en 2017 afgenomen, met 0,3 jaar voor mannen en 1,2 jaar voor vrouwen. Volgens berekeningen van het RIVM neemt de levensverwachting zonder chronische aandoening de komende jaren wel licht toe, met 0,2 jaar voor zowel mannen als vrouwen in de periode 2018-2040. De AOW-leeftijd stijgt echter sneller, en dit betekent dat vanaf de eerste jaren van 2030 de AOW-leeftijd hoger komt te liggen dan de levensverwachting op leeftijd 65 zonder chronische aandoening.

Verkregen jaren grotendeels in goede gezondheid maar met ziekte

Tabel 1 laat zien dat van de gewonnen levensjaren in 2040 slechts voor 8% (mannen) en 6% (vrouwen) zonder chronische aandoening zullen zijn. De jaren die 65-plussers erbij krijgen, zijn dus vooral jaren met één of meerdere chronische aandoeningen. Tegelijkertijd zijn het ook jaren voor mannen geheel en voor vrouwen nagenoeg zonder beperkingen (respectievelijk 100% en 97%). Zeker bij mannen is ook de winst in als goed ervaren gezondheid groot (86%). Bij vrouwen blijft deze wat achter (66%). Toevallig of niet, maar 66% staat gelijk aan twee derde, en komt overeen met de koppeling van de AOW-leeftijd aan de levensverwachting op 65-jarige leeftijd. Met deze gekozen koppeling blijft het aantal gezonde jaren na de AOW-leeftijd, uitgedrukt in als (zeer) goed ervaren gezondheid of zonder lichamelijke beperkingen, hierdoor minimaal gelijk (voor vrouwen) of neemt toe (bij mannen). Het betreft hier uiteraard gemiddelden. Afhankelijk van de persoonlijke gezondheid en omstandigheden kan voor ieder individu iets anders gelden, hetzij gunstiger, hetzij ongunstiger.

Tabel 1. Aandeel gezondheid per gewonnen levensjaar, 2018-2040

	Mannen	Vrouwen
Zonder lichamelijke beperkingen	100%	97%
In als (zeer) goed ervaren gezondheid	86%	66%
Zonder chronische aandoening (RIVM)	8%	6%

Verschillen in (gezonde) levensverwachting tussen mannen en vrouwen

Vrouwen leven gemiddeld langer dan mannen. Overal ter wereld is dat zo. Biologische factoren verklaren een deel van de verschillen tussen mannen en vrouwen. Het grootste deel van het verschil in levensverwachting is echter het gevolg van verschillen in gedrag of leefstijl, waarvan de oorsprong diep in de historie ligt. Het rookgedrag is daarbij het belangrijkste voorbeeld. Vrijwel alle mannen in de grote

naoorlogse geboortecohorten rookten. Het was een uitzondering als een man niet rookte en een vrouw wel. Later gingen ook vrouwen veelvuldig roken en nam het verschil in levensverwachting onder meer hierdoor af, ook omdat onder mannen toen al een daling was ingezet. Die daling in het percentage rokende mannen zet door, maar de gevolgen blijven nog lange tijd merkbaar. Naast roken spelen ook allerlei andere factoren een rol, zoals verschillen in ongevalsrisico's. In 2040 is de resterende levensverwachting op 65 jaar naar verwachting drie jaar hoger voor vrouwen dan voor mannen. De resterende levensverwachting in als goed ervaren gezondheid is echter juist hoger voor mannen. Dat geldt ook voor de levensverwachting zonder beperkingen. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn voor deze indicator zelfs het grootst, namelijk 1,6 jaar in 2040. Deze tweesporige trend heeft belangrijke gevolgen: vrouwen leven langer, maar mannen hebben meer gezonde jaren en jaren zonder beperkingen. De verschillen worden naar 2040 toe eerder groter dan kleiner, zeker waar het de ervaren gezondheid betreft.

Levensverwachting zonder beperkingen verschillend per meetinstrument

Er zijn veel verschillende manieren om lichamelijke beperkingen te meten. Sinds begin jaren tachtig gebruikt het CBS een indicator die door de *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) is ontwikkeld (zie tekstblok 2). Dit is een internationaal meetinstrument gebaseerd op zeven vragen over beperkingen in horen, zien en bewegen. Sinds 2014 worden beperkingen in de Gezondheidsenquête ook op een andere manier gemeten, namelijk met de GALI-indicator. Hiermee wordt op basis van één of twee vragen in kaart gebracht of personen vanwege gezondheidsproblemen moeite hebben met dagelijkse activiteiten voor de duur van zes maanden en langer. De GALI-indicator is hiermee een bredere maat en beperkt zich dus niet enkel tot de beperkingen volgens de OECD-indicator [13]. Figuur 2 laat zien dat de levensverwachting met een GALI-beperking ook lager is dan de levensverwachting met een OECD-beperking. Vanwege de korte beschikbare trend in de levensverwachting zonder GALI-beperking is het echter niet mogelijk om betrouwbare schattingen te maken voor de toekomst. Uit een studie gebaseerd op SHARE-data blijkt echter dat de prevalentie van GALI-beperkingen van 50-65-jarigen en 65-plussers gelijk is gebleven over de periode 2004-2013 [14]. Een andere studie op basis van EU-SILC-data laat zien dat de levensverwachting op 65-jarige leeftijd zonder GALI-beperking in de periode 2008-2016 in Nederland niet is gestegen [15]. Als deze trend doorzet, zou dit kunnen betekenen dat men in de toekomst na de AOW-leeftijd meer jaren met GALI-beperkingen zal doorbrengen.

Tekstblok 2: Methode en gezondheidsindicatoren voor de gezonde levensverwachting

De gezonde levensverwachting

De gezonde levensverwachting (GLV) wordt berekend door de 'gewone' levensverwachting (LV) te combineren met een indicator voor gezondheid. De LV wordt op een standaard manier berekend met behulp van zogenoemde overlevingstafels [16]. Voor gezondheid kunnen verschillende indicatoren worden genomen, wat dan ook resulteert in verschillende GLV's. Deze GLV's zijn goed te vergelijken met elkaar, omdat ze gebaseerd zijn op dezelfde sterftetafels. De projecties voor de GLV's tot 2040 zijn afkomstig van de Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV) 2018. De methodebeschrijving hiervan is elders te vinden [17]. Hieronder wordt een aantal indicatoren voor gezondheid toegelicht die in dit rapport gebruikt zijn om de GLV te berekenen.

Ervaren gezondheid (CBS-gezondheidsenquête)

In de loop der jaren is de vraag naar de ervaren gezondheid op twee (vrijwel identieke) manieren gesteld, namelijk:

1. Hoe is over het algemeen uw gezondheid?
2. Hoe is over het algemeen uw gezondheidstoestand?

Mensen die deze vraag beantwoorden met 'goed' of 'zeer goed' worden gezond genoemd. Overige antwoordcategorieën zijn: 'zeer slecht', 'slecht', en 'gaat wel'.

Goede geestelijke gezondheid (CBS-gezondheidsenquête)

Als maat voor de geestelijke gezondheid is gebruikgemaakt van de *Mental Health Inventory* (MHI-5). De MHI-5 meet de algemene psychische gezondheidstoestand in een bevolking. Dit wordt bepaald door de balans tussen de mate van positieve en negatieve gevoelens. De MHI-5 bevat de volgende vragen:

1. Voelde u zich erg zenuwachtig?
2. Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?
3. Voelde u zich kalm en rustig?
4. Voelde u zich neerslachtig en somber?
5. Voelde u zich gelukkig?

Bij deze vragen wordt een referentieperiode van vier weken gehanteerd. De antwoordmogelijkheden bevatten de categorieën 'voortdurend', 'meestal', 'vaak', 'soms', 'zelden' en 'nooit'. De somscores bevinden zich tussen 0 en 100. Bij een score van 60 of meer is een respondent gekwalificeerd als gezond, en bij een score van minder dan 60 als ongezond.

Beperkingen (CBS-gezondheidsenquête)

De OECD-indicator is gebaseerd op de volgende zeven vragen: Kunt u...

1. een gesprek volgen in een groep van drie of meer personen (zo nodig met hoorapparaat);
2. met één andere persoon een gesprek voeren (zo nodig met hoorapparaat);

3. kleine letters in de krant lezen (zo nodig met bril of contactlenzen);
4. op een afstand van 4 meter het gezicht van iemand herkennen (zo nodig met bril of contactlenzen);
5. een voorwerp van 5 kilo, bijvoorbeeld een volle boodschappentas, 10 meter dragen;
6. rechtopstaand kunnen bukken en iets van de grond oppakken;
7. 400 meter aan een stuk lopen zonder stil te staan (zo nodig met stok).

Antwoordcategorieën op deze vragen zijn: zonder moeite; met enige moeite; met grote moeite; kan niet. De indicator scoort 'ja' als minstens één van de zeven vragen met 'kan niet' of 'met grote moeite' wordt beantwoord.

GALI-beperking (CBS-gezondheidsenquête)

Voor de GALI (*Global Activity Limitation Indicator*) wordt de volgende vraag gesteld: 'In welke mate bent u (is uw kind) vanwege problemen met uw (zijn of haar) gezondheid sinds zes maanden of langer beperkt in activiteiten die mensen (kinderen) gewoonlijk doen?'

Antwoordcategorieën zijn: 'Ernstig beperkt', 'Wel beperkt, maar niet ernstig' en 'Helemaal niet beperkt'. Voor de levensverwachting zonder GALI-beperkingen geldt dat respondenten die antwoorden met 'ernstig beperkt' of met 'wel beperkt, maar niet ernstig', worden gezien als beperkt.

Chronische aandoening (CBS-gezondheidsenquête)

Bij het hebben van een chronische aandoening wordt er naar het hebben van een van de volgende (clusters van) aandoeningen gevraagd:

1. Astma, chronische bronchitis
 2. Hartafwijking
 3. Beroerte
 4. Hoge bloeddruk
 5. Maag-darmstoornissen
 6. Suikerziekte
 7. Rugaandoening
 8. Reumatische/gewrichts- aandoeningen
 9. Migraine
 10. Kanker.
- Mensen worden als chronisch ziek beschouwd wanneer zij één van deze ziekten zeggen te hebben of te hebben gehad in de afgelopen twaalf maanden [12].

Chronische aandoening (RIVM o.b.v. NIVEL)

Het hebben van een chronische aandoening kan ook bepaald worden aan de hand van de NIVEL-eerstelijns-zorgregistratie [18]. Hiervoor wordt een lijst van in totaal 109 chronische aandoeningen uit de *International Classification of Primary Care* (ICPC17) gebruikt, dat wil zeggen een aandoening waarvan je in principe niet herstelt, en die je dan de rest van je leven zult hebben. Hieronder vallen bijvoorbeeld kankers, hart- en vaataandoeningen, diabetes en astma. Depressie, nek- en rugklachten en migraine vallen hier bijvoorbeeld niet onder, omdat je daarvan kunt genezen en die dus aangemerkt worden als langdurig [17].

Gezonde levensverwachting versus prevalentie gezondheidsproblemen

De levensverwachting is een veelgebruikte indicator voor de volksgezondheid. Het is echter wel een indicator die over het gemiddelde van de hele bevolking gaat. Verschillen tussen mensen of bevolkingsgroepen worden niet zichtbaar. Er zijn ook mensen met een lagere levensverwachting, en mensen met een hogere. De projecties van de gezonde levensverwachting op de leeftijd van 65 jaar, en voornamelijk de levensverwachting zonder beperkingen en in goed ervaren gezondheid, zouden de suggestie kunnen wekken dat een verhoging van de AOW-leeftijd geen problemen zal opleveren voor de inzetbaarheid van 65- tot 70-jarigen. Maar die suggestie gaat aan onderliggende verschillen voorbij. De gezonde levensverwachting is een gemiddelde en geeft geen indicatie van hoeveel personen op 65-jarige leeftijd al gezondheidsproblemen hebben, bijvoorbeeld omdat zij op jonge leeftijd al met ziekten zijn geconfronteerd. Sommige gezondheidsproblemen treden al vroeg in de levensloop op, en gaan als het ware het hele leven mee. Inzicht in de gezondheid van zestigjarigen is wel nodig om te kunnen inschatten hoeveel personen de AOW-leeftijd in goede gezondheid zullen bereiken en hoeveel niet. In het volgende hoofdstuk richten we ons daarom op de prevalentie van gezondheidsproblemen, oftewel, op hoe vaak gezondheidsproblemen voorkomen bij zestig- tot zeventigjarigen.

Levensverwachting in perspectief

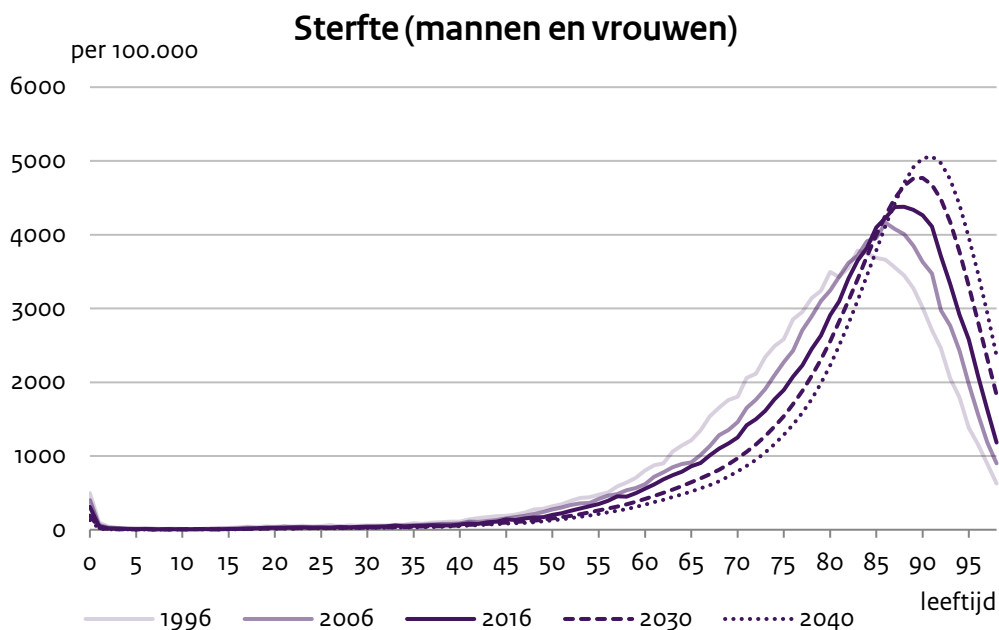
De gestage stijging van de levensverwachting heeft iets van een autonome trend in zich. Maar het is goed om je ervan bewust te zijn dat in de ene periode de stijging groter is dan in de andere. Hete zomers en heftige griepseizoenen zijn terug te vinden in een afgeremde levensverwachting. We hebben al gewezen op de invloed van roken. Kijken we over langere perioden, dan is de levensverwachting eerst toegenomen door betere voeding, schoon drinkwater en het terugdringen van infectieziekten, en later door de overwinningen die de geneeskunde heeft geboekt op de welvaartsziekten. Op de achtergrond spelen epidemiologische transitie dus een belangrijke rol. Maar ook het overheidsbeleid is van invloed. Zo is de snelle toename van de levensverwachting rond de millenniumwisseling in verband gebracht met investeringen in de ouderenzorg [19]. In die periode nam de levensverwachting 'iedere week met een weekend' toe. Inmiddels is die stijging weer afgevlakt. Een beweging die ook in andere landen wordt waargenomen. De OECD heeft ook gekeken naar oorzaken van de afvlakkende levensverwachting [20]. Naast het feit dat omstandigheden in alle landen verschillen, zoals sterfte door drugsgebruik, zijn er ook algemene patronen. In het algemeen lijkt in de westerse landen de sterftedaling bij hart- en vaatziekten een beetje uitgeput te zijn. De sterfte aan dementie neemt juist toe. Spannend is hoe de sterfteontwikkeling bij kanker zal zijn onder invloed van nieuwe behandelmethoden. Als we kijken naar leefstijl, dan zijn er verbeteringen als het gaat om roken en alcohol, maar zien we overgewicht alleen maar toenemen. Alle factoren en trends overziende, waagt de OECD zich niet aan een uitspraak of de afvlakking van de stijgende levensverwachting blijvend zal zijn of niet. Ook de gestage trend in levensverwachting is dus met diepere onzekerheden omgeven. Met dat perspectief moet ook naar de trends in dit rapport worden gekeken. Betere cijfers zijn er niet, maar de toekomst zal altijd anders zijn dan verwacht.

2 Winst in levensjaren en gezondheid

De trends in levensverwachting geven een algemeen beeld. We worden ouder, we worden ook gezonder en zieker tegelijkertijd. Op de achtergrond spelen allerlei ontwikkelingen een rol. En zijn er ook verschillen, zowel tussen bevolkingsgroepen als tussen leeftijdsgroepen. Met het oog op de AOW-leeftijd is het goed om naar voren te halen hoe de gezondheid zich op verschillende leeftijden ontwikkelt, en in het bijzonder voor de zestig- tot zeventigjarigen. We kijken eerst naar de winst in levensjaren en vervolgens naar gezondheid.

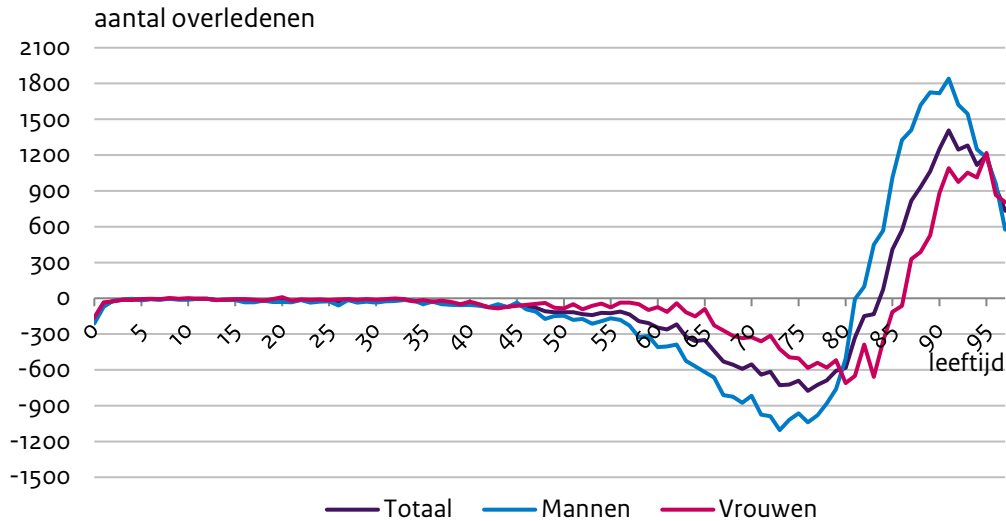
Winst in levensjaren

De kans om vóór de leeftijd van tachtig jaar te overlijden, is de laatste twee decennia flink afgenomen. In Figuur 3 zien we de (verwachte) ontwikkeling in sterfte naar leeftijd tussen 1996 en 2040. De piek in de sterfte is tussen 1996 en 2016 naar rechts verschoven, en zal in de toekomst naar verwachting nog verder opschuiven. Dat betekent dat steeds meer mensen op hogere leeftijd overlijden. Tussen 1996 en 2016 was deze winst in levensjaren groter voor mannen dan voor vrouwen, maar vanwege latere sterfte onder mannen, was er voor hen ook meer winst te behalen. De winst bij mannen is in Figuur 4 vooral te zien in de leeftijd 57-80 jaar (afname >200/100.000) met de grootste afname op 73 jaar (afname 1.100/100.000). Bij vrouwen was de winst vooral te zien in de leeftijd 66-84 jaar, met de grootste afname op tachtig jaar (afname 700/100.000).



Figuur 3. Aantal overledenen uitgesplitst naar leeftijd, historische trend en prognose (bron: CBS, 2019 [1])

Vershil sterfte in 2016 t.o.v. 1996

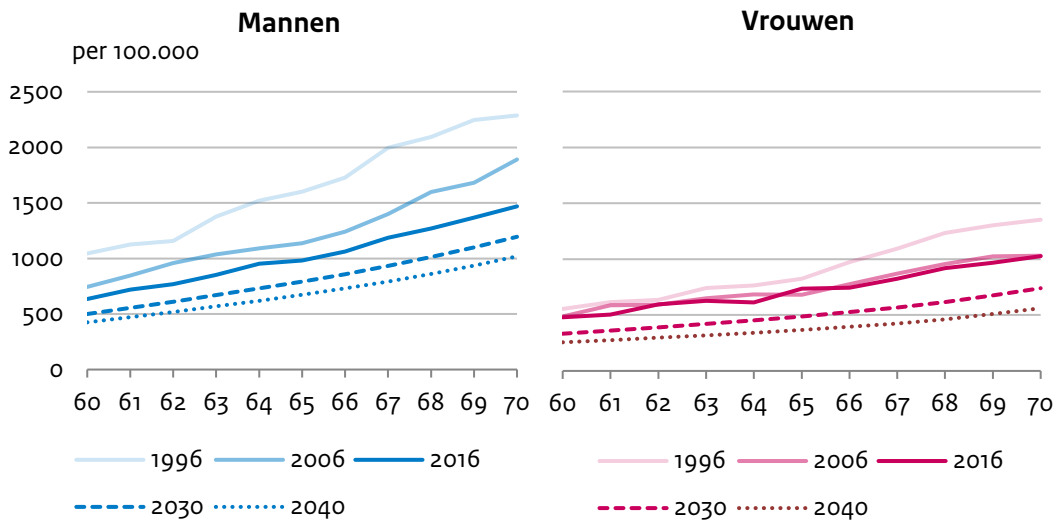


Figuur 4. Verschil in het aantal overledenen tussen 2016 en 1996 uitgesplitst naar leeftijd, voor totaal en mannen en vrouwen apart (bron: CBS, 2019 [1])

Winst in levensjaren voor 60-70-jarigen

Wanneer we in Figuur 5 specifiek naar de leeftijd 60-70 jaar kijken, dan zien we dat de winst in levensjaren het grootst was tussen 1996 en 2006. Bij vrouwen is er tussen 2006 en 2016 helemaal geen winst behaald. Toch verwacht het CBS de komende jaren voor zowel mannen als vrouwen een verdere daling in de sterfte voor 60-70-jarigen. De sterfte blijft naar verwachting in deze leeftijdsgroep ook in 2030 en 2040 hoger bij mannen dan bij vrouwen.

Sterfte

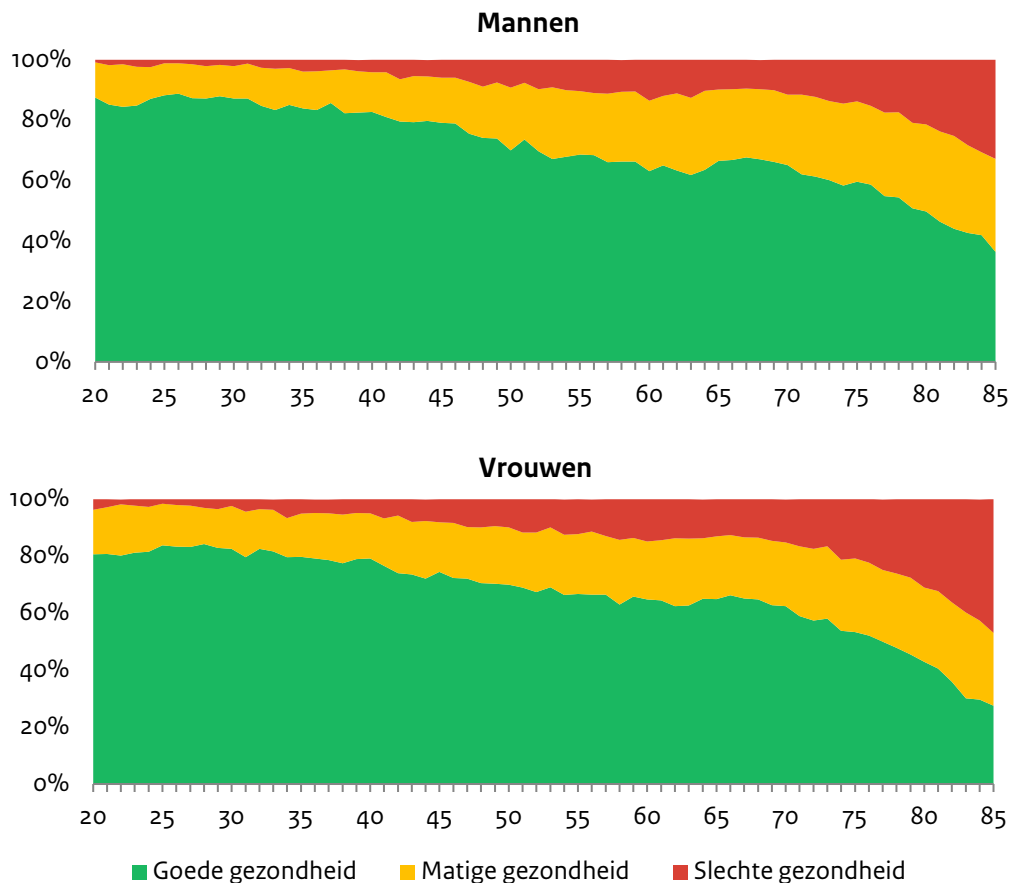


Figuur 5. Aantal overledenen uitgesplitst naar leeftijd (60-70 jaar), historische trend en prognose (bron: CBS, 2019 [1])

Levensloop en gezondheid

Zoals de sterfte met de leeftijd toeneemt, neemt de gezondheid met de leeftijd af. Ook nemen de beperkingen toe. Het gemiddelde patroon toont een gestage afname van gezondheid tot zo'n jaar of zeventig en daarna een versnelde afname, die bij vrouwen sterker is dan bij mannen. Figuur 6 laat dit zien voor 2016 op basis van de Gezondheidsmonitor [21]. Daarbij is gekozen voor een samengestelde gezondheidsmaat in drie categorieën: goede, matige en slechte gezondheid (zie tekstblok 3). Hoewel de steekproef van deze monitor heel groot is (bijna 460.000 personen), laat de grafiek wel wat grilligheid zien, doordat we het uitsplitsen naar éénjaarsklassen. Tussen de leeftijd van zestig en zeventig jaar lijkt er echter meer aan de hand te zijn, met name bij mannen, dan zomaar een rimpeling in het patroon. Omdat juist deze leeftijdscategorie van belang is voor de AOW-leeftijd, gaan we wat nauwkeuriger naar de onderscheiden leeftijdsgroepen kijken.

Gezondheid in 2016



Figuur 6: Gezondheid naar leeftijd, ingedeeld in drie categorieën: goede, matige en slechte gezondheid (bron: Gezondheidsmonitor 2016 [21])

*Tekstblok 3: Operationalisatie van gezondheid***Operationalisatie van gezondheid in dit rapport**

In dit rapport hebben we gezondheid geoperationaliseerd op basis van twee gezondheidsindicatoren: 'ervaren gezondheid' en 'lichamelijke beperkingen op basis van de OECD-indicator'. We onderscheiden drie categorieën van gezondheid:

Goede gezondheid: personen die hun gezondheid als (zeer) goed ervaren én geen beperkingen hebben;

Matige gezondheid: personen die hun gezondheid als minder dan goed ervaren óf een beperking hebben (maar niet beide);

Slechte gezondheid: personen die hun gezondheid als minder dan goed ervaren én een beperking hebben.

Gezondheidswinst in alle leeftijdsgroepen behalve bij 60-65-jarigen en 85-plussers

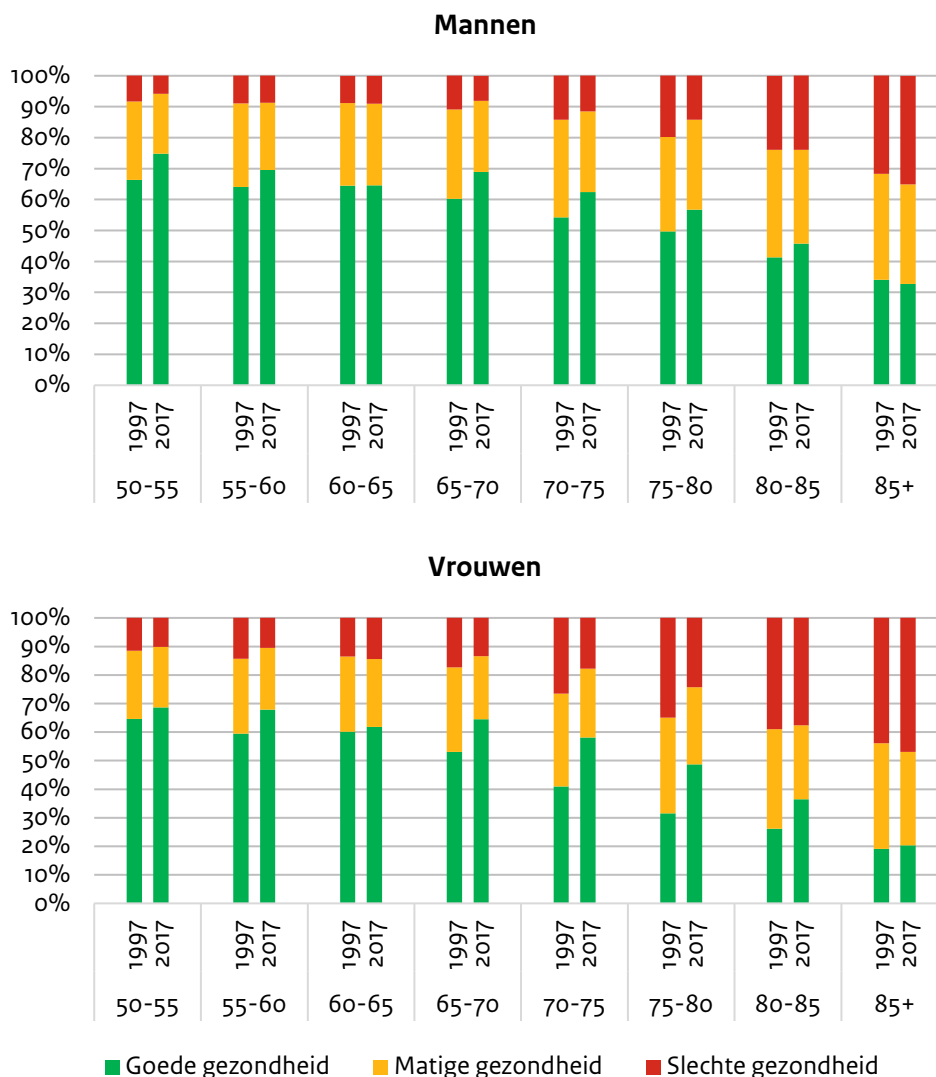
Figuur 7 laat zien dat in een periode van twintig jaar (1997-2017) in bijna alle leeftijdsklassen boven de vijftig jaar gezondheidswinst is behaald. Deze gezondheidswinst zien we vooral in de toename van het percentage mannen en vrouwen met een goede gezondheid. Deze toename van het percentage mensen met een goede gezondheid gaat voornamelijk samen met een afname in het percentage personen met een matige gezondheid. Er is over deze periode over het algemeen geen afname te zien in het percentage mannen en vrouwen met een slechte gezondheid, met uitzondering van de 70-75- en 75-80-jarige vrouwen. Bij de 60-65-jarigen en de 85-plussers is er helemaal geen gezondheidswinst geboekt van 1997 tot en met 2017. Bij de oudste groep lijkt de verklaring voor de hand liggend: de gemiddelde leeftijd van deze groep komt steeds hoger te liggen, waardoor de te verwachten gezondheidswinst niet wordt geobserveerd. Mogelijke verklaringen voor de stabiele gezondheid van 60-65-jarigen worden verderop in dit hoofdstuk besproken.

Gezondheidswinst toe te schrijven aan verschillende factoren

De verbetering in gezondheid is aan verschillende factoren toe te schrijven. De toename van de gezondheid van de bevolking hangt bijvoorbeeld samen met verbeterde leefomstandigheden van opeenvolgende generaties en is ook het gevolg van verbeteringen in de gezondheidszorg en preventie [22]. Door verbeterde diagnostiek komen aandoeningen eerder aan het licht, waardoor zij beter te behandelen zijn. Ook is er veel winst behaald door nieuwe en verbeterde behandelingen van aandoeningen. Verder zien we dat het opleidingsniveau van opeenvolgende cohorten is gestegen. Een hoger opleidingsniveau gaat over het algemeen samen met betere kansen op de arbeidsmarkt, met gunstigere arbeidsomstandigheden, een hoger salaris waardoor gezonde keuzen beter betaalbaar zijn, en zeker ook met betere gezondheidsvaardigheden. Al deze factoren dragen bij aan een betere gezondheid.

Er hebben ook veranderingen plaatsgevonden die een negatieve invloed hebben gehad op de gezondheid. Zoals de toename van overgewicht. Tot op heden hebben de positieve veranderingen een sterkere invloed gehad dan de negatieve veranderingen.

Gezondheid in 1997 en 2017



Figuur 7. Trend in gezondheid van 1997-2017 (bron: Data bewerkt door het RIVM op basis van Gezondheidsenquête 1997-2017 [11])

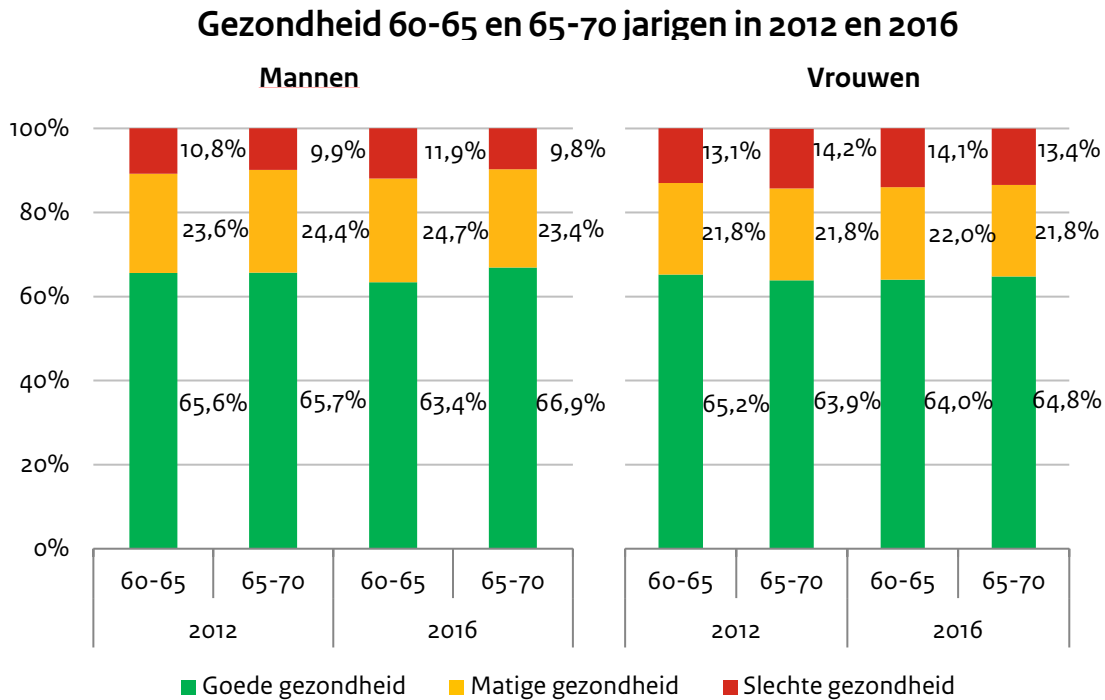
Gezondheid 60-70-jarigen volgens de Gezondheidsmonitor

Wanneer we de gezondheid van 60-65-jarigen en 65-70-jarigen bestuderen aan de hand van gegevens uit de Gezondheidsmonitor van 2012 en 2016, zien we twee onverwachte dingen (Figuur 8). Allereerst zien we dat in 2016 de gezondheid van 65-70-jarigen beter was dan die van 60-65-jarigen. Ten tweede zien we dat de gezondheid van 60-65-jarigen slechter is geworden tussen 2012 en 2016. Hieronder gaan we dieper in op deze bevindingen.

65-70-jarigen gezonder dan 60-65-jarigen

Het algemene beeld is dat de gezondheid afneemt bij het ouder worden. Dit beeld zien we ook bij vrouwen in 2012. In dit jaar had 65,2% van de 60-65-jarige vrouwen een goede gezondheid, en 63,9% van de 65-70-jarige vrouwen (Figuur 8). Bij mannen zagen we echter al in 2012 dat er evenveel gezonde 60-65-jarige mannen als 65-70-jarige mannen waren

(65,7%). In 2016 veranderde dit beeld. Zowel bij mannen als bij vrouwen zien we dat de gezondheid van 65-70-jarigen beter was dan die van 60-65-jarigen. Dit is vermoedelijk het gevolg van de achteruitgang in gezondheid van 60-65-jarigen van 2012 tot 2016, terwijl de gezondheid van 65-70-jarigen wel toenam.



Figuur 8. Percentage 60-65 jarigen en 65-70 jarigen met een goede, matige en slechte gezondheid in 2012 en 2016 (bron: Gezondheidsmonitor 2012 en 2016 [21]).

De achteruitgang van de gezondheid van 60-65-jarigen

Uit Figuur 8 blijkt dat de generatie 60-65-jarige mannen in 2016 ongezonder was dan de 60-65-jarige mannen in 2012. De opvallendste gebeurtenis die heeft plaatsgevonden in de tussenliggende periode voor deze leeftijdsgroep is dat door verschillende beleidsmaatregelen het eerder stoppen met werken (financieel) niet meer mogelijk was. Tussen 2012 en 2016 is de gemiddelde pensioenleeftijd van werknemers dan ook met één jaar gestegen, en dit betrof meer mannen dan vrouwen, omdat de arbeidsparticipatie in deze leeftijdsgroep hoger is onder mannen. Het is mogelijk dat het verlies aan uittredmogelijkheden en het daardoor langer door moeten werken, samenhangt met het verlies in gezondheid. De beleidsmaatregelen vonden redelijk abrupt plaats. Voor de generatie geboren in 1950 of later raakte de pensioendatum waarop men al jaren rekende, plotseling uit zicht. Onderzoek onder werknemers laat zien dat zij zich overvallen voelden en zich niet goed hebben kunnen voorbereiden op het langer doorwerken [23]. Mogelijk hebben gevoelens van boosheid, stress en machteloosheid geleid tot een als slechter ervaren gezondheid. Met de data van de Gezondheidsmonitor proberen we te achterhalen of het verlies aan uittredmogelijkheden inderdaad een rol speelt.

Tabel 2. Verschil in gezondheid van 60-65-jarigen in 2016 versus 2012. Verschil uitgedrukt in Odds ratio's (ORs), vetgedrukte getallen zijn statistisch significant (n=91.568).

	Mannen	Vrouwen
	OR (95% BI)	OR (95% BI)
Combinatiemaat gezondheid		
Goede Gezondheid (vs. matig/slecht)	0,91 (0,85-0,97)	0,95 (0,89-1,01)
+ correctie pensioen*	1,01 (0,94-1,08)	1,01 (0,95-1,08)
Slechte Gezondheid (vs. matig/goed)	1,13 (1,02-1,26)	1,09 (0,99-1,21)
+ correctie pensioen	1,02 (0,92-1,14)	0,94 (0,85-1,04)
Ervaren gezondheid		
Minder dan goed ervaren gezondheid (vs. goed/uitstekend)	1,10 (1,03-1,18)	1,08 (1,01-1,15)
+ correctie pensioen	0,99 (0,92-1,06)	1,04 (0,97-1,12)
Lichamelijke beperkingen		
≥1 beperking (vs. geen)	1,10 (1,01-1,21)	1,04 (0,96-1,13)
+ correctie pensioen	1,01 (0,92-1,10)	1,01 (0,93-1,10)

* Correctie pensioen: de samenhang in gezondheid en jaartal is gecorrigeerd ten aanzien van of mensen wel of niet met pensioen zijn.

Rol van pensionering in de ontwikkeling van gezondheid

In Tabel 2 vergelijken we de gezondheid van 60-65-jarigen in 2016 met de gezondheid van 60-65-jarigen in 2012. Een Odds ratio kleiner dan 1 geeft aan dat de prevalentie van de betreffende gezondheidsmaat in 2016 lager is dan in 2012. De samenhang tussen gezondheid en jaartal is vervolgens gecorrigeerd voor het wel of niet met pensioen zijn. In 2012 gaf 48% van de mannen en 32% van de vrouwen aan met pensioen te zijn. In 2016 was dit respectievelijk 28% en 21%.

In de tabel zien we dat de 60-65-jarige mannen in 2016 significant ongezonder zijn dan in 2012. Bij vrouwen zien we dit ook, maar dit verschil is niet significant. Na correctie voor pensionering verdwijnen de verschillen. Het verschil wordt dus vooral veroorzaakt door de groep die in 2016 niet met pensioen is gegaan. Dit suggereert dat het verlies van mogelijkheden tot vervroegd uittreden een verklaring kan zijn voor deze verschillen. Om dit met meer zekerheid te kunnen stellen is nader onderzoek nodig, waarin verschillende mogelijke verklaringen tegen het licht worden gehouden.

Mogelijke verklaringen voor achteruitgang gezondheid 60-65-jarigen tussen 2012 en 2016

Zoals gezegd heeft het verlies van mogelijkheden tot vervroegd uittreden er mogelijk toe geleid dat de gezondheid van de groep 60-65-jarigen als geheel achteruit is gegaan tussen 2012 en 2016. Maar wat hieraan ten grondslag ligt is onbekend. Dat boosheid, stress en machteloosheid hierbij een rol spelen, lijkt toch niet het geval te zijn. Ervan uitgaande dat boosheid, stress en machteloosheid zich vooral uiten in een als slechter ervaren gezondheid en minder in beperkingen, dan kunnen we dit tegenspreken. Tabel 2 laat zien dat bij mannen niet

alleen de ervaren gezondheid slechter is geworden, maar dat ook het aantal mannen met een beperking is toegenomen. Behalve boosheid kunnen ook andere factoren die samenhangen met het verlies aan uittredmogelijkheden een rol spelen in de achteruitgang van gezondheid. Een van deze mogelijke factoren is de belasting die zestigplussers ervaren als zij werk en mantelzorgtaken combineren. Door de explosieve stijging van het aantal werkende zestigplussers is ook het aantal zestigplussers toegenomen dat werk en mantelzorgtaken combineert. Volgens het NIDI combineert bijna de helft van de werkende zestigplussers werk met mantelzorgtaken [24]. De onderzoekers constateren dat deze werknemers meer gezondheidsklachten ervaren dan degenen die geen mantelzorg verlenen. Een andere factor kan de toenemende disbalans in werkbelasting enerzijds en belastbaarheid of verwerkingsvermogen anderzijds zijn. Door het langer doorwerken worden werkenden niet alleen langer blootgesteld aan een bepaalde werkbelasting, maar ook op een hogere leeftijd, waarop zij mogelijk meer moeite hebben met het verwerken van deze belasting [25]. Dit kan vooral een probleem zijn voor werkenden in zware beroepen. Uiteraard kunnen er ook verklaringen buiten het langer doorwerken gezocht worden. Hierbij kan gedacht worden aan cohortverschillen, zoals de toename van chronische ziekten, obesitas en excessief alcoholgebruik, en afname in lichamelijke beweging tussen opeenvolgende cohorten [26]. Kortom, er is op basis van ons onderzoek niet één duidelijke oorzaak aan te wijzen voor de achteruitgang in gezondheid van 60-65-jarigen tussen 2012 en 2016, en het is ook niet bekend of dit een blijvend fenomeen is. Meer onderzoek naar verklaringen en monitoring van de gezondheid van mensen in de jaren voor de AOW-leeftijd is daarom gewenst.

Trends in gezondheid niet altijd positief

De over het algemeen positieve trend in gezondheid die wij vinden (met uitzondering van de 60-65-jarigen) wordt niet volledig ondersteund door de wetenschappelijke literatuur. Er zijn meerdere studies die laten zien dat de fysieke gezondheid van 55-70-jarigen achteruit is gegaan in de afgelopen decennia [27-30]. Andere studies laten net zoals onze analyses een verbetering of stabilisatie zien [14, 31]. Deze discrepanties in trends kunnen worden verklaard doordat verschillende landen, leeftijdsgroepen en perioden zijn onderzocht, maar ook door het gebruik van andere meetinstrumenten [14]. In onze maat voor gezondheid zit onder andere de OECD-vragenlijst, waarbij we trends in horen, zien en mobiliteit hebben samengenomen. Mogelijk was de trend iets minder positief als wij alleen naar mobiliteit gekeken hadden. Bij het interpreteren van de trends in gezondheid is het dus belangrijk te beseffen naar welke gezondheidsmaat precies gekeken wordt. De trend in mentale gezondheid hebben wij achterwege gelaten, maar er zijn ook aanwijzingen in de literatuur dat deze achteruitgaat onder 55-70-jarigen [32]. Een goede mentale gezondheid is ook een zeer belangrijke voorwaarde om langer door te kunnen werken, zoals de World Health Organization (WHO) onlangs heeft onderstreept in een uitgebreide studie naar de beleidsmatige en gezondheidsaspecten van langer doorwerken [33].

Ongezondheid neemt toe bij oudere werkenden

Er zijn ook studies uitgevoerd naar trends in de gezondheid van oudere werkenden, waarbij niet-werkenden dus buiten beschouwing worden gelaten. Deze studies laten zien dat de oudere werkende bevolking in de afgelopen decennia ongezonder is geworden in fysiek, mentaal en algemeen opzicht [34-36]. Niet alleen is het aandeel ongezonde werkenden toegenomen, ook werken oudere werkenden langer door met deze gezondheidsproblemen. Deels is dit een afspiegeling van de trend in de totale bevolking, maar deels komt dit ook doordat er een flinke toename is geweest in de arbeidsdeelname van 55-plussers. Hiermee zijn ook meer ongezonde mensen gaan of blijven werken. Of dit komt doordat mensen langer door kunnen of móeten werken met gezondheidsproblemen is onbekend, maar waarschijnlijk is het een combinatie van beide. Overigens is de cognitieve gezondheid wel verbeterd onder de werkenden, wat juist weer kansen biedt om langer te kunnen doorwerken [35].

We hebben ook gekeken of deze toename in ongezondheid ook te zien is tussen 2012 en 2016 in de Gezondheidsmonitor. Tabel 3 laat zien dat dit inderdaad grotendeels het geval is. Werkende mannen hadden in 2016 minder vaak een goede gezondheid en vaker een matige gezondheid ten opzichte van 2012. Zowel een toename van het aantal werkende mannen met een als slecht ervaren gezondheid, als met één of meer beperkingen lag hieraan ten grondslag. Werkende vrouwen hadden in 2016 vaker een slechte gezondheid dan in 2012. Dit werd enkel veroorzaakt door een toename in het aandeel werkende vrouwen met een als slecht ervaren gezondheid.

Tabel 3. Verschil in gezondheid tussen 2012 en 2016 bij selectie werkenden in de leeftijd 60-65 jaar; vetgedrukte getallen zijn statistisch significant (n=37.747).

	Mannen		Vrouwen	
	2012	2016	2012	2016
Combinatiemaat gezondheid				
Goede gezondheid	75,0%	73,3%	77,4%	76,3%
Matige gezondheid	19,9%	21,3%	17,9%	18,1%
Slechte gezondheid	5,1%	5,4%	4,7%	5,6%
Ervaren gezondheid				
Goed ervaren gezondheid	79,6%	78,4%	82,7%	80,8%
Slecht ervaren gezondheid	20,4%	21,6%	17,3%	19,2%
Lichamelijke beperkingen				
Geen beperkingen	90,4%	89,4%	89,8%	89,8%
≥ 1 beperking(en)	9,6%	10,6%	10,2%	10,2%
Aantal (n)	8.970	12.997	6.221	9.559

3 Scenario's voor de gezondheid van 60-70-jarigen in 2040

In dit hoofdstuk brengen we in kaart hoe de gezondheid van 60-70-jarigen zich in de periode tot 2040 naar verwachting zal ontwikkelen. We sluiten aan bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het RIVM [17] en verwerken daarin de verwachte toename van de AOW-leeftijd tot 68 jaar in 2040. Deze projecties naar de toekomst geven een indruk of de extra levensjaren door de toenemende levensverwachting en de extra arbeidsjaren door de stijgende AOW-leeftijd in een goede of minder goede gezondheid worden doorgebracht. We hanteren dezelfde operationalisatie voor gezondheid als in hoofdstuk 3 (tekstblok 3). De gebruikte data zijn afkomstig uit de Gezondheidsenquête (1990-2017) [11] en de Gezondheidsmonitor (2016) [21]. Deze verkenning gaat uit van de beste cijfers en de meest betrouwbare trendanalyses, maar is desondanks met onzekerheid omgeven. We presenteren daarom twee varianten die een bandbreedte aangeven.

Twee varianten geven bandbreedte aan

De recente, deels tegenstrijdige, ontwikkelingen in de gezondheid maken het lastig om in te schatten hoe de gezondheid zich de komende jaren zal ontwikkelen. In hoofdstuk 3 hebben we gezien dat de gezondheid van 60-65-jarigen de laatste jaren niet is verbeterd, en zelfs slechter is geworden dan de gezondheid van 65-70-jarigen. Onze analyses geven ons het vermoeden dat deze stagnatie in gezondheid van 60-65-jarigen wordt veroorzaakt doordat deze groep niet of moeilijker eerder kon stoppen met werken. We weten echter niet of dit negatieve gezondheidseffect van niet eerder kunnen stoppen met werken een tijdelijke of een blijvende invloed heeft. Daarom werken we twee varianten uit. In de eerste variant (Variant A), gaan we ervan uit dat de stagnatie in gezondheid van 60-65-jarigen een tijdelijk verschijnsel is geweest, en dat de gezondheid van 60-70-jarigen de komende jaren verder zal toenemen in lijn met de algemene langetermijntrends. Dit is een optimistische variant, die gezien kan worden als de verwachte bovengrens van gezondheid. In de tweede variant (Variant B) gaan we ervan uit dat langer doorwerken wél blijvende effecten heeft en ervoor zal zorgen dat de gezondheid van 60-70-jarigen niet verder zal verbeteren, en dat de gezondheid van 65-68-jarigen zelfs zal verslechteren (oftewel het niveau van 60-65-jarigen zal aannemen) vanwege de stijgende AOW-leeftijd en het langer doorwerken. Dit is de pessimistische variant, en deze kan gezien worden als de verwachte ondergrens. Hieronder leggen we uit hoe we tot deze varianten zijn gekomen. In Tabel 4 staat dit nog eens kort samengevat.

Scenario A: Er is geen langdurig negatief gezondheidseffect van langer doorwerken

Aanname

In scenario A gaan we ervan uit dat de stagnatie in gezondheid van 60-65-jarigen een tijdelijk fenomeen is. Deze stagnatie is gerelateerd aan het langer doorwerken, maar de achterliggende oorzaak is niet bekend. We gaan ervan uit dat deze stagnatie van tijdelijke aard is, vooral

doordat de wijzigingen in een relatief kort tijd hebben plaatsgevonden en de betrokkenen min of meer hebben overvallen. De komende generaties zestigplussers weten al langere tijd dat zij door zullen moeten werken tot hogere leeftijden, en voor hen veronderstellen wij dat negatieve effect niet. Zij kunnen zich niet alleen mentaal voorbereiden op het langer doorwerken, maar ook praktisch, door zich bijvoorbeeld om te scholen als het werk te zwaar is om tot de AOW-leeftijd door te werken. In de praktijk blijkt echter nog dat dit niet altijd mogelijk is. Om deze variant daadwerkelijk te bereiken, zal ook het beleid meer gericht moeten worden op gezondheidsbevordering en duurzame inzetbaarheid. Deze optimistische variant geeft daarom een bovengrens aan.

Patroon

Het normale patroon is dat gezondheid met de leeftijd stapsgewijs en geleidelijk afneemt. Op basis van de Gezondheidsmonitor 2012 en 2016 concluderen we dat de gezondheid tussen de 55 en zeventig jaar (in vijfjaarklassen) heel langzaam afneemt, en dat na het zeventigste levensjaar een sterkere daling ingezet wordt. In scenario A gaan we ervan uit dat dit normale patroon waarbij gezondheid stapsgewijs afneemt met de leeftijd, zich zal herstellen in de toekomst.

De relatief wat minder goede gezondheid bij 60-65-jarigen wordt in deze variant genegeerd en we veronderstellen een lineaire afname van gezondheid tussen de 55 en zeventig jaar (zie GM 2016* in Figuur 9).

Startniveau

Om de gezondheid van 60-70-jarigen in 2040 te bepalen, gebruiken we in dit scenario de Gezondheidsmonitor 2016 als startniveau, waarbij we de gezondheid van 60-65-jarigen ophogen door het gemiddelde van de gezondheid van de omliggende leeftijdsgroepen (55-60, 65-70 jaar) te nemen. Voor de bepaling van het aandeel mannen in slechte gezondheid, reconstrueren we het startniveau van gezondheid van zowel 60-65-jarigen als 65-70-jarigen, door de absolute afname in gezondheid in de categorie goede gezondheid, gezien vanaf leeftijd 55-60, toe te passen. Deze aangepaste startniveaus geven de basis voor het toekomstscenario weer waarin er geen sprake is van een terugval door latere pensionering. In Figuur 9 worden deze startniveaus weergegeven.

Groei cijfer

Op het startniveau passen we een groeifactor toe. Om deze groeifactor nauwkeurig te schatten, hebben we voor mannen en vrouwen projecties gemaakt van de gezondheid tot 2040 voor vijfjaarklassen vanaf leeftijd 20, gebaseerd op de trends uit de Gezondheidsenquête van 1990 t/m 2017. De toepassing van de groeifactor op het startniveau (GM2016*) resulteert in de verwachte gezondheid in 2040 voor de leeftijdsklassen 60-65 en 65-70 jaar en voor mannen en vrouwen (Figuur 10, scenario A).

Scenario B: Langer doorwerken belemmert gezondheidswinst

Aanname

In scenario B gaan we ervan uit dat het waargenomen effect van langer doorwerken op de gezondheid blijvend is. We veronderstellen dat de gezondheid van 60-65-jarigen niet zal verbeteren de komende jaren.

Deze variant wordt ingegeven door het feit dat er de laatste twintig jaar geen gezondheidswinst is geboekt bij 60-65-jarigen, en dat dit – in ieder geval de laatste jaren – komt doordat deze groep niet of moeilijker eerder kon stoppen met werken. Aangezien de AOW-leeftijd in 2040 naar verwachting zal zijn gestegen tot 68 jaar, veronderstellen we ook dat dit effect tot 68 jaar zal aanblijven en dat de gezondheid van 65-68-jarigen op hetzelfde niveau blijft als van 60-65-jarigen. Ten slotte verwachten we in dit scenario dat de gezondheid ná de AOW-leeftijd (van 68-70-jarigen) ook niet trendmatig toeneemt. Dit laatste veronderstellen we onder de hypothese dat het gezondheidsverlies dat heeft plaatsgevonden in de leeftijd 60-68 jaar niet altijd te herstellen is. Na de pensionering is er dan wel een korte opleving van gezondheid als herstel van het daaraan voorafgaande gezondheidsverlies, maar geen trendmatige autonome toename. Na de leeftijd van zeventig jaar zet de algehele vermindering van gezondheid in (zie ook hoofdstuk 3, Figuur 6).

Patroon

In dit scenario gaan we ervan uit dat het patroon zoals geobserveerd in de Gezondheidsmonitor 2016 voor vijfjaarklassen blijft bestaan. Hierbij zien we een terugval in de gezondheid van 60-65-jarigen (zie GM 2016 in Figuur 9), die zich in 2040 zal uitstrekken tot 68 jaar.

Startniveau

Als startniveau gebruiken we in dit scenario de gezondheidsverdeling in vijfjaarklassen van de Gezondheidsmonitor 2016 (zie GM 2016 Figuur 9).

Groeicijfer

In dit scenario wordt geen groeicijfer toegepast, omdat we in deze variant geen trendmatige gezondheidswinst veronderstellen. Wel zal de terugval zich in de toekomst met de stijgende AOW-leeftijd uitbreiden naar de leeftijd van 68 jaar.

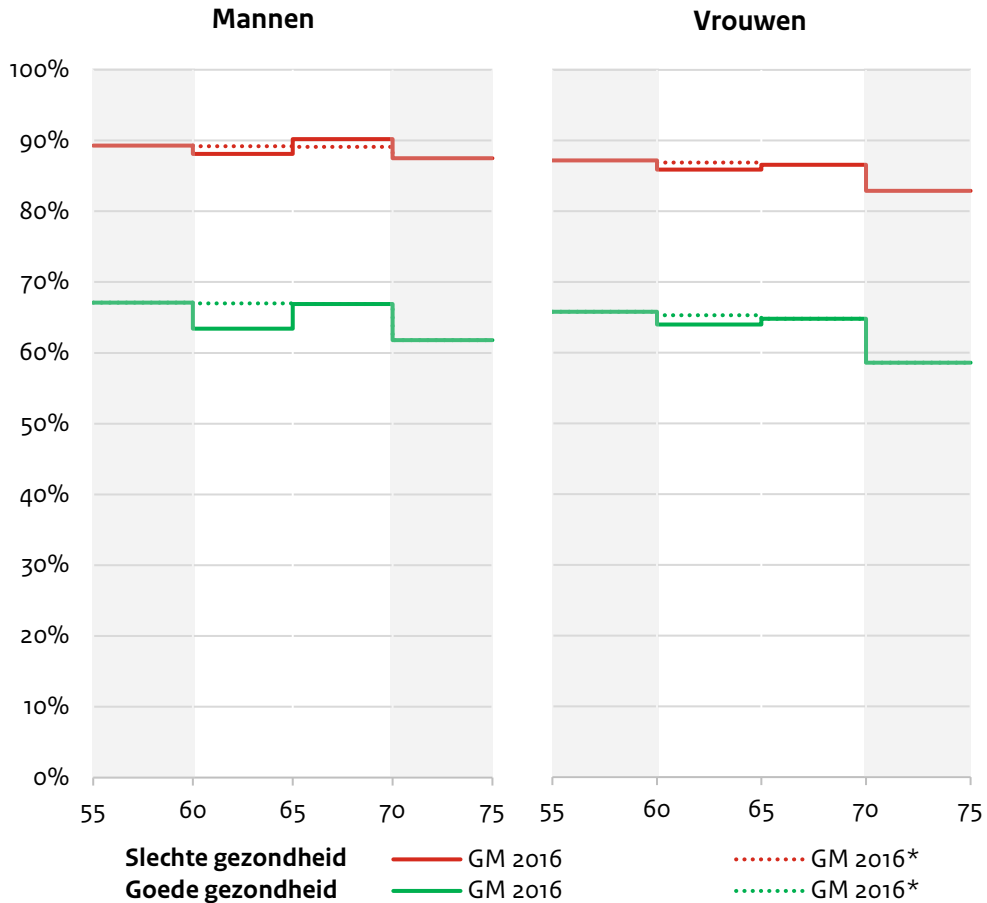
Tabel 4. Uitgangspunten voor projecties gezondheid tot 2040

	Scenario A	Scenario B
Aanname	De stagnatie in gezondheid van 60-65-jarigen in de periode 1997-2016 is tijdelijk geweest. In 2040 is het normale patroon (zie onder) weer hersteld. De gezondheid neemt autonoom toe de komende jaren, op basis van langlopende trends.	De stagnatie in gezondheid van 60-65-jarigen zal zich in 2040 uitbreiden tot 68 jaar (de AOW-leeftijd). Deze dip in gezondheid werkt ook nog door na de AOW-leeftijd. Er wordt geen autonome gezondheidswinst geboekt bij 60-70-jarigen.
Patroon	Met het stijgen van de leeftijd neemt de gezondheid af. Dit gebeurt in kleine, lineaire stapjes tussen 55-60 en 65-70 jaar. Na het zeventigste levensjaar neemt de gezondheid sterker af.	Met het stijgen van de leeftijd neemt de gezondheid af. Maar er zit een dip in gezondheid van personen tussen de zestig en de AOW-leeftijd.
Startniveau projectie	Zoals geobserveerd in de Gezondheidsmonitor 2016. Het startniveau voor sommige leeftijden wordt gereconstrueerd ten behoeve van bovengenoemd patroon (GM 2016*).	Zoals geobserveerd in de Gezondheidsmonitor 2016.
Groei cijfer	Het groei cijfer is afgeleid uit gezondheidsprojecties naar 2040 op basis van de Gezondheidsenquête 1990-2017. Dit groei cijfer is ten slotte toegepast op het (gereconstrueerde) startniveau.	Geen, 2040 heeft hetzelfde niveau als 2016.

Uitgangssituatie voor toekomstscenario's

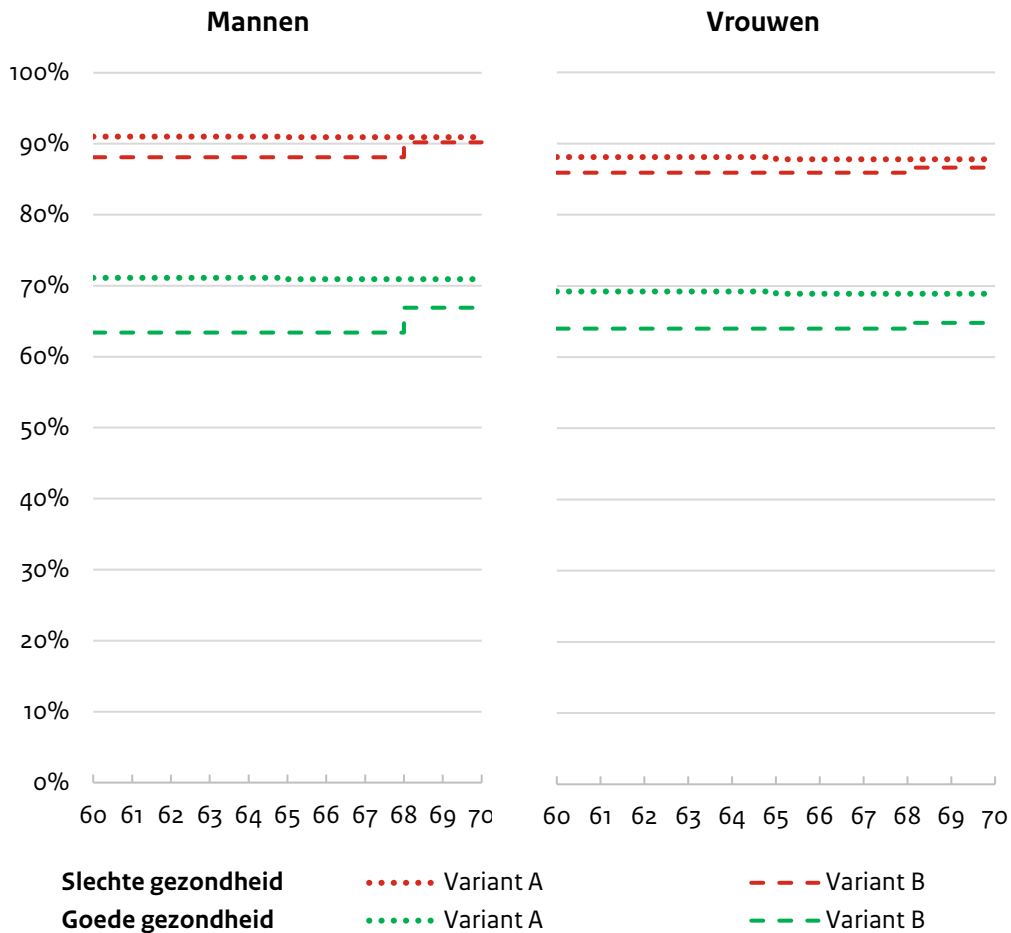
Figuur 9 geeft een schematische weergave van de uitgangssituatie voor de scenario's. De doorgetrokken lijnen geven de gezondheid weer zoals die is waargenomen in de Gezondheidsmonitor (GM 2016). Bij een goede gezondheid gaat het om mannen en vrouwen die hun gezondheid als goed ervaren en geen beperkingen ondervinden. Bij een slechte gezondheid worden er wel beperkingen ervaren en is de ervaren gezondheid minder dan goed. De doorgetrokken curves laten bij de leeftijdsgroep van 60-65 jaar de terugval in gezondheid zien die hierboven is besproken. Deze doorgetrokken lijnen vormen de uitgangssituatie voor scenario B. In scenario A wordt de waargenomen terugval als tijdelijk verondersteld. De gestippelde lijnen geven de reconstructie weer (GM 2016*). Scenario A is gebaseerd op deze curves.

Patroon en startniveaus voor toekomstscenario's



Figuur 9. Startniveaus en patroon van de gezondheid naar leeftijd en geslacht in 2016, waargenomen in de Gezondheidsmonitor (GM 2016) en gereconstrueerd ten behoeve van de toekomstscenario's (GM 2016*) (bron: Gezondheidsmonitor 2016 [21]). NB. Prevalentie van goede gezondheid bevindt zich onder de groene lijn en prevalentie van slechte gezondheid boven de rode lijn, zoals in figuur 6 (tussengebied is prevalentie van matige gezondheid).

Verwachting gezondheid naar leeftijd in 2040



Figuur 10. Percentage 60-70-jarige mannen en vrouwen met een goede of slechte gezondheid in 2040, in twee scenario's. NB. Prevalentie van goede gezondheid bevindt zich onder de groene lijn en prevalentie van slechte gezondheid boven de rode lijn (het tussenliggende gebied is prevalentie van matige gezondheid).

Gezondheidsverdeling voor en na de AOW-leeftijd in 2040

Goede gezondheid

De twee scenario's voor 2040 laten een flinke bandbreedte zien voor het percentage personen dat in goede gezondheid is, en dus een als goed ervaren gezondheid en geen beperking heeft (Figuur 10). In de optimistische variant (Scenario A), heeft 71% van de mannen in de leeftijd 60-70 een goede gezondheid (met na leeftijd 65 een minieme daling van 0,2%). In de pessimistische variant (Scenario B) heeft 63% van de 60-68-jarige mannen een goede gezondheid. Na de AOW-leeftijd stijgt dit percentage naar 66%. Bij vrouwen is het percentage in goede gezondheid bij de optimistische variant 69% in de leeftijd 60-70 (daling van 0,3% na leeftijd 65). Bij de pessimistische variant is dit percentage 64% vóór de AOW-leeftijd en 65% na de AOW-leeftijd.

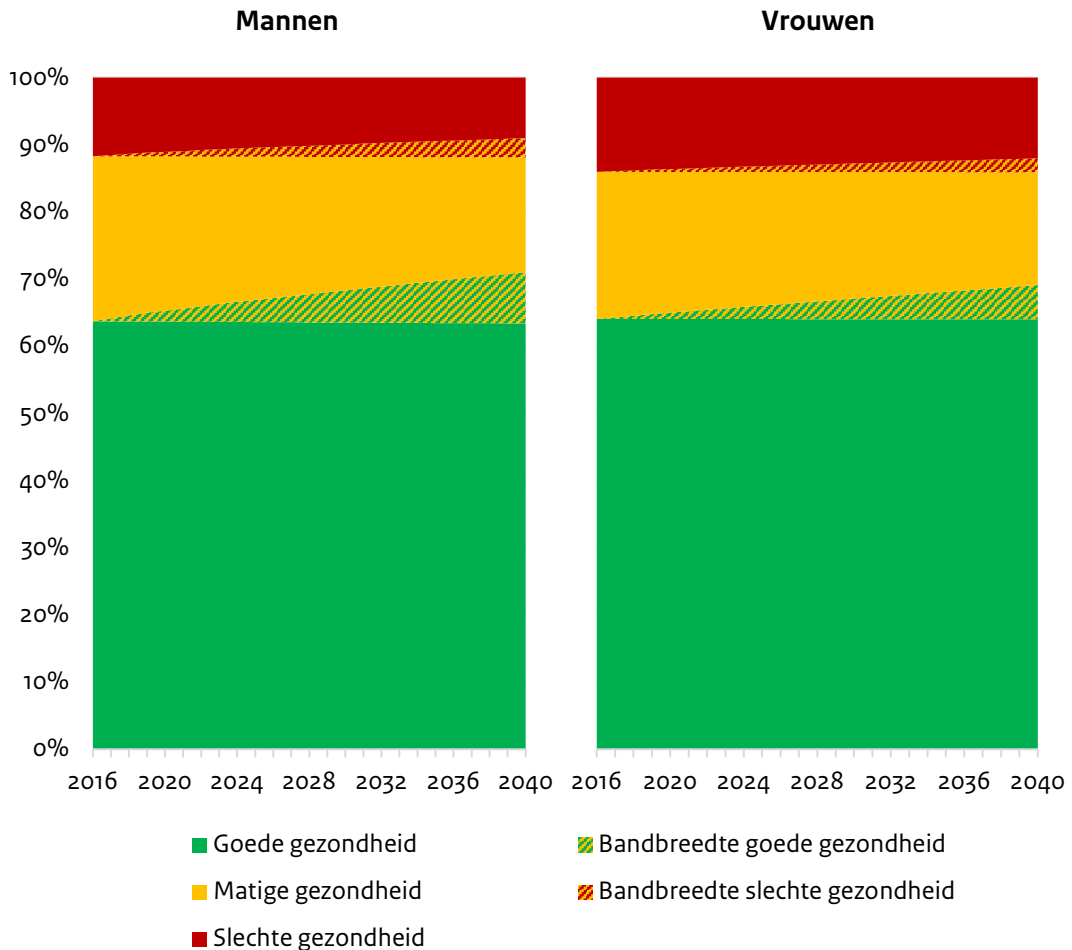
Slechte gezondheid

De bandbreedte van de scenario's voor 2040 voor het percentage personen in slechte gezondheid, oftewel personen met een als slecht ervaren gezondheid én een beperking, is een stuk smaller (Figuur 10). In de optimistische variant (Scenario A) heeft 9% van de 60-70-jarige mannen een slechte gezondheid (met na leeftijd 65 een minieme daling van 0,1%). In de pessimistische variant (Scenario B) is dat 12% voor 60-68-jarige mannen en 10% voor 68-70-jarige mannen. Bij 60-70-jarige vrouwen is het percentage in slechte gezondheid bij de optimistische variant 12% (daling van 0,3% na leeftijd 65). Bij de pessimistische variant is dit percentage 14% vóór de AOW-leeftijd en 13% na de AOW-leeftijd.

Scenario's van gezondheid per kalenderjaar

In figuur 11 wordt per kalenderjaar de gezondheid weergegeven van mensen van zestig jaar tot de AOW-leeftijd. In scenario B, de ondergrens, verandert er niet zoveel in de loop van de tijd. In scenario A verwachten we dat het percentage mannen en vrouwen in goede gezondheid toeneemt, en in matige en slechte gezondheid afneemt. We hebben dit de bovengrens genoemd. De werkelijke ontwikkeling zal zich naar verwachting tussen beide grenzen afspelen (de gearceerde gedeeltes). Ook bij een stijgende AOW-leeftijd zoals afgesproken in het Pensioenakkoord zal dus waarschijnlijk zowel het aandeel als het aantal mensen dat in goede gezondheid de pensioengerechtigde leeftijd bereikt, gestaag toenemen. In tabel 5 wordt dit nader gekwantificeerd.

Verwachting gezondheid van 60 jaar tot AOW-leeftijd 2016-2040



Figuur 11. Verwachting gezondheid van 60 jaar tot AOW-leeftijd

Tabel 5. Aantal mannen en vrouwen van zestig jaar tot de AOW-leeftijd naar gezondheid, in 2016, 2030 en 2040 (aantallen en groeicijfers)

Zestig tot AOW-leeftijd					
x 1000	2016	2030		2040	
		Scenario A	Scenario B	Scenario A	Scenario B
Mannen					
Goede gezondheid	367	+232 (+63%)	+193 (+53%)	+183 (+50%)	+124 (+34%)
Matige gezondheid	142	+49 (+35%)	+73 (+52%)	+13 (+9%)	+50 (+35%)
Slechte gezondheid	67	+20 (+29%)	+34 (+50%)	+2 (+4%)	+25 (+37%)
Totaal	576	+300 (+52%)	+300 (+52%)	+199 (+34%)	+199 (+34%)
Vrouwen					
Goede gezondheid	371	+224 (+60%)	+198 (+53%)	+188 (+51%)	+147 (+40%)
Matige gezondheid	127	+52 (+41%)	+67 (+53%)	+26 (+21%)	+51 (+40%)

Zestig tot AOW-leeftijd					
x 1000	2016	2030		2040	
		Scenario A	Scenario B	Scenario A	Scenario B
Slechte gezondheid	81	+32 (+40%)	+43 (+53%)	+16 (+20%)	+33 (+40%)
Totaal	579	+308 (+53%)	+308 (+53%)	+230 (+40%)	+230 (+40%)
Mannen en vrouwen					
Goede gezondheid	738	+456 (+62%)	+391 (+53%)	+372 (+50%)	+271 (+37%)
Matige gezondheid	268	+101 (+38%)	+140 (+52%)	+39 (+14%)	+100 (+37%)
Slechte gezondheid	149	+52 (+35%)	+77 (+52%)	+19 (+12%)	+58 (+39%)
Totaal	1154	+608 (+53%)	+608 (+53%)	+429 (+37%)	+429 (+37%)

Gezondheidsverdeling leeftijd zestig tot de AOW-leeftijd

In 2016 waren er 1,15 miljoen mensen in de leeftijdscategorie van zestig jaar tot de AOW-leeftijd, 576.000 mannen en 579.000 vrouwen (Tabel 5). In 2030 zullen dat er veel meer zijn, niet alleen vanwege de stijgende AOW-leeftijd, waardoor extra leeftijdsgroepen worden meegenomen, maar ook omdat de grote geboortecohorten uit de jaren zestig deze leeftijden gaan bereiken. De groei bedraagt 53%. In scenario B blijft de gezondheidsverdeling min of meer gelijk, zoals verondersteld. In scenario A zullen er verhoudingsgewijs veel meer mensen met een goede gezondheid zijn. Bij mannen neemt het aantal met 232.000 toe (63%) en bij vrouwen met 224.000 (60%). In dit scenario neemt ook het aantal mensen met matige en slechte gezondheid toe, maar dat is puur het cohorteffect en het effect van de stijging van de AOW-leeftijd, want de groeicijfers liggen onder het gemiddelde. Voor 2040 laat de tabel een vergelijkbaar beeld zien, dat in één opzicht ook totaal anders is: het cohorteffect is grotendeels voorbij. Het gaat hier immers om mensen die geboren zijn tussen 1972 en 1980. Ten opzichte van 2016 is het aantal mensen nog wel 37% hoger, maar ten opzichte van 2030 beduidend lager. In scenario A bereikt het overgrote deel van hen de AOW-leeftijd in goede gezondheid. In scenario B is dat nog steeds de meerderheid, maar neemt ook het aantal mannen en vrouwen met matige en slechte gezondheid toe. De werkelijkheid zal zich ergens tussen deze scenario's in bewegen.

Tabel 6. Aantal mannen en vrouwen in de periode van vijf jaar voorafgaand aan de AOW-leeftijd naar gezondheid, in 2016, 2030 en 2040 (aantallen en groeicijfers)

Vijf jaar tot AOW-leeftijd					
x 1000	2016	2030		2040	
		Scenario A	Scenario B	Scenario A	Scenario B
Mannen					
Goede gezondheid	333	+77 (+23%)	+46 (+14%)	+15 (+4%)	-23 (-7%)
Matige gezondheid	128	+1 (+1%)	+19 (+15%)	-30 (-24%)	-7 (-6%)
Slechte gezondheid	61	-2 (-4%)	+10 (+17%)	-17 (-28%)	-3 (-5%)
Totaal	522	+76 (+15%)	+76 (+15%)	-33 (-6%)	-33 (-6%)
Vrouwen					
Goede gezondheid	336	+70 (+21%)	+52 (+15%)	+19 (+6%)	-7 (-2%)
Matige gezondheid	115	+7 (+6%)	+18 (+16%)	-18 (-16%)	-2 (-2%)
Slechte gezondheid	73	+4 (+5%)	+12 (+16%)	-11 (-16%)	-1 (-2%)
Totaal	524	+81 (+16%)	+81 (+16%)	-11 (-2%)	-11 (-2%)
Mannen en vrouwen					
Goede gezondheid	668	+147 (+22%)	+98 (+15%)	+33 (+5%)	-30 (-4%)
Matige gezondheid	243	+8 (+3%)	+37 (+15%)	-48 (-20%)	-10 (-4%)
Slechte gezondheid	134	+2 (+1%)	+22 (+16%)	-28 (-21%)	-4 (-3%)
Totaal	1045	+157 (+15%)	+157 (+15%)	-43 (-4%)	-43 (-4%)

Gezondheidsverdeling in de vijf jaar voorafgaand aan de AOW-leeftijd

In tabel 6 wordt alleen gekeken naar de periode van vijf jaar voorafgaand aan de AOW-leeftijd. Alleen het cohorteffect blijft nu over. We zien een toename van het aantal mannen en vrouwen in 2030 en inderdaad een afname in 2040. Scenario A geeft de gunstige toekomstverwachting met betrekking tot de gezondheid. We zien dat in dit scenario veruit de grootste toename zit bij de mannen en vrouwen met een goede gezondheid. Zelfs in 2040 neemt deze groep nog toe, bij een krimp van het cohort. Het overgrote deel van de mensen zal in goede gezondheid de pensioenleeftijd bereiken. Maar alle positieve ontwikkelingen ten spijt, blijven er ook in de toekomst nog genoeg mensen, zeker in scenario B, die de jaren voor de AOW-leeftijd in matige of slechte gezondheid doorbrengen. Daarom gaan we in hoofdstuk 5 nader in op de relatie tussen gezondheid en arbeidsdeelname, en in hoofdstuk 6 op de handelingsperspectieven voor de duurzame inzetbaarheid van werknemers.

Onzekerheid in de schattingen

In dit hoofdstuk hebben we op basis van de best beschikbare cijfers en trends inzicht gegeven in de toekomstige ontwikkeling van de gezondheid van 60-70-jarigen. Voor het eerst kon voor dit doel de Gezondheidsmonitor worden gebruikt, met een grote steekproef uit de Nederlandse bevolking. Het beeld uit de langer bestaande Gezondheidsenquête kon daarmee worden verfijnd. Toch blijven er nog veel onzekerheden over. Dit geldt voor de waargenomen ontwikkeling in de gezondheid, met name van 60-65-jarigen, en verder ook de invloed van allerlei andere factoren, zoals de ontwikkeling van het opleidingsniveau, de ontwikkelingen in welvaart en lonen, en allerlei cohorteffecten. Het is goed om zich van deze onzekerheden bewust te zijn. Om die reden hebben we twee scenario's gepresenteerd die uitgaande van verschillende veronderstellingen een bandbreedte voor de toekomstige gezondheid aangeven.

Een van de grootste onzekerheden betreft de invloed van het langer doorwerken op de gezondheid van mensen. We zagen in hoofdstuk 3 een negatief effect waarvoor de verklaring niet helemaal sluitend valt te krijgen. In het optimistische scenario hebben we verondersteld dat dit effect tijdelijk is. Wanneer een dergelijk negatief effect niet tijdelijk is en zich ook in de toekomst zal voordoen, is de kans groot dat we in de buurt van de ondergrens uitkomen. Hoe dit zich verder zal ontwikkelen blijft een aandachtspunt.

Ondanks onzekerheid duidelijke boodschap

Met deze onzekerheden in het achterhoofd kunnen ook uitspraken worden gedaan met meer zekerheid. De scenario's zetten ondanks hun beperkingen wel een robuust beeld neer. De grote patronen laten zien dat de gezondheid geen belemmering hoeft te zijn bij de verhoging van de AOW-leeftijd. Het aantal mensen met een goede gezondheid neemt ook bij de stijging van de AOW-leeftijd conform het Pensioenakkoord verhoudingsgewijs toe. Dit betreft uiteraard gemiddelden. Voor individuele mannen en vrouwen kan dit anders zijn. Dat zien we deels ook in de groepen mensen met een matige of slechte gezondheid. Door de vergrijzing nemen ook die groepen in omvang toe, ook al wordt hun relatieve omvang kleiner. En ook al bereikt het merendeel van de bevolking de AOW-leeftijd in goede gezondheid, dan is er nog genoeg reden om in te zetten op het duurzaam inzetbaar houden van de mensen met een matige en slechte gezondheid.

4 Gezondheid en arbeidsdeelname

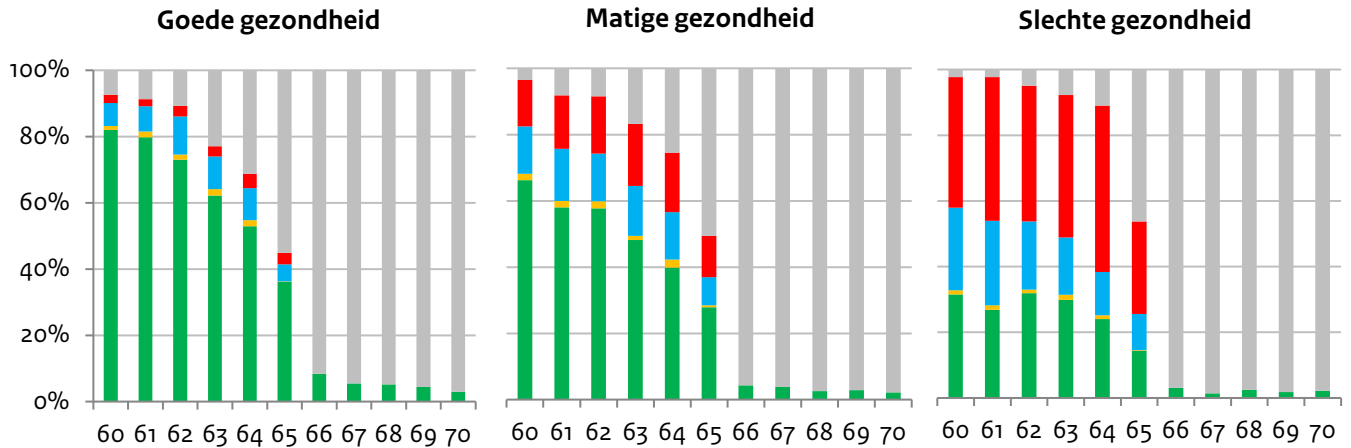
In dit hoofdstuk brengen we de relatie tussen gezondheid en het wel of niet deelnemen aan betaalde arbeid in kaart. Vervolgens berekenen we hoeveel mensen van boven de zestig in 2016 doorwerkten terwijl zij gezondheidsproblemen ervoeren. We hebben hiervoor gegevens van de Gezondheidsmonitor 2016 gekoppeld aan inkomensgegevens uit 2016 van het CBS. De vijf categorieën (gepensioneerd, arbeidsongeschikt, ontvanger uitkering, geen inkomen en werkend) zijn gebaseerd op de bron waaruit het hoogste inkomen is gegenereerd in 2016.

Gezondheid hangt sterk samen met arbeidsdeelname bij zestigplussers

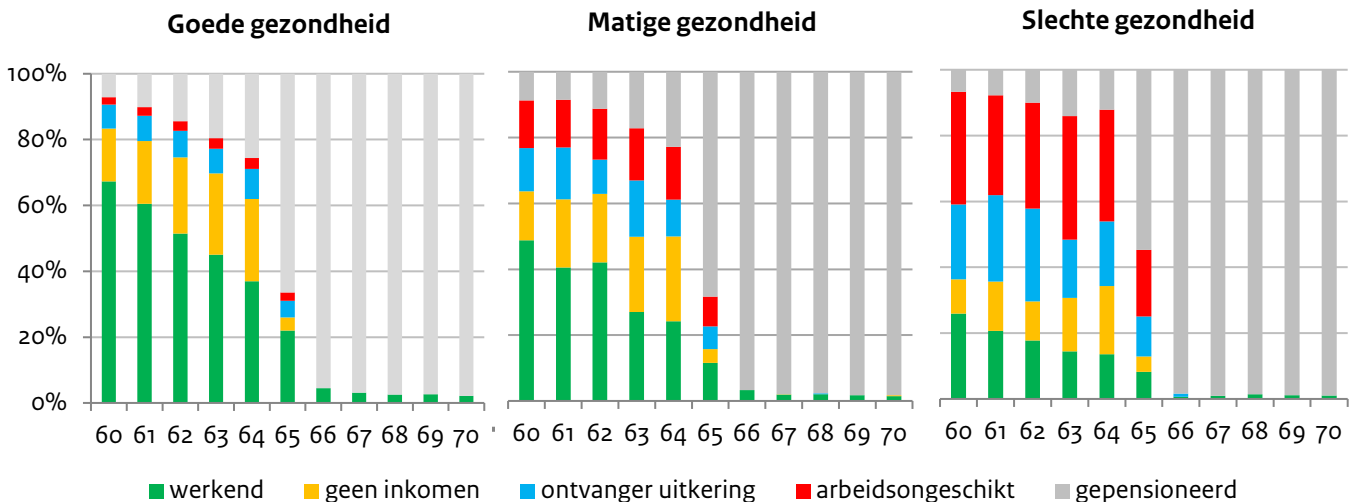
Figuur 12 laat zien hoe gezondheid samenhangt met arbeidsdeelname en niet-werkende categorieën. Hieruit blijkt duidelijk dat hoe slechter de gezondheidstoestand is, hoe kleiner de kans dat iemand betaald werk verricht. Zo werkt bijvoorbeeld ruim 82% van de gezonde zestigjarige mannen, tegenover 66% van de degenen met een matige gezondheid en 32% van degenen met een slechte gezondheid. We volgen daarbij weer de gezondheidsdefinitie uit hoofdstuk 3. Bij vrouwen zijn de corresponderende percentages van de werkende zestigjarigen respectievelijk 67%, 49% en 26%. Zoals verwacht zien we ook dat een slechtere gezondheid heel sterk samenhangt met arbeidsongeschiktheid. Het aandeel dat een andersoortige uitkering ontvangt, zoals een werkloosheidsuitkering, is ook hoger onder mensen met een slechte gezondheid ten opzichte van mensen met een goede gezondheid. Bij zowel mannen als vrouwen is dit, bijvoorbeeld onder de zestigjarigen, ongeveer 24% ten opzichte van 7%. Mensen met een slechte gezondheid maken wel minder vaak gebruik van een vroegpensioenregeling. Dit wordt vermoedelijk verklaard doordat zij vaker een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen die uitgekeerd wordt tot de AOW-leeftijd, en er voor hen dus geen reden is om vervroegd met pensioen te gaan. Ten slotte zien we bij mannen geen duidelijk verschil tussen mannen met een goede en mannen met een slechte gezondheid in het aandeel zonder inkomen. Bij vrouwen is het aandeel zonder inkomen groter onder de gezonde vrouwen dan onder de ongezonde vrouwen, wat onderstreept dat deze vrouwen er zelf voor gekozen hebben om geen betaald werk te verrichten. Zo is er dus bijna geen verschil in de relatie tussen gezondheid en arbeidsparticipatie tussen mannen en vrouwen. Het grootste verschil tussen mannen en vrouwen is dat vrouwen vaker geen inkomen hebben, en mannen vaker deelnemen aan betaalde arbeid, een participatieverschil dat in principe losstaat van gezondheid.

Arbeidsdeelname naar gezondheid in 2016

Mannen



Vrouwen



Figuur 12. Arbeidsdeelname in 2016 van 60-70-jarigen met verschillende gezondheidsprofielen (bron: eigen berekeningen [RIVM] op basis van niet-openbare microdata van het CBS uit de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016 welke afkomstig zijn van de GGD-en, CBS en RIVM [21])

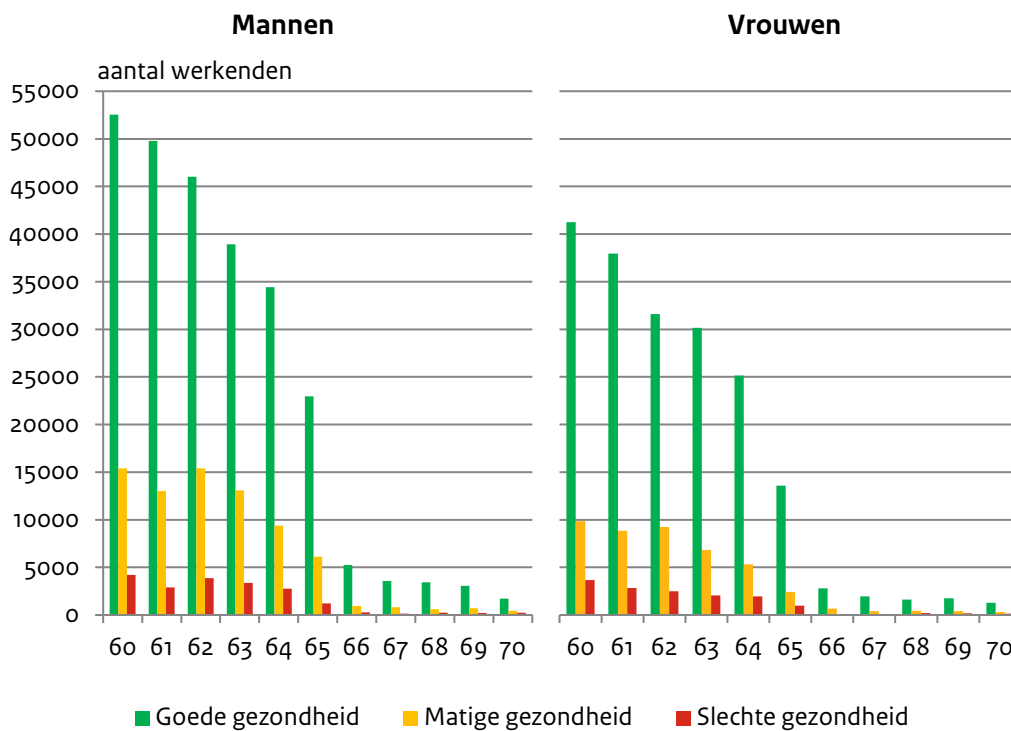
Ongeveer 90.000 mannen en 56.000 vrouwen met gezondheidsproblemen werken na hun zestigste

Uit Figuur 13 blijkt dat in 2016 naar schatting ongeveer 90.000 mannen en 56.000 vrouwen tussen de 60 en 65 jaar werkten terwijl zij gezondheidsproblemen hadden. Daarvan werkten ongeveer 18.000 mannen en 14.000 vrouwen in een slechte gezondheid, dat wil zeggen dat zij beperkingen ondervonden en hun gezondheid als niet goed ervoeren. Opvallend is dat met het stijgen van de leeftijd vooral het aantal werkenden afneemt dat in goede gezondheid verkeert, maar het aantal werkenden in slechte of matige gezondheid niet of in ieder geval in mindere mate afneemt.

Doorwerken met gezondheidsproblemen: positief of negatief?

Vanwege de observationele aard van de data, kunnen we niet vaststellen of mensen met gezondheidsproblemen vrijwillig doorwerken of dat het voor hen moeilijker is om uit te treden. Bovendien hebben werknemers (en zelfstandigen die zich hiervoor verzekerd hebben) de mogelijkheid om terug te vallen op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Hier zitten echter redelijk strenge toelatingseisen aan en er gaat een periode van twee jaar ziekteverzuim aan vooraf. Door dit laatste zal het aantal mensen dat feitelijk doorwerkt in matige of slechte gezondheid ook lager uitvallen dan we in de cijfers zien.

Gezondheidsverdeling bij werkenden



Figuur 13. Gezondheidsverdeling naar leeftijd bij werkenden in 2016 in absolute aantallen (bron: Gezondheidsmonitor 2016 [21]).

Uitstroom naar arbeidsongeschiktheid is toegenomen en zal naar verwachting verder toenemen

Bovenstaande gegevens zijn gebaseerd op de Gezondheidsmonitor over 2016. Het betreft dus een momentopname. Belangrijk zijn ook de ontwikkelingen over de jaren heen. Met name voor de uitstroom vanwege arbeidsongeschiktheid zijn deze onderzocht. Uit gegevens van het UWV blijkt namelijk dat de instroom naar een arbeidsongeschiktheidsuitkering (WIA-uitkering) in de achterliggende jaren is toegenomen. Dit geldt voor alle leeftijden en in het bijzonder voor de oudere werknemers. In 2016 bleek de instroom naar de WIA zelfs toegenomen te zijn met 14% ten opzichte van 2015. Het UWV heeft daar nader onderzoek naar gedaan, en liet zien dat de stijging zich voordeed onder mannen en vooral ook vrouwen en met name in de

leeftijd van 60-65 jaar (stijging van 20%) en in de sectoren onderwijs (+26%) en gezondheid (+22%). Als verklaring noemt het UWV dat door het wegvallen van de mogelijkheden voor prepensioen en vervroegde uittreding mensen langer doorwerken en meer mensen vanwege gezondheidsproblemen uitstromen naar een uitkering vanwege arbeidsongeschiktheid. Het UWV verwacht ook voor de komende jaren een hogere instroom in de WIA vanwege het langer doorwerken [37, 38]. Want een feit blijft dat er mensen zijn die doorwerken met gezondheidsproblemen, en de verwachting is dat dit aantal de komende jaren zal toenemen door de stijging van de AOW-leeftijd en door de toename van de arbeidsdeelname bij vrouwen. Dit is dus een serieuze groep om aandacht aan te schenken. In het volgende hoofdstuk gaan we hier dieper op in.

5 Determinanten van duurzame inzetbaarheid

De gestage stijging van de AOW-leeftijd betekent dat oudere werkenden in de toekomst langer door moeten werken, en dit is zeker niet altijd zonder gezondheidsproblemen. Om ervoor te zorgen dat langer doorwerken mogelijk wordt gemaakt en wordt bevorderd, is inzicht nodig in de determinanten van gezondheid en inzetbaarheid. In dit hoofdstuk brengen we eerst in kaart welke factoren bijdragen aan duurzame inzetbaarheid. Inzicht in deze determinanten biedt aanknopingspunten voor interventies om de duurzame inzetbaarheid van (oudere) werknemers te verbeteren. Vervolgens geven we in hoofdstuk 7 een overzicht van studies naar de effectiviteit van dergelijke interventies op duurzame inzetbaarheid.

Definitie duurzame inzetbaarheid

Duurzame inzetbaarheid is een zeer breed begrip. In 2010 kwamen Van der Klink et al. met de volgende definitie: 'Duurzame inzetbaarheid betekent dat werknemers in hun arbeidsleven doorlopend over daadwerkelijk realiseerbare mogelijkheden alsmede over de voorwaarden beschikken om in huidig en toekomstig werk met behoud van gezondheid en welzijn te (blijven) functioneren. Dit impliceert een werkcontext die hen hiertoe in staat stelt, evenals de attitude en motivatie om deze mogelijkheden daadwerkelijk te benutten.' [39]. Om duurzame inzetbaarheid (DI) te meten, moeten we een keuze maken voor bepaalde indicatoren. In ons rapport sluiten we aan bij de DI-indicatoren die TNO hanteert [40]. TNO onderscheidt de volgende indicatoren:

- werkvermogen en productiviteit hebben betrekking op een werknemer die aan het werk is;
- ziekteverzuim heeft betrekking op een werknemer die incidenteel niet aan het werk is en die mogelijk richting uitstroom gaat;
- uitstroom vóór de pensioengerechtigde leeftijd gaat over het uittreden uit de arbeidsmarkt. Mogelijkheden hiervoor zijn: arbeidsongeschiktheid, werkloosheid, vroegpensioen* en economische inactiviteit.

*Vroegpensioen is hierbij een afwijkende indicator. Om hiervan gebruik te maken, moet men wel genoeg pensioen hebben opgebouwd of in aanmerking komen voor een bepaalde regeling. Hiermee is vroegpensioen niet per definitie een uiting van niet inzetbaar zijn.

Werkwijze

Allereerst hebben we een literatuursearch gedaan in PubMed, waarin we enkel hebben gezocht naar systematische reviews. De zoektermen voor deze search staan in Bijlage A. Vervolgens hebben we in de grijze literatuur gezocht naar rapporten die conclusies trokken over determinanten van duurzame inzetbaarheid. Ten slotte hebben we nog twee individuele studies toegevoegd, waarin determinanten van duurzame inzetbaarheid in de Nederlandse situatie uitgebreid zijn onderzocht. De reviews, en vervolgens de rapporten en individuele studies, hebben we gerangschikt op jaartal. Vervolgens hebben we per determinant aangegeven of er een positief, negatief of geen verband

was met de duurzame inzetbaarheidsindicator. Wanneer een bepaalde determinant meerdere keren was onderzocht, is alleen het verband zoals gevonden in de hoogst gerankte bron in het schema opgenomen. Een overzicht van de gebruikte bronnen staat in Tabel 7. De criteria voor de gradatie van het bewijs (sterk, middelmatig, beperkt of geen) voor de determinanten van duurzame inzetbaarheid staan beschreven in tekstblok 4.

Tabel 7. Volgorde van gebruikte bronnen voor totaaloverzicht determinanten

Rank	Studie	Type
1	Knardahl et al., 2017 [41]	Systematische review
2	Nielsen et al., 2016 [42]	Systematische review
3	Van Rijn et al., 2014 [43]	Systematische review
4	Robroek et al., 2013 [44]	Systematische review
5	Merkus et al., 2012 [45]	Systematische review
6	Van Duijvenbode et al., 2009 [46]	Systematische review
7	Van den Berg et al., 2008 [47]	Systematische review
8	Kuoppala et al., 2008 [48]	Systematische review
9	Schulz et al., 2007 [49]	Systematische review
10	Ministerie van Financiën, 2016 [50]	Rapport uit grijze literatuur (determinanten gebaseerd op andere studies)
11	Burdorf et al., 2016 [51]	Rapport uit grijze literatuur (determinanten gebaseerd op andere studies)
12	Brouwer et al., 2012 [52]	Rapport uit grijze literatuur (determinanten gebaseerd op andere studies)
13	Burdorf et al., 2008 [53]	Rapport uit grijze literatuur (determinanten gebaseerd op andere studies)
14	Van den Heuvel et al., 2016 [40]	Individuele studie
15	Robroek et al., 2015 [54]	Individuele studie

Determinanten van duurzame inzetbaarheid

De gevonden determinanten van duurzame inzetbaarheid kunnen worden onderverdeeld in persoonskenmerken, gezondheid, werkomstandigheden en leefstijl.

Persoonskenmerken

Sommige mensen hebben op basis van hun persoonskenmerken al een grotere kans om verminderd duurzaam inzetbaar te zijn, maar de resultaten zijn niet zo eenduidig en het bewijs is over het algemeen beperkt. In tabel 8 zien we dat er middelmatig bewijs is dat het werkvermogen afneemt met het stijgen van de leeftijd. Voor alle overige verbanden tussen persoonskenmerken en duurzame inzetbaarheid is er slechts beperkt bewijs. Zo is er beperkt bewijs dat ook de productiviteit afneemt met het ouder worden, en de kans op ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en vroegpensioen groter wordt. Geslacht lijkt weinig verband te houden met duurzame inzetbaarheid; we zien alleen dat vrouwen vaker verzuimen. Opleidingsniveau lijkt wel een rol te spelen. Laag opgeleiden verzuimen vaker, worden vaker arbeidsongeschikt, werkloos of anderszins economisch inactief. Hoog

opgeleiden gaan juist vaker vervroegd met pensioen. Het gaat hierbij natuurlijk om gemiddelden. Er zijn genoeg vrouwen die niet verzuimen en laag opgeleiden die niet werkloos zijn. Maar deze persoonskenmerken bieden wel houvast voor een doelgroepbenadering. Interventies kunnen dan gericht ingezet worden voor groepen met specifieke persoonskenmerken, omdat zij de hulp het hardst nodig hebben. Dit zijn met name laag opgeleiden en oudere werknemers.

Gezondheid

Personen die hun gezondheid als 'minder dan goed' beschouwen, treden vaker uit door arbeidsongeschiktheid, werkloosheid en vervroegd pensioen; we zagen dit ook in hoofdstuk 5. We zien in Tabel 8, dat zowel mentale gezondheid als fysieke gezondheid samenhangt met duurzame inzetbaarheid, al is de bewijskracht sterker voor de mentale gezondheid. Zo is er sterk bewijs dat mensen met een verminderde mentale gezondheid een lagere productiviteit hebben. Ook is er middelmatig bewijs dat zij een grotere kans hebben om arbeidsongeschikt of werkloos te raken. Voor personen met een verminderde fysieke gezondheid is er middelmatig bewijs dat hun werkvermogen lager is. Het hebben van een of meerdere chronische ziekten hangt ook samen met arbeidsongeschiktheid, werkloosheid en een lagere productiviteit. Wat betreft specifieke ziekten is er alleen sterk/middelmatig bewijs dat artritis, allergie en darmklachten zorgen voor een lagere productiviteit. Voor andere specifieke ziekten is het bewijs voor een samenhang met duurzame inzetbaarheid beperkt. Dat gezondheid van invloed is op duurzame inzetbaarheid is vanzelfsprekend. Hier gaat het er vooral om hoe je gezondheidsproblemen die inzetbaarheid verhinderen, kunt voorkomen (zie bijvoorbeeld leefstijl) en hoe werknemers gegeven gezondheidsproblemen toch inzetbaar zijn (zie bijvoorbeeld werkomstandigheden).

Werkomstandigheden

Werkomstandigheden kunnen worden onderverdeeld in werkinhoud, voorwaarden, verhoudingen, omstandigheden en werkgerelateerde persoonskenmerken. Al deze aspecten lijken in meer of mindere mate gerelateerd te zijn aan duurzame inzetbaarheid. Hieronder lichten we enkele van deze verbanden toe.

Factoren die eruit springen betreffende werkinhoud zijn het hebben van werk met hoge taakeisen of werkbelasting en met weinig controle of autonomie. Deze factoren lijken samen te hangen met duurzame inzetbaarheid in de breedste zin van het woord.

Ook goede voorwaarden lijken belangrijk om werknemers duurzaam inzetbaar te houden. Weinig ontwikkelingsmogelijkheden (inclusief gebrek aan scholing) kunnen zorgen voor een lager werkvermogen, en vervroegd uittreden door arbeidsongeschiktheid, werkloosheid en pensioen. Ook het ontbreken van werkaanpassingen kan leiden tot vervroegde uitval.

Goede verhoudingen op de werkvloer zijn ook belangrijk. Zo is er sterk bewijs dat werkenden die gepest worden meer verzuimen. Ook blijkt slecht leiderschap voor meer ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid van werknemers te zorgen (middelmatig bewijs). Gebrek aan waardering en beloning, weinig sociale steun en leeftijdsdiscriminatie

lijken ook samen te hangen met de verschillende indicatoren van duurzame inzetbaarheid.

Wat betreft de werkomstandigheden, blijkt er sterk en middelmatig bewijs te zijn dat een hoge psychosociale belasting en een hoge fysieke belasting zorgen voor een lager werkvermogen. Andere specifieke werkbelasting, zoals een slechte werkhouding, slecht gereedschap of ruimten en lawaai, lijken te zorgen voor een lager werkvermogen. Verder is er middelmatig bewijs dat vaste avonddiensten zorgen voor meer ziekteverzuim, al lijkt dit niet te gelden voor nachtdiensten of ploegendiensten in het algemeen. Ploegendiensten lijken wel te zorgen voor een verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid, net zoals fysieke belasting door een slechte werkhouding, belastende armhoudingen, statische belasting en tillen en duwen.

Ten slotte is er beperkt bewijs dat werkgerelateerde persoonskenmerken de duurzame inzetbaarheid kunnen belemmeren. Zo lijken werkenden die niet gebruikmaken van hun kennis of werkervaring, die ontevreden zijn met het werk en meer herstelbehoefte hebben, vaker te verzuimen. Opvallend is dat ook degenen met een hoge betrokkenheid vaker verzuimen; zij gaan mogelijk vaker hun grenzen over. Werkenden met een negatieve werkhouding, die geen plezier (meer) hebben in het werk, en een lage kans op ander werk hebben, lijken eerder met pensioen te gaan.

Leefstijl

Een ongezonde leefstijl draagt over het algemeen ook negatief bij aan de duurzame inzetbaarheid van werkenden. Rokers verzuimen bijvoorbeeld meer, en lijken een lager werkvermogen en lagere productiviteit te hebben. Ook lijken zij vaker arbeidsongeschikt of economisch inactief te worden. Daarentegen is er geen bewijs dat zij vaker werkloos raken of met vervroegd pensioen gaan, maar dit wordt waarschijnlijk verklaard doordat zij op andere wijze vervroegd het arbeidsproces verlaten. Overmatig alcoholgebruik is gerelateerd aan meer ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkloosheid. Er is sterk en middelmatig bewijs dat overgewicht en obesitas zorgen voor een lager werkvermogen, lagere productiviteit, meer ziekteverzuim en een hogere kans op arbeidsongeschiktheid. Ook lijken werkenden met overgewicht en obesitas vaker vervroegd met pensioen te gaan. Ten slotte draagt lichamelijke inactiviteit bij aan een lager werkvermogen, meer arbeidsongeschiktheid en werkloosheid, en is er beperkt bewijs voor de samenhang met productiviteit, ziekteverzuim en economische inactiviteit.

Samenvattend

Duurzame inzetbaarheid heeft veel gezichten en veel determinanten. Daarmee zijn er ook veel aanknopingspunten om iets te doen. Dat kan zijn voor doelgroepen (vrouwen of laagopgeleiden), voor mensen met specifieke gezondheidsproblemen of aandoeningen (psychische stoornissen, artritis) en voor specifieke werkomstandigheden (fysieke en mentale belasting). Ook kan men zich richten op bepaalde maatregelen, zoals het aanbieden van scholing en werkaanpassingen, of het vergroten van de autonomie en bevorderen van de verhoudingen op het werk. Ook leefstijl is een belangrijke determinant en daarmee kan gezondheidsbevordering, al dan niet op de werkplek, een belangrijke bijdrage leveren aan duurzame inzetbaarheid. In het volgende hoofdstuk

geven we een inblik in de effectiviteit van bestaande interventies die als doel hebben de duurzame inzetbaarheid te verbeteren.

Tabel 8. Determinanten van duurzame inzetbaarheid

Duurzame inzetbaarheidsindicatoren	Laag werkvermogen	Lage productiviteit	Ziekteverzuim	Arbeidsongeschiktheid	Werkloosheid	Vroegpensioen	Economische inactiviteit
	Individu + Werkgever			Individu + Maatschappij			
Belangen							
Persoonskenmerken							
Leeftijd (hoger vs. lager)	++ ⁷	+ ¹²	+ ¹³	+ ¹³	0 ¹³	+ ¹²	
Geslacht (vrouwen vs. mannen)	0 ⁷	0 ¹²	+ ¹⁴	0 ¹³	0 ¹³	0 ¹²	
Opleidingsniveau (laag vs. middel/hoog)	0 ⁷	0 ¹⁴	+ ¹¹	+ ¹¹	+ ¹¹	- ¹²	+ ¹⁵
Minder goede financiële situatie	0 ⁷	0 ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹⁴	+ ¹³	0 ¹²	
Partner	0 ⁷		0 ¹³	0 ¹³	0 ¹³	0 ¹²	
Niet-werkende partner	0 ¹⁴	+ ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹²	
Woonachtig in landelijk gebied						+ ¹²	
Migratieachtergrond				+ ¹³		0 ¹²	
Laag zelfvertrouwen	+ ⁷						
Moeilijke thuissituatie	+ ⁷						
Klein sociaal netwerk (o.a. geen familieleden, geen hobby's)	+ ¹²					+ ¹²	
Gezondheid							
Minder dan goed ervaren gezondheid				+++ ₃	++ ³	++ ³	0 ¹⁵
Verminderde mentale gezondheid	+ ¹⁴	+++ ₉	+ ¹³	++ ³	++ ³	0 ¹⁴	
Verminderde fysieke gezondheid	++ ⁷	+ ¹²	+ ¹⁴	+ ¹³	0 ¹⁴	+ ¹²	
Chronische ziekte				++ ³	++ ³	0 ³	
Multimorbiditeit		+++ ₉					
<i>Specifieke klachten</i>							
Artritis		+++ ₉		0 ¹³			
Allergie		++ ⁹					
Darmklachten		++ ⁹					
Pijn		+ ⁹					
Chronische pijn		0 ⁹					
Slechte conditie	0 ⁷			+ ¹³			
Klachten aan bewegingsapparaat		0 ¹²		+ ¹³			
Longziekte, kanker, diabetes						+ ¹²	
Hartinfarct, beroerte, hypertensie						0 ¹²	

Duurzame inzetbaarheidsindicatoren	Laag werkvermogen	Lage productiviteit	Ziekteverzuim	Arbeidsongeschiktheid	Werkloosheid	Vroegpensioen	Economische inactiviteit
	Individu + Werkgever			Individu + Maatschappij			
Vermoeidheid			+ ¹³	+ ¹³		0 ¹²	
Depressieve klachten				+ ¹³	+ ¹³	+ ¹³	
Knieklachten				+ ¹³		0 ¹³	
Heupklachten					+ ¹³		
Slapeloosheid				+ ¹³			
Huidziekten				0 ¹³			
Rugklachten				+ ¹³			
Leverziekten				+ ¹³			
Chronische longaandoening				+ ¹³			
Astma				0 ¹³			
Hoge bloeddruk				0 ¹³			
Hartziekten				+ ¹³			
Functionele beperkingen					+ ¹³		
Stressklachten					+ ¹³		
Psychosomatische klachten			+ ¹³				
Burn-out			+ ¹³				
Werkomstandigheden							
<i>Werkinhoud</i>							
Weinig controle						++ ¹	
Hoge belasting en weinig controle						++ ¹	
Herhaald werk						+ ¹	
Grote hoeveelheid werk						0 ¹	
Lage autonomie	++ ⁷	+ ¹⁴	+ ¹³	+ ¹³	+ ¹⁴	+ ¹²	+ ¹⁵
Hoge taakeisen	+ ¹⁴	- ¹⁴	+ ¹⁴	+ ¹⁴	+ ¹⁴	+ ¹⁴	+ ¹⁵
Rolonduidelijkheid	+ ¹²						
Geen inspirerend werk	+ ¹²					0 ¹²	
Laag of ongeschoold werk		+ ¹²				+ ¹²	
Werkdruk						+ ¹²	
Arbeider vs kantoorwerker				0 ¹³	+ ¹³		
<i>Voorwaarden</i>							
Weinig ontwikkelingsmogelijkheden				+ ¹³	+ ¹³	+ ¹	
Overwerken		+ ¹²				+ ¹²	
Flexibele werkomstandigheden						0 ¹²	
Gebrek aan regelmogelijkheden/werkaanpassingen			+ ¹³	+ ¹¹	+ ¹¹	+ ¹²	

Duurzame inzetbaarheidsindicatoren	Laag werkvermogen	Lage productiviteit	Ziekteverzuim	Arbeidsongeschiktheid	Werkloosheid	Vroegpensioen	Economische inactiviteit
	Individu + Werkgever			Individu + Maatschappij			
Werknemer versus zzp'er						+ ¹²	
Geen om-, bij- en nascholing	+ ¹²			+ ¹³	+ ¹³		
Ontevredenheid met werktijden	+ ¹²						
Gebrek aan invloed op werktijden			0 ¹³				
Tijdelijke aanstelling	0 ¹⁴	0 ¹⁴	- ¹⁴	0 ¹⁴	+ ¹³	0 ¹⁴	
Reorganisatie			0 ¹³			+ ¹	
<i>Verhoudingen</i>							
Gepest worden op het werk			+++ ₂				
Slecht leiderschap			++ ⁸	++ ⁸			
Gebrek aan waardering en beloning				+ ¹¹	+ ¹¹	+ ¹	0 ¹⁵
Lage sociale steun	+ ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹³	+ ¹³	+ ¹⁴	0 ¹⁴	
Leeftijdsdiscriminatie	+ ¹⁴	+ ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹⁴	+ ¹⁴	0 ¹⁴	
Veel contact met leidinggevende	+ ¹²						
Weinig support van leidinggevende						0 ¹	
Sociale druk om met pensioen te gaan						+ ¹²	
Werkconflicten				0 ¹³		+ ¹²	
Decentrale organisatiestructuur				0 ¹³			
Te hoge/lage rechtvaardigheid	+ ¹⁴	0 ¹⁴	+ ¹³	0 ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹⁴	
Agressie en geweld			0 ¹³				
Ongewenst gedrag intern	0 ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹⁴	
Ongewenst gedrag extern	+ ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹⁴	
<i>Omstandigheden</i>							
Hoge psychosociale belasting	+++ ₇		0 ¹³				
Hoge fysieke belasting	++ ⁷	0 ¹⁴	+ ¹³	0 ¹³	0 ¹⁴	0 ¹²	0 ¹⁵
Ploegendiensten			0 ⁵	+ ¹³		0 ¹²	
Avond- en nachtdienst	0 ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹⁴	- ¹⁴	0 ¹	
Vaste avonddiensten			++ ⁵				
Vaste nachtdiensten			0 ⁵				
8-uurs of 12-uurs diensten			0 ⁵				
Slecht fysiek klimaat	0 ⁷				0 ¹³	+ ¹³	
Slechte werkhouding	+ ¹²			+ ¹³			
Zittend werk	- ¹²						

Duurzame inzetbaarheidsindicatoren	Laag werkvermogen	Lage productiviteit	Ziekteverzuim	Arbeidsongeschiktheid	Werkloosheid	Vroegpensioen	Economische inactiviteit
	Individu + Werkgever			Individu + Maatschappij			
Slecht gereedschap en ruimten	+ ¹²						
Lawaai	+ ¹²						
Belastende armhoudingen			0 ¹³	+ ¹³			
Statische belasting				+ ¹³			
Tillen en duwen			+ ¹³	+ ¹³	+ ¹³		
Repetitief werk				0 ¹³			
Staan of hurken			+ ¹³				
Trillingen			0 ¹³				
Blootstelling aan stoffen	0 ¹⁴	0 ¹⁴	+ ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹⁴	
<i>Werkgerelateerde persoonskenmerken</i>							
Lage kans op ander werk						+ ¹²	
Negatieve werkhouding						+ ¹²	
Geen gebruik van kennis/werkervaring	+ ¹²		+ ¹³				
Geen plezier in werk				0 ¹³		+ ¹³	
Ontevredenheid met werk			+ ¹³				
Hoge betrokkenheid			+ ¹³				
Herstelbehoefte			+ ¹³				
Lage bevlogenheid	+ ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹⁴	0 ¹⁴	+ ¹⁴	0 ¹⁴	
Werkstress			0 ¹³	0 ¹³		0 ¹²	
Leefstijl							
Roken	+ ⁷	+ ¹¹	++ ¹⁰	+ ¹³	0 ¹³	0 ¹²	+ ¹⁵
Overmatig alcoholgebruik			++ ¹⁰	+ ¹¹	+ ¹³	0 ¹⁵	0 ¹⁵
Alcoholconsumptie	- ⁷					+ ¹²	
Ondergewicht				+ ¹⁵	0 ¹⁵	0 ¹⁵	+ ¹⁵
Overgewicht			++ ⁶	++ ⁴	0 ⁴	+ ⁴	0 ¹⁵
Obesitas	++ ⁷	+++ ⁹	+++ ⁶	++ ⁴	0 ⁴	+ ⁴	0 ¹⁵
Lichamelijke inactiviteit	++ ⁷	+ ⁹	+ ¹¹	++ ⁴	++ ⁴	0 ⁴	+ ¹⁵

Getallen geven studies weer uit Tabel 7.

Tekstblok 4. Criteria voor de bewijskracht voor de determinanten van duurzame inzetbaarheid

	Bewijskracht	Criteria
+++	Sterk bewijs	≥ Vier studies van goede kwaliteit én ≥ twee derde van de studies van goede kwaliteit laten significant verband zien.
++	Middelmatig bewijs	≥ Twee studies van goede kwaliteit laten significant verband zien, of meta-analyse is significant.
+	Beperkt bewijs	Eén studie van goede kwaliteit laat een significant verband zien
-		én ≤ één studie van goede kwaliteit laat geen significant verband zien.
0	Tegenstrijdig of geen bewijs	Tegenstrijdige bevindingen of geen significante resultaten.

6 Preventieve maatregelen

De resultaten uit het vorige hoofdstuk laten een verscheidenheid aan kenmerken zien die bijdragen aan duurzame inzetbaarheid, zowel de inzet op de werkvloer, als het voorkomen van uittreding als gevolg van gezondheidsproblemen. Duurzame inzetbaarheid kan worden verhoogd door in te zetten op preventieve, gezondheid bevorderende maatregelen, maar ook door in te zetten op betere werkomstandigheden.

Werkwijze

Voor het overzicht van mogelijke interventies hebben we eerst enkele sleutelpublicaties geraadpleegd. Dit hebben we uitgebreid met een literatuursearch naar overzichtsartikelen op dit terrein. Deze informatie hebben we aangevuld met de informatie van het Loket Gezond Leven, een interventiedatabase over gezondheidsbevordering op de werkvloer. Er komen drie soorten interventies aan bod: leefstijlbevordering, gezondheidsbevordering en/of duurzame inzetbaarheidsbevordering.

Tabel 9. Overzichtsstudies naar preventieve maatregelen ter bevordering duurzame inzetbaarheid

Overzichtsstudie	Soort interventies	Uitkomstmaten	Doelgroep	Aantal interventies	Conclusie
Hazelzet et al., 2019 [55]	Interventies aangeboden door de werkgever	Gezondheid, productiviteit, <i>valuable work</i> , en langetermijnperspectief	Werknemers (al dan niet verzuimend)	6	Gemiddeld tot zwakke aanwijzingen voor effectiviteit van de onderzochte interventies
Gezondheidsraad, 2018 [56]	Maatregelen op het gebied van werk(situatie) en leefstijl (individueel of op organisatieniveau)	Inzetbaarheid (herstelbehoefte, werkvermogen, ziekteverzuim, uitval uit werk)	Werkenden leeftijd 40+ (algemeen, of met beginnende, lichte of matige gezondheidsproblemen of met een verhoogd risico op een verminderde gezondheid)	7	Zwakke bewijskracht voor overwegend kleine gunstige effecten van dergelijke maatregelen op gebied van werk en leefstijl
Burdorf et al., 2016 [51]	Leefstijlinterventies in de werksetting en interventies op werkomstandigheden + uitsplitsingen naar opleidingsniveau	Leefstijl, gezondheid en arbeidsparticipatie	Werkenden algemeen	8 + 9 + 4 reviews	Effecten op leefstijl en gezondheid positief en klein. Beperkte bewijskracht voor effecten op arbeidsparticipatie

Overzichtsstudie	Soort interventies	Uitkomstmaten	Doelgroep	Aantal interventies	Conclusie
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2015 [57]	Effectieve interventies	Duurzame inzetbaarheid	1. werkenden met gezondheidsproblemen (curatie en tertiaire preventie); 2. werkenden met verhoogd risico op gezondheidsproblemen (secundaire preventie); 3. alle werkenden (primaire preventie).	7	Er is beperkt bewijs dat preventieve leefstijlinterventies op de werkplek een relatie hebben met verzuim, productiviteit en arbeidsongeschiktheid en dat ze kosteneffectief zijn.
Brouwer et al., 2012 [52]	Loopbaanbeleid, arbeidsomstandighedenbeleid en arbeidsvoorwaarden	Duurzame inzetbaarheid	Oudere werknemers in Nederland	3 (+ 9 uit grijze literatuur)	Uit de drie effectiviteitsstudies blijkt dat ze alle drie een positief effect kennen op de afname van het percentage vroegpensioenering. Uit de grijze literatuur wordt duidelijk dat de resultaten tussen de bedrijven en sectoren onderling niet goed te vergelijken zijn, de kwaliteit van de rapporten door veel ontbrekende informatie niet goed vast te stellen is en dat systematisch onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van de interventies ontbreekt.
Burdorf et al., 2008 [53]	Niet gespecificeerd	Werkloosheid, vroegpensioenen, arbeidsongeschiktheid, ziekteverzuim of productiviteitsverlies	Werkenden	7	1. Verminderde arbeidsparticipatie wordt zelden gebruikt als uitkomstmaat voor effectiviteitsstudies in de algemene beroepsbevolking. 2. Effectiviteit van interventies gericht

Overzichts- studie	Soort interventies	Uitkomst- maten	Doelgroep	Aantal inter- venties	Conclusie
					op behoud van werk is niet consistent positief. 3. De invloed van de determinanten die ten grondslag liggen aan de bekende 'ontziemaatregelen' in Nederland op arbeidsparticipatie is grotendeels onbekend. Studies die de kosteneffectiviteit van deze maatregelen beschrijven, ontbreken eveneens geheel.
Database Locket Gezond Leven [58]	Leefstijl en gezondheid	Ziekteverzuim , gezondheid en leefstijl	Werknemers	7	Eén interventie heeft 'Goede aanwijzingen voor effectiviteit': <ul style="list-style-type: none"> • preventie van langdurig ziekteverzuim en depressie bij werknemers met een hoog risico. Eén interventie is 'Goed onderbouwd': <ul style="list-style-type: none"> • klachtgerichte mini-interventie: minder stress. Zes interventies zijn 'Goed beschreven': <ul style="list-style-type: none"> • Rookvrij! Ook jij?; • Fruit op het werk; • Gezond eten werkt beter; • Business Yoga; • Bedrijfssport; • Maak werk van bewegen. Eén interventie wordt momenteel beoordeeld op effectiviteit: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Future Positive</i> micro-interventie

Effectiviteit van interventies volgens overzichtsstudies

Uit Tabel 9 blijkt dat als er al iets bekend is over de effectiviteit, de effecten over het algemeen klein zijn en de bewijslast niet erg sterk is. Blijkbaar beschikken we niet over afzonderlijke interventies met een groot bereik en een sterke effectiviteit. Anderzijds worden ook niet alle interventies systematisch op effecten onderzocht, en al helemaal niet op effecten op de lange termijn. Interventies kunnen overigens ook niet los worden gezien van structurele maatregelen en arbobeleid. Net als bij gezondheid en leefstijl vergt het beïnvloeden van duurzame inzetbaarheid een integraal aanpak, waarbij verschillende interventies (op verschillende niveaus en gebruikmakend van verschillende strategieën) en maatregelen (ook uit andere beleidssectoren) elkaar aanvullen en versterken. Dit komt ook terug in de aanbevelingen van de overzichtsstudies (Tabel 10).

Tabel 10. Aanbevelingen uit overzichtsstudies

Aanbevelingen	
Hazelzet et al., 2019 [55]	<ul style="list-style-type: none"> • Er is meer aandacht nodig voor de ontwikkeling van duurzame inzetbaarheidsinterventies van hogere kwaliteit en het opbouwen van een meer solide bewijsbasis voor de effectiviteit van die interventies.
Gezondheidsraad, 2018 [56]	<ul style="list-style-type: none"> • Inzetten op maatregelen om oudere werkenden te ondersteunen in langer doorwerken en nader onderzoek naar de (condities voor) effectiviteit. • Inzetten op onderzoek naar flexibele vormen van pensionering welke beter passend zouden zijn bij de grote diversiteit van de doelgroep.
Burdorf et al., 2016 [51]	<ul style="list-style-type: none"> • Nader onderzoek leefstijlinterventies voor werknemers met lage sociaaleconomische positie. • Ontwikkeling van evaluatiemethoden van complexe interventies met combinatie van individuele en organisatiegerichte maatregelen. • Inzicht in de langetermijneffecten van interventies op leefstijl en gezondheid. • Ontwikkel interventies op maat voor beroepsgroepen met lage sociaaleconomische positie gericht op zelfmanagement en baanonzekerheid. • Zet in op maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA), zodat zichtbaar wordt wat kosten en baten van interventies zijn en waar deze terecht komen.
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2015 [57]	<ul style="list-style-type: none"> • Duurzame inzetbaarheid dient vanuit de levensloop te worden aangepakt. • Het zorgaanbod moet meer rekening houden met participatie. • Meer zicht op kosteneffectiviteit van interventies is nodig. • Zet in op implementatie-onderzoek om de factoren in kaart brengen die het daadwerkelijke invoeren in de praktijk van kosteneffectieve interventies bevorderen of belemmeren.
Brouwer et al., 2012 [52]	<ul style="list-style-type: none"> • Meer onderzoek naar interventies in relatie tot de duurzame inzetbaarheid van oudere werknemers is nodig. • Interventies ontwikkelen zowel op werkgevers- als op organisatieniveau en arbeidsvoorwaarden ingebed in een integraal gezondheids- en personeelsbeleid.
Burdorf et al., 2008 [53]	<ul style="list-style-type: none"> • Aangezien verminderde arbeidsparticipatie zelden wordt gebruikt als uitkomstmaat voor effectiviteitsstudies, is interventie-onderzoek nodig op dit gebied. • Voor een kortetermijninzicht is onderzoek nodig op basis van gemodelleerde gegevens naar de potentiële effecten van het wegnemen van de risicofactoren voor verminderde arbeidsparticipatie.

Aanbevelingen uit de overzichtsstudies

De aanbevelingen uit de overzichtsstudies richten zich op (door)ontwikkeling van interventies, maar ook op het verrichten van nader onderzoek. Ten aanzien van het onderzoek wordt ook aanbevolen om goed naar de onderzoeksmethoden te kijken, die beter aansluiten bij de complexiteit van het vraagstuk en waarbij ook wordt gekeken naar effecten op de lange termijn [51]. Gezien de beschikbare kennis wordt het meeste heil gezien in een integrale aanpak van de problematiek. Een voorbeeld van een integrale aanpak van duurzame inzetbaarheid is die vanuit een levensloopperspectief, zoals de RVZ die voorstelt [57]. Duurzame inzetbaarheid dient expliciet op de agenda te staan van het overleg tussen werkgever en werknemer. Waar nodig dient de ondersteunende (zorg)professional bij dit overleg te worden betrokken. Binnen een bedrijf kan dit gesprek gekoppeld worden aan de HR-cyclus. In dit gesprek moet aandacht zijn voor vragen over gezondheid, inzetbaarheid, arbeidsomstandigheden en de combinatie van werk en privé, nu en in de toekomst. Als basis voor deze dialoog kunnen instrumenten dienen die partijen bewust maken van risico's rond arbeidsomstandigheden (RI&E), gezondheid (PMO) en de combinatie van werk en privé (WAI en Balansmeter). Dit gesprek kan leiden tot de wens om bepaalde interventies in te zetten. Betrokken professionals zoals bedrijfsartsen moeten zicht hebben op (kosten)effectiviteit van interventies. Dit kunnen gezondheidsinterventies zijn, maar het kan ook gaan om scholing, werkaanpassingen en mantelzorgondersteuning. Een zzp'er moet hier in principe zelf op reflecteren, maar kan hier ook professionele ondersteuning bij inschakelen. Ook kunnen zzp'ers zich organiseren of zich aansluiten bij een (regionaal) netwerk. Een deel van de werkenden is in staat om dit gesprek te voeren en verantwoordelijkheid te nemen voor eigen inzetbaarheid; een ander deel kan deze verantwoordelijkheid minder goed aan. Deze groep kan hierbij mogelijk ondersteund en gecoacht worden. Ook kunnen collectieve programma's ingezet worden om duurzame inzetbaarheid te bevorderen. Geaggregeerde en geanonimiseerde informatie geeft inzicht in risico's op populatieniveau en kan leiden tot programma's om deze risico's terug te dringen en werkomstandigheden te verbeteren. Werkenden, werkgevers en professionals kunnen dit gezamenlijk organiseren op bedrijfsniveau, binnen een regionaal netwerk of op brancheniveau, maar kunnen deze expertise of collectieve interventies ook inkopen bij commerciële partijen zoals arbodiensten.

Conclusie

Er zijn veel interventiemogelijkheden, maar bewijs voor effectiviteit is beperkt of niet bekend. Meer overzicht in interventiemogelijkheden en onderzoek naar effectiviteit is nodig. Meer aandacht voor en onderzoek naar duurzame inzetbaarheid van met name oudere werknemers verdient prioriteit. Eén ding is wel duidelijk: duurzame inzetbaarheid vraagt om een integrale aanpak van alle betrokkenen. Een benadering vanuit de levensloop van werknemers heeft daarbij de beste papieren.

7 Conclusies

Nederlanders worden ouder, en ze worden ook gezonder en zieker tegelijkertijd. In 2040 zullen mensen meer ziekten hebben, en vaak ook meerdere tegelijkertijd. Maar de verwachting is ook dat ze tegen minder beperkingen zullen aanlopen en hun gezondheid vaker als goed zullen ervaren.

In dit rapport is nagegaan wat deze ontwikkelingen betekenen voor de verschuiving van de AOW-leeftijd en het daarmee gepaard gaande langer doorwerken van mensen, aan de hand van vier onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de te verwachten ontwikkelingen inzake (gezonde) levensverwachting en de (verschillende maten van) gezondheid de komende decennia?
2. Op welke leeftijden wordt (gezondheids)winst of verlies geboekt, verantwoordelijk voor deze verwachte ontwikkelingen?
3. Wat is de samenhang tussen de verschillende (determinanten van) maten van gezondheid enerzijds en arbeidsparticipatie en arbeidsongeschiktheid anderzijds?
4. Welke preventieve mogelijkheden kunnen worden ingezet gericht op het bevorderen dat werknemers in goede gezondheid de AOW-leeftijd bereiken? Het pensioenakkoord heeft consequenties voor de ontwikkeling van de pensioenleeftijd (aanpassing koppeling). Afspraken over duurzame inzetbaarheid moeten de (gezonde) levensverwachting en de (verschillende maten van) gezondheid bevorderen. Welke determinanten zijn daarin belangrijk, en kunnen die beïnvloed worden om gezondheid te bevorderen?

In dit hoofdstuk vatten we de bevindingen samen.

De extra jaren zijn ook gezonde jaren...

De AOW-leeftijd stijgt naar verwachting naar 67¼ jaar in 2030 en 68 jaar in 2040. Dit is gebaseerd op een twee derde koppeling aan de levensverwachting: met elk gewonnen levensjaar schuift de AOW-leeftijd met acht maanden op. De verwachte ontwikkelingen in levensverwachting en gezondheid vormen hiervoor geen belemmering. Niet alleen de levensverwachting stijgt in die periode, maar naar verwachting ook de gezonde levensverwachting. Elk gewonnen levensjaar zullen we nagenoeg volledig zonder beperkingen doorbrengen en voor respectievelijk 6/7de (mannen) en twee derde (vrouwen) in goed ervaren gezondheid. Het aantal gezonde jaren na de AOW-leeftijd blijft hierdoor minimaal gelijk of neemt toe.

... maar de gezondheid van 60-65-jarigen lijkt achter te blijven...

In de leeftijd van 60-70 jaar lijkt echter iets bijzonders aan de hand te zijn, met name tussen de 60- en 65-jarige leeftijd. Voor het AOW-debat is dit een belangrijke leeftijdsgroep en het is ook de groep die in het afgelopen decennium steeds langer heeft doorgewerkt. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat tussen de 60 en 65 jaar de gezondheid is achtergebleven bij de algehele toename in de omringende

leeftijdsklassen. Dit geldt zowel voor de ervaren gezondheid als voor lichamelijke beperkingen. De oorzaken zijn niet helemaal duidelijk. Mogelijk hebben de plotseling weggevallen mogelijkheden om vervroegd met pensioen te gaan hiertoe geleid. Achterliggende oorzaken kunnen zijn dat de groep 60-65-jarigen van de afgelopen jaren weinig tijd heeft gehad om zich voor te bereiden op het langer doorwerken. Of dat de belastbaarheid van deze leeftijdsgroep, of enkel binnen sommige beroepsgroepen, niet voldoende is om langer door te werken. Of dat de combinatie werk en mantelzorg vaker voorkomt in deze leeftijdsgroep en veel vraagt van de werkenden. Er kan echter ook aan cohortverschillen gedacht worden, zoals de toename van obesitas. Kortom, er is op basis van ons onderzoek niet één duidelijke oorzaak aan te wijzen voor het achterblijven van de gezondheid van 60-65-jarigen. Bij elkaar genomen betekent dit dat door langer doorwerken verbetering in de gezondheid pas na pensionering optreedt of in het geheel niet wordt behaald.

... en heeft invloed op het langer door kunnen werken

Gezondheid heeft veel invloed op de inzetbaarheid van (oudere) werkenden. Mensen met een slechte gezondheid vallen vaker en eerder uit, en komen veelal in een arbeidsongeschiktheidsregeling terecht, en deels ook in een ander soort regeling, zoals de Werkloosheidswet. De oudere werknemer behoeft wat dat betreft zeker aandacht en het is belangrijk dat deze groep duurzaam inzetbaar is en zal blijven.

Tot 2040 werken meer mensen langer door in goede gezondheid...

Het is onzeker of de achterblijvende gezondheid van 60-65-jarigen eenmalig is geweest of zich ook in de toekomst zal voordoen. Voor beide mogelijkheden is daarom een toekomstscenario gemaakt. De bandbreedte die hierdoor ontstaat, laat zien dat in de toekomst meer mensen dan nu in goede gezondheid de AOW-leeftijd zullen bereiken. Er zullen echter ook mensen zijn die in matige of slechte gezondheid blijven doorwerken, met een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid. Verhoudingsgewijs neemt deze groep niet toe, maar vanwege de stijgende AOW-leeftijd en de stijging van het aantal 60-70-jarigen zal het absolute aantal mensen in deze groep wel flink toenemen.

... maar duurzame inzetbaarheid blijft onverminderd belangrijk

Deze toekomstbeelden onderstrepen het grote belang om in te zetten op duurzame inzetbaarheid. Hiervoor zijn diverse aangrijpingspunten, maar er is helaas nog weinig zicht op de effecten van interventies. Voor zover bekend blijken de effecten van interventies nogal mager te zijn. Er zijn wel tal van mogelijke aanknopingspunten en deze onderstrepen het belang van een integrale aanpak, gepaard met nader onderzoek. Een levensloopbenadering biedt de beste perspectieven.

... evenals het monitoren van de gezondheid van zestigplussers

Gezien de onzekerheid over de toekomstige ontwikkelingen blijft het van groot belang de gezondheid rond de AOW-leeftijd goed te monitoren. En dan niet alleen de fysieke, maar ook de mentale gezondheid. Ook het opsporen van specifieke risicogroepen behoort in dit kader aandacht. Denk bijvoorbeeld aan specifieke beroepsgroepen of laagopleiden.

8 Dankwoord

Dit rapport is tot stand gekomen met medewerking van veel personen en instanties. Wij bedanken het CBS, de GGD'en en RIVM voor het gebruik van de Gezondheidsenquête en de Gezondheidsmonitor, en het NIVEL voor het gebruik van de NIVEL-eerstelijns-zorgregistratie. Ook bedanken wij de volgende personen voor inspirerende discussies, gedachtewisselingen en voor het meelesen: Dick Hagedooren (SZW), Sander van der Meer (SZW), Rik Dillingh (CPB), Lisette Swart (CPB), Dorly Deeg (Amsterdam UMC), Karin Proper, Petra Eysink, Eelco Over, Ellen Uiters en Karlijn Leenaars (allen RIVM).

9 Literatuurverwijzing

1. Opendata.cbs.nl. Kerncijfers van diverse bevolkingsprognoses en waarneming. Den Haag: CBS; 2019 [Beschikbaar op: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/70737ned/table?ts=1562321748706>].
2. Wetten.overheid.nl. Wet aanpassing fiscale behandeling VUT/prepensioen en introductie levensloopregeling. Den Haag: Rijksoverheid; 2005 [Beschikbaar op: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018053/2014-12-20>].
3. Wetten.overheid.nl. Wet verhoging AOW- en pensioenrichtleeftijd. Den Haag: Rijksoverheid; 2012 [Beschikbaar op: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0031799/2020-01-01>].
4. CBS.nl. Pensioenleeftijd werknemers in 2018. Den Haag: CBS; 2019 [Beschikbaar op: <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2019/32/pensioenleeftijd-werknemers-in-2018>].
5. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Kamerbrief Principeakkoord vernieuwing pensioenstelsel. Den Haag; 2019.
6. VTV2018.nl. Een gezond vooruitzicht. Bilthoven: RIVM; 2018 [Beschikbaar op: <https://www.vtv2018.nl/>].
7. Volksgezondheidszorg.info. Gezondheidsverschillen. Bilthoven: RIVM; 2020 [Beschikbaar op: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/gezondheidsverschillen/gezondheidstoestand#!node-gezondheidsverschillen-gezondheidstoestand>].
8. Volksgezondheidszorg.info. Prevalentie arbeidsongeschiktheid naar bedrijfssector. Bilthoven: RIVM; 2020 [Beschikbaar op: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/arbeidsongeschiktheid/cijfers-context/bedrijfssector>].
9. Rijksoverheid.nl. AOW-leeftijd op basis van principeakkoord juni 2019. Den Haag: Rijksoverheid; 2019 [Beschikbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/pensioen/documenten/publicaties/2019/06/05/tabel-aow-leeftijden-obv-principeakkoord>].
10. CBS.nl. Gemiddelde pensioenleeftijd. Den Haag: CBS; 2019 [Beschikbaar op: <https://www.cbs.nl/nl-nl/artikelen/nieuws/2019/32/werknemers-in-2018-gemiddeld-65-jaar-bij-pensionering/gemiddelde-pensioenleeftijd>].
11. Zorggegevens.nl. Gezondheidsenquête. Bilthoven: RIVM; 2019 [Beschikbaar op: <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Gezondheidsenqu%C3%A4te>].
12. Opendata.cbs.nl. Gezonde levensverwachting; vanaf 1981. Den Haag: CBS; 2019 [Beschikbaar op: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/71950ned/table?fromstatweb>].
13. Van Oyen H, Bogaert P, Yokota RTC en Berger N. Measuring disability: a systematic review of the validity and reliability of the Global Activity Limitations Indicator (GALI). Archives of Public Health. 2018;76(1):25.

14. Verropoulou G en Tsimbos C. Disability trends among older adults in ten European countries over 2004–2013, using various indicators and Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) data. *Ageing & Society*. 2017;37(10):2152-82.
15. Deeg DJH en Nusselder WJ. Is langer leven ook gezonder leven? *Demos: Bulletin over Bevolking en Samenleving*. 2020;36(1).
16. CBS.nl. Overlevingstafels. Den Haag: CBS; 2009 [Beschikbaar op: <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/statistische-methoden/output/output/overlevingstafels>].
17. VTV2018.nl. Methoden. Bilthoven: RIVM; 2018 [Beschikbaar op: <https://www.vtv2018.nl/methoden>].
18. Nivel.nl. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn Utrecht: Nivel; 2020 [Beschikbaar op: <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn>].
19. Mackenbach JP, Slobbe L, Looman CWN, van der Heide A, Polder J en Garsen J. Sharp upturn of life expectancy in the Netherlands: effect of more health care for the elderly? *European Journal of Epidemiology*. 2011;26(12):903-14.
20. Raleigh VS. Trends in life expectancy in EU and other OECD countries: Why are improvements slowing? OECD Publishing, Paris; 2019.
21. Zorggegevens.nl. Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen, GGD'en, CBS en RIVM. Bilthoven: RIVM; 2018 [Beschikbaar op: <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Gezondheidsmonitor-Volwassenen-en-Ouderen%2C-GGD%E2%80%99en%2C-CBS-en-RIVM>].
22. Timmermans EJ, Hoogendijk EO, Broese van Groenou MI, Comijs HC, van Schoor NM, Thomése FCF, et al. Trends across 20 years in multiple indicators of functioning among older adults in the Netherlands. *European Journal of Public Health*. 2019;29(6):1096-102.
23. Henkens K, Van Solinge H, Damman M en Dingemans E. Langer doorwerken valt nog niet mee. *Demos: Bulletin over Bevolking en Samenleving*. 2016;32(2):1-4.
24. Henkens K en Van Solinge H. Oudere werknemer komt met mantelzorg in het gedrang. *Demos: Bulletin over Bevolking en Samenleving*. 2017;33(10):4-6.
25. Jones MK, Latreille PL, Sloane PJ en Staneva AV. Work-related health risks in Europe: Are older workers more vulnerable? *Social Science & Medicine*. 2013;88:18-29.
26. Reinders I, Van Schoor NM, Deeg DJ, Huisman M en Visser M. Trends in lifestyle among three cohorts of adults aged 55–64 years in 1992/1993, 2002/2003 and 2012/2013. *The European Journal of Public Health*. 2017;28(3):564-70.
27. Deeg DJ, Comijs HC, Hoogendijk EO, van der Noordt M en Huisman M. 23-Year Trends in Life Expectancy in Good and Poor Physical and Cognitive Health at Age 65 Years in the Netherlands, 1993–2016. *American Journal of Public Health*. 2018;108(12):1652-8.
28. Freedman VA, Spillman BC, Andreski PM, Cornman JC, Crimmins EM, Kramarow E, et al. Trends in late-life activity limitations in the United States: an update from five national surveys. *Demography*. 2013;50(2):661-71.

29. Seeman TE, Merkin SS, Crimmins EM en Karlamangla AS. Disability trends among older Americans: national health and nutrition examination surveys, 1988–1994 and 1999–2004. *American Journal of Public Health*. 2010;100(1):100-7.
30. Steiber N. Population aging at cross-roads: diverging secular trends in average cognitive functioning and physical health in the older population of Germany. *PloS One*. 2015;10(8):e0136583.
31. van Gool CH, Picavet HSJ, Deeg DJ, de Klerk MM, Nusselder WJ, van Boxtel MP, et al. Trends in activity limitations: the Dutch older population between 1990 and 2007. *International Journal of Epidemiology*. 2011;40(4):1056-67.
32. Jeuring HW, Comijs HC, Deeg DJ, Stek ML, Huisman M en Beekman AT. Secular trends in the prevalence of major and subthreshold depression among 55–64-year olds over 20 years. *Psychological Medicine*. 2018;48(11):1824-34.
33. Avendano M en Cylus J. Working at Older Ages: Why it's important, how it affects health, and the policy options to support health capacity for work. In: Sagan A, Normand C, Figueras J, North J, White C, editors. *The economics of healthy and active ageing series*. Copenhagen (Denmark): World Health Organization; 2019.
34. de Wind A, van der Noordt M, Deeg DJH en Boot CRL. Working life expectancy in good and poor self-perceived health among Dutch workers aged 55-65 years with a chronic disease over the period 1992-2016. *Occupational and Environmental Medicine*. 2018;75(11):792-7.
35. van der Noordt M, Hordijk HJ, IJzelenberg W, van Tilburg TG, van der Pas S en Deeg DJH. Trends in working conditions and health across three cohorts of older workers in 1993, 2003 and 2013: a cross-sequential study. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1376.
36. van der Noordt M, van der Pas S, van Tilburg TG, van den Hout A en Deeg DJH. Changes in working life expectancy with disability in the Netherlands, 1992-2016. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2019;45(1):73-81.
37. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Kamerbrief onderzoek WIA-instroom. Den Haag; 2018.
38. UWV. Stijging WIA-instroom. Waardoor steeg de WIA-instroom van zieke werknemers in 2016? Den Haag; 2018.
39. Van der Klink J, Burdorf A, Schaufeli W, Van der Wilt G, Zijlstra F, Brouwer S, et al. *Duurzaam inzetbaar: werk als waarde*. 2010.
40. van den Heuvel S, Leijten F, de Vroome E en Geuskens G. Het relatieve belang van de determinanten van duurzame inzetbaarheid bij oudere werknemers: integrale analyses STREAM 2010-2013. Leiden: TNO; 2016.
41. Knardahl S, Johannessen HA, Sterud T, Härmä M, Rugulies R, Seitsamo J, et al. The contribution from psychological, social, and organizational work factors to risk of disability retirement: a systematic review with meta-analyses. *BMC Public Health*. 2017;17(1):176.
42. Nielsen MB, Indregard A-MR en Øverland S. Workplace bullying and sickness absence: a systematic review and meta-analysis of the research literature. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2016:359-70.

43. Van Rijn RM, Robroek SJ, Brouwer S en Burdorf A. Influence of poor health on exit from paid employment: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*. 2014;71(4):295-301.
44. Robroek SJ, Reeuwijk KG, Hillier FC, Bambra CL, van Rijn RM en Burdorf A. The contribution of overweight, obesity, and lack of physical activity to exit from paid employment: a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2013:233-40.
45. Merkus SL, Van Drongelen A, Holte KA, Labriola M, Lund T, Van Mechelen W, et al. The association between shift work and sick leave: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*. 2012;69(10):701-12.
46. Van Duijvenbode D, Hoozemans M, Van Poppel M en Proper K. The relationship between overweight and obesity, and sick leave: a systematic review. *International Journal of Obesity*. 2009;33(8):807-16.
47. Van den Berg TI, Elders LA en Burdorf A. The effects of work-related and individual factors on work ability: A systematic review. *Promotion of Work Ability towards Productive Aging*: CRC Press; 2008. p. 25-8.
48. Kuoppala J, Lamminpää A, Liira J en Vainio H. Leadership, job well-being, and health effects—a systematic review and a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*. 2008;50(8):904-15.
49. Schultz AB en Edington DW. Employee health and presenteeism: a systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2007;17(3):547-79.
50. Ministerie van Financiën. IBO Gezonde leefstijl. Eindrapportage van de werkgroep "IBO Gezonde leefstijl". Den Haag; 2016.
51. Burdorf A, Robroek S en Schuring M. Kennissynthese Werk(en) is Gezond. Den Haag: ZonMw; 2016.
52. Brouwer S, De Lange A, Van Mei S, Wessels M, Koolhaas W, Bültmann U, et al. Duurzame inzetbaarheid van de oudere werknemer: stand van zaken: Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen; 2012.
53. Burdorf A, Van den Berg T en Elders L. De invloed van gezondheid en arbeidsomstandigheden op duurzame inzetbaarheid van oudere werknemers. Rotterdam; 2008.
54. Robroek SJ, Rongen A, Arts CH, Otten FW, Burdorf A en Schuring M. Educational inequalities in exit from paid employment among Dutch workers: the influence of health, lifestyle and work. *PLoS One*. 2015;10(8).
55. Hazelzet E, Picco E, Houkes I, Bosma H en de Rijk A. Effectiveness of interventions to promote sustainable employability: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(11):1985.
56. Gezondheidsraad. Effectiviteit van maatregelen. Achtergronddocument bij het advies Gezondheid en langer doorwerken. Den Haag: Gezondheidsraad; 2018.
57. RVZ. Doorwerken en gezondheid. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2015.
58. Loketgezondleven.nl. Bilthoven: RIVM; 2020 [Beschikbaar op: <https://www.loketgezondleven.nl/>].

Bijlage A. Zoekstrategie voor reviews naar determinanten van duurzame inzetbaarheid

Pubmed

((determinants OR factors OR characteristics OR conditions OR workplace OR work OR job OR occupation* OR demands OR resources OR lifestyle OR alcohol OR smoking OR BMI OR overweight OR obesity OR health) AND (work OR workers OR employees) AND ("sustainable employability" OR productivity OR workability OR "sick leave" OR "sickness absence" OR unemployment OR "disability pension" OR "work disability" OR "economic inactivity" OR "work exit" OR "early retirement" OR "early exit" OR "work ability" OR "work participation" OR presenteeism) AND ("systematic review" [ti] OR "systematic literature review" [ti] OR "meta-analysis" [ti]) NOT (protocol [ti] OR intervention* [ti] OR effectiveness [ti] OR efficiency [ti] OR efficacy [ti]))

Article type: systematic reviews; meta-analysis

Species: humans

Language: English

RIVM

De zorg voor morgen begint vandaag