

Hoe het welzijn verbeteren aan het einde van de loopbaan?

Kwantitatieve analyse van de arbeidsvoorwaarden en werkaanpassingen die bijdragen tot het welzijn aan het einde van de loopbaan

Hélène Henry — Studiedienst

Met dank aan Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland, Ann Morissens en Sophie Cès

Samenvatting

In een tijd waarin het aantal oudere werknemers en vooral werkneemsters in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit steeds toeneemt, wordt in deze studie gekeken naar de arbeidsvoorwaarden en werkaanpassingen die bijdragen tot gezondheid, welzijn en de intentie om te blijven werken aan het einde van de loopbaan.

Aan de hand van correlatieanalyses (regressies) van kwantitatieve gegevens, verzameld via een online vragenlijst ingevuld door CM-leden in de leeftijdsgroep van 55-64 jaar, werden in deze studie drie hypothesen getest.

- Dragen de werkaanpassingen aan het einde van de loopbaan positief bij tot gezondheid, welzijn op het werk en de intentie om te blijven werken?
- Zijn deze potentieel positieve relaties sterker bij mannen of bij vrouwen aan het einde van hun loopbaan?
- Maken deze regelingen het mogelijk de gezondheid, het welzijn op het werk en het behoud van het werk te vrijwaren, ondanks de ervaring van persoonlijke en/of professionele moeilijkheden aan het einde van de loopbaan?

Uit de resultaten blijkt dat de toegang tot goede arbeidsvoorwaarden op het vlak van relaties, motivatie en werkzekerheid, en tot regelingen in verband met werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen, het meest positief samenhangen met gezondheid, welzijn op het werk en de intentie om te blijven werken aan het einde van de loopbaan. Deze effecten zijn meer

uitgesproken bij het behoud van het welzijn op het werk van vrouwen aan het einde van hun loopbaan, maar zijn niet voldoende om hun geestelijke en lichamelijke gezondheid of hun intentie om te blijven werken beter te vrijwaren. Tot slot zijn de onderzochte werkaanpassingen en arbeidsvoorwaarden bijzonder doeltreffend voor de bescherming van de geestelijke gezondheid van werknemers en werkneemsters aan het einde van hun loopbaan, wanneer deze veel persoonlijke en/of professionele moeilijkheden ondervinden.

Op basis van deze resultaten worden verschillende aanbevelingen geformuleerd om het welzijn en de gezondheid aan het einde van de loopbaan te behouden.

Sleutelwoorden: Eindloopbaan, werkaanpassingen, arbeidsvoorwaarden, welzijn op het werk, arbeidsongeschiktheid, preventie, kwantitatieve studie

1. Inleiding

1.1. Context

Door de stijgende levensverwachting en de vergrijzing van de beroepsbevolking, hebben veel Europese landen het afgelopen decennium maatregelen genomen om de loopbaan te verlengen. In België heeft de regering-Michel in 2012 besloten de pensioenleeftijd te verhogen tot 66 jaar in 2025 en tot 67 jaar in 2030. In 2021 vertegenwoordigden de werknemers en werknemers van 55 jaar en ouder 19% van de totale tewerkstelling in België (Institut pour un développement durable, 2022). Het percentage werknemers en werknemers van 50 tot 64 jaar in primaire arbeidsongeschiktheid of in invaliditeit neemt echter voortdurend toe: van 11% in 2005 tot 15% in 2019 met een meer uitgesproken stijging bij vrouwen tussen 50 en 64 jaar, waar het aandeel werknemer dat afwezig was omwille van ziekte steeg van 11% in 2005 tot 17% in 2019 (Institut pour un développement durable, 2022).

Hoewel de toegenomen levensverwachting een vaak gebruikt argument is om een langere beroepsloopbaan te rechtvaardigen, mag men niet vergeten dat langer leven niet noodzakelijk betekent dat men langer in goede gezondheid leeft. Daarom is het belangrijk om rekening te houden met andere indicatoren om de gezondheidstoestand op het moment van pensionering in aanmerking te nemen, zoals bijvoorbeeld de levensverwachting in goede gezondheid. Deze wordt gedefinieerd als “de gemiddelde levensverwachting in goede gezondheid, dit wil zeggen zonder onomkeerbare beperking van de activiteiten van het dagelijks leven of invaliditeit” (Insee, 2017, eigen vertaling). In 2020 bedroeg de levensverwachting in goede gezondheid in België 63,6 jaar voor mannen en 64 jaar voor vrouwen (Bureau Fédéral du Plan, 2022). Voor sociaaleconomisch zwakkere groepen ligt de levensverwachting in goede gezondheid nog lager: zij zullen gemiddeld een verslechterde gezondheid hebben (of zelfs sterven) vóór de leeftijd van 60 jaar (Solidaris, 2023).

Bovendien wordt de arbeidscontext in onze westerse samenlevingen steeds meer gekenmerkt door het risico van psychische en/of fysieke schade die verband houdt met de componenten van het werk in termen van arbeidsorganisatie, arbeidsinhoud, arbeidsvoorwaarden, arbeidsomstandigheden of interpersoonlijke relaties op het werk, die een gevaar inhouden en waarop de werkgever invloed

heeft (de zogenaamde psychosociale risico's¹). De toename van het onwelbevinden op het werk, vooral als gevolg van nieuwe vormen van arbeidsorganisatie en een verslechtering van de arbeidsvoorwaarden, is de afgelopen jaren in verschillende studies aangetoond (Périlleux & Vendramin, 2017; Vendramin & Parent-Thirion, 2019; Dejours & Duarte, 2018).

Deze psychosociale risico's treffen werknemers en werknemers van alle leeftijden, maar oudere werknemers en werknemers zijn hier bijzonder kwetsbaar voor (EuroHealthNet, 2022). Hoewel zij tijdens hun loopbaan verschillende hulpbronnen en vaardigheden hebben ontwikkeld waarop zij kunnen terugvallen, kunnen deze achterhaald geraken en moeilijk te vernieuwen zijn gezien de snelle veranderingen in de werkomgeving. Oudere werknemers en werknemers kunnen daardoor meer werkgerelateerde stress ervaren, meer last hebben van verandering op het werk en meer werkonzekerheid ervaren dan jongere werknemers en werknemers (EuroHealthNet, 2022). Zij maken ook vaker melding van een gevoel van algemene vermoeidheid, een gebrek aan loopbaanvooruitzichten of een laag niveau van psychologisch welzijn (Vendramin & Valenduc, 2016).

Naast deze psychosociale risico's, die dus vooral het welzijn en de gezondheid van oudere werknemers en werknemers kunnen aantasten, zijn er nog twee andere risicofactoren specifiek voor oudere werknemers en werknemers: enerzijds de realiteit van leeftijdsdiscriminatie, het 'ageism', dat verwijst naar de stereotypen, vooroordelen en discriminerend gedrag ten aanzien van mensen op grond van hun leeftijd (Butler, 1980) die erg aanwezig is in onze maatschappij; anderzijds de grotere kans dat zij zorgtaken opnemen voor hun eigen oudere ouder met autonomieverlies, of voor hun kinderen of kleinkinderen (de zogeheten 'sandwichgeneratie'). Ageism heeft een negatieve invloed op de geestelijke gezondheid van ouderen, bijvoorbeeld doordat het gevoel van eigenwaarde afneemt of het risico op misbruik toeneemt (Loriato, 2022). Op het werk hebben oudere werknemers en werknemers als gevolg van ageism minder kans op opleiding en carrièremogelijkheden (Loriato, 2022). In situaties van zorg voor een familielid met autonomieverlies, merken we dat deze rol vaker wordt vervuld door werknemers, en meer in het bijzonder door werknemers, aan het einde van hun loopbaan. Hoewel de zorg voor een familielid een belangrijke bron van volvoering en persoonlijke verwezenlijking kan zijn (Marino, 2017), hebben verschillende studies ook aangetoond dat

1 De definitie van psychosociale risico's is te vinden op: <https://www.beswic.be/nl/themas/psychosociale-ricos-psr>.

deze rol de werkoverbelasting en het onevenwicht tussen werk en privéleven vergroot, en een negatief effect kan hebben op het welzijn en de geestelijke gezondheid (Bastawrous, 2013; Loriato, 2022; Pinquart & Sörensen, 2003).

In deze context van een levensverwachting in goede gezondheid die beperkt is tot de leeftijd van 60 jaar voor sociaaleconomisch zwakkere groepen, van een toenemende blootstelling aan psychosociale risico's, van het achterhaald zijn van vaardigheden, van *ageism* en zorg voor familieleden, voelen steeds meer werknemers en

werkneemsters van 55-64 jaar zich niet langer in staat om hetzelfde werk te blijven doen tot hun 60^{ste} levensjaar (Hansez, et al., 2012; Vendramin & Valenduc, 2016) of tot aan de pensioenleeftijd (Geneeskunde voor het volk, 2021).

Terwijl het bevorderen van de gezondheid tijdens de hele loopbaan een prioriteit is op wereldniveau (bijvoorbeeld de WGO-gids voor geestelijke gezondheid op het werk, 2022), op Europees niveau (bijvoorbeeld het Europees strategisch kader voor gezondheid en veiligheid op het werk, 2021-2027) en in ons eigen land (bijvoorbeeld het nationaal plan

Definitie van begrippen

In deze studie worden enkele begrippen gebruikt die hieronder verduidelijkt worden.

In de eerste plaats **werknemers en werkneemsters aan het einde van hun loopbaan**. Terwijl CAO 104 werknemers en werkneemsters beschouwt als aan het einde van hun loopbaan vanaf de leeftijd van 45 jaar, beschouwen wij ze in deze studie als dusdanig vanaf de leeftijd van 55 jaar, tot de leeftijd van 64 jaar. Dit is een leeftijds criterium dat vaak wordt gebruikt in de wetenschappelijke literatuur (Kooij & Van De Voorde, 2011; Veth, Korzilius, Van der Heijden, Emans, & de Lange, 2017).

Ten tweede verwijst **werkaanpassingen aan het einde van de loopbaan** in onze studie niet alleen naar arbeidsduurvermindering ('tijdskrediet eindloopbaan'), maar meer in het algemeen naar aspecten van werkorganisatie, arbeidsvoorwaarden, arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden en interpersoonlijke relaties op het werk, die kunnen bijdragen tot het welzijn aan het einde van de loopbaan. In het deel 'operationalisering van de variabelen' (punt 2.2.) vindt u meer informatie over hoe deze elementen zijn gemeten en vervolgens gegroepeerd op basis van de uitgevoerde statistische analyses.

Toegang tot werkaanpassingen aan het einde van de loopbaan verwijst naar de mate waarin arbeidsvoorwaarden en werkaanpassingen op de werkplek van de respondenten als toegankelijk worden ervaren, in die zin dat zij het mogelijk achten er gebruik van te kunnen maken. Deze studie beoordeelt dus de gepercipieerde toegankelijkheid van de werkaanpassingen, niet de feitelijke uitvoering ervan in de werkorganisatie van de deelnemers en deelnemers aan deze studie.

In deze studie hebben wij **algemene gezondheid** gedefinieerd als de mate waarin de respondenten zichzelf als geestelijk en lichamelijk gezond beschouwen.

Welzijn op het werk verwijst naar de mate waarin de deelnemers en deelnemers tevreden zijn met hun werk of zich eerder uitgeput voelen. Wij keken ook naar welzijn op het werk vanuit het perspectief van arbeidsongeschiktheid, door de deelnemers te vragen of zij in de afgelopen zes maanden een periode van arbeidsongeschiktheid van minder dan een maand (korte arbeidsongeschiktheid) en meer dan een maand (langdurige arbeidsongeschiktheid) in hun huidige baan hadden doorgemaakt.

De intentie om te blijven werken werd gemeten door de deelnemers en deelnemers te vragen in hoeverre zij vervroegd met pensioen wilden gaan of na hun pensionering (betaald of onbetaald) wilden blijven werken.

In het deel over de methode (punt 2.) wordt nader ingegaan op de wijze waarop deze variabelen zijn gemeten.

voor welzijn op het werk, 2022), beschikte in België in 2021 slechts 43% van de ondernemingen over een structureel plan ter bevordering van het welzijn op het werk (Acerta, VUB, HR Square, 2021). Wat het plan van 2012 betreft voor de tewerkstelling van oudere werknemers en werknemers (Collectieve arbeidsovereenkomst nr. 104), toonde een eerdere kwalitatieve CM-studie (via interviews) over de ervaringen aan het einde van de loopbaan aan dat dit plan weinig bekend was en te beperkt werd toegepast in de ondernemingen van de geïnterviewde deelnemers en deelnemers (Henry, Morissens, & Streel, 2022). Ook in termen van onderzoek is er, ondanks het erkende belang van het creëren van gezonde werkomgevingen, in het bijzonder voor oudere werknemers en werknemers, weinig onderzoek gedaan naar wat kan werken om deze omgevingen bevorderlijk te maken voor de geestelijke gezondheid en het welzijn aan het einde van de loopbaan.

Om deze lacunes op te vullen en werkgevers en beleidsmakers te inspireren over hoe het einde van de loopbaan kan aangepast worden om deze draaglijker te maken, wil dit onderzoek nagaan welke aanpassingen en arbeidsvoorwaarden in het bijzonder bijdragen tot deze doelstelling. Dit onderzoek, uitgevoerd met een kwantitatieve methodologie (via een vragenlijst), sluit aan bij het eerdere kwalitatief onderzoek (via interviews) van CM over dit onderwerp (Henry, Morissens, & Streel, 2022). Daarin werd gewezen op de moeilijkheden die werknemers en werknemers aan het einde van hun loopbaan ondervinden en hun behoefte aan aanpassingen van het werk. De vragenlijst voor dit nieuwe onderzoek kon gedeeltelijk worden opgesteld op basis van de interviews afgenomen in dat onderzoek.

1.2. Literatuuroverzicht en onderzoekshypothesen

1.2.1. De positieve effecten van werkaanpassingen op welzijn, gezondheid en de intentie om te blijven werken

Zoals hiervoor aangegeven, is het een illusie te denken dat alle werknemers en werknemers, vooral oudere, onder de huidige arbeidsvoorwaarden kunnen blijven werken zonder gezondheidsproblemen te ondervinden. Uit de cijfers van het RIZIV (2018) blijkt dat werknemers en werknemers tussen 55 en 59 jaar het vaakst getroffen worden door invaliditeit (CM, 2021). Uit een recente studie in België is ook gebleken dat een grote meerderheid van de ondervraagde 55-65-jarigen melding maakt van een te hoge fysieke en mentale werkbelasting (Geneeskunde

voor het volk, 2021). Niet minder dan zeven van de tien respondenten in dezelfde studie vinden hun werk mentaal veeleisend tot zeer veeleisend, en de helft vreest dat hun gezondheid het niet zal toelaten om tot de pensioenleeftijd door te gaan. Soortgelijke resultaten tonen dat 38,7% van de ondervraagde Nederlandstalige Belgische werknemers en werknemers (40 jaar of ouder), denkt dat ze hun huidige baan niet tot hun pensioen kunnen blijven uitoefenen (Bourdeaud'hui, Janssens, & Vanderhaeghe, 2021). De meeste van deze bedienden en bediendes dachten echter dat ze tot hun pensioengerechtigde leeftijd zouden kunnen blijven werken als hun werk zou worden aangepast. Ook de door Geneeskunde voor het volk (2022) geïnterviewde werknemers en werknemers die recht hebben op werkaanpassingen, verklaarden dat ze het zonder deze maatregelen nooit zouden volhouden.

Verschillende studies hebben al de gunstige effecten van werkaanpassingen op de gezondheid, het welzijn en de intentie om te blijven werken voor oudere werknemers en werknemers aangetoond. Zo bleek uit een experimentele studie in Finland dat werknemers en werknemers boven de 55 jaar, waarvan het werk was aangepast in de vorm van fysiek minder veeleisende taken, de mogelijkheid om deel te nemen aan omschakelings- en opleidingsprogramma's, de vrijstelling van ploegenarbeid en de toekenning van extra verlof, langer aan het werk bleven en minder risico liepen om de arbeidsmarkt voortijdig te verlaten of een invaliditeitspensioen te krijgen, in vergelijking met werknemers en werknemers in de controlegroep, dit wil zeggen degenen die deze werkaanpassingen niet hadden gekregen (Neupane, et al., 2022). Andere studies suggereren dat goede werkaanpassingen en/of arbeidsvoorwaarden, zoals de mogelijkheid om kennis door te geven aan jongere collega's (Burmeister, Wang, & Hirschi, 2020), een HR-beleid dat het behoud van competenties mogelijk maakt (Kooij, et al., 2013) of flexibele arbeidsregelingen (Sewdas, et al., 2017) positief gerelateerd zijn aan het welzijn en de intentie van oudere werknemers en werknemers om te blijven werken. Het organisatieklimaat (bijvoorbeeld structuur, leiderschap, managementpraktijken, besluitvormingsprocessen) beïnvloedt ook op een positieve manier het individuele welzijn op het werk (Eisenberger & Stinglhamber, 2011) en kan van invloed zijn op de intentie van oudere werknemers en werknemers om te blijven werken (Armstrong-Stassen & Ursel, 2009).

Naast verklarende mechanismen zoals de mogelijkheid tot recuperatie dankzij bepaalde aanpassingen (bijvoorbeeld arbeidsduurvermindering), kan ook de theorie van de sociale interactie worden aangehaald om de positie-

ve effecten van de werkaanpassingen te verklaren (Blau, 1964). Volgens deze theorie vormen uitwisselingen tussen organisaties en werknemers en werkneemsters interacties die verplichtingen tot wederkerigheid doen ontstaan. Door werkaanpassingen te interpreteren als een indicator van organisatorische steun, nemen werknemers en werkneemsters als tegenprestatie een positieve houding aan ten opzichte van hun organisatie, zoals een grotere betrokkenheid of werktevredenheid (Van De Voorde, Paauwe, & Van Veldhoven, 2011).

Hoewel aangepast werk op het einde van de loopbaan vaak noodzakelijk is, is het in België helaas niet altijd beschikbaar, hetzij om financiële redenen, hetzij wegens moeilijkheden in verband met de organisatie van het werk (Henry, Morissens, & Streeel, 2022; Geneeskunde voor het volk, 2021). Toch kunnen deze regelingen aan het einde van de loopbaan gunstige effecten hebben. Om deze stelling na te gaan, is de eerste doelstelling van deze studie te onderzoeken of de perceptie van toegang tot werkaanpassingen aan het einde van de loopbaan positief bijdraagt tot de gezondheid, het welzijn op het werk en de intentie om te blijven werken.

Op basis van de hiervoor vermelde studies gaan wij uit van de volgende hypothese, weergegeven in figuur 1.

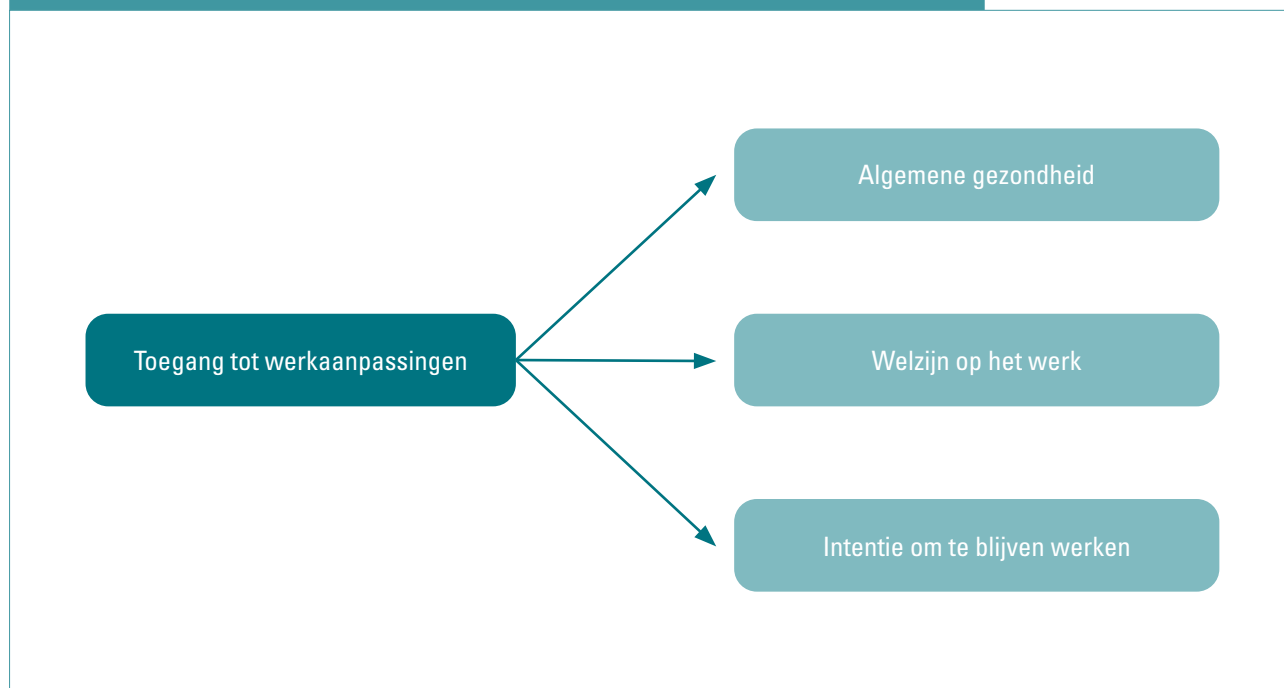
- Hypothese 1: De toegang tot werkaanpassingen aan het einde van de loopbaan draagt positief bij tot (a) de algemene gezondheid, (b) het welzijn op het werk en (c) de intentie om te blijven werken.

1.2.2. Positievare effecten van werkaanpassingen voor vrouwen dan voor mannen

Er zijn verschillende redenen om aan te nemen dat vrouwen meer baat zouden kunnen hebben van de positieve effecten van werkaanpassingen aan het einde van de loopbaan.

Ten eerste oefenen vrouwen vaker emotioneel zwaar beladen beroepen uit², zoals beroepen in de zorg en het onderwijs (Janssens, Bourdeaud'hui, & Vanderhaeghe, 2022), die kunnen leiden tot emotionele uitputting. Zij werken ook vaker en langer in banen met langdurig zitten of staan of met repetitieve taken, wat het risico op spier- en skeletaandoeningen (SSA) kan verhogen (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2017).

Figuur 1: Onderzoeksmodel voor hypothese 1



2 Emotioneel beladen beroepen zijn beroepen die aandacht en zorg voor anderen vereisen, waarbij een comfortabele omgeving voor die anderen wordt gecreëerd, soms ten koste van het eigen comfort.

Vrouwen, en vooral oudere vrouwen, lopen meer kans om gepest of lastiggevallen te worden of psychologisch geweld te ervaren op het werk, in vergelijking met mannen (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2017; EuroHealthNet, 2022). Het is daarom noodzakelijk om in het bijzonder na te denken over de manier waarop aan vrouwen gezonde en goede arbeidsvoorwaarden kunnen worden geboden.

Ten tweede, en dit is helaas nog steeds een te groot taboe, heeft de menopauze bij vele vrouwen een invloed op het welzijn op het werk. Hormonaal onevenwicht kan bij sommige vrouwen in de menopauze leiden tot symptomen als opvliegers, concentratie- en geheugenproblemen en ook slaapproblemen (Carter, Jay, & Black, 2021; EuroHealthNet, 2022). Aangezien van oestrogeen bekend is dat het beschermend werkt voor het hart via de vasculaire mechanismen die het induceert, kan het verlies van een dominante aanwezigheid van oestrogeen, in combinatie met fysiek werk of een warme omgeving, de bekende risico's van hart- en vaatziekten bij postmenopauzale vrouwen verder verergeren (Barnes & Charkoudian, 2021; Carter, Jay, & Black, 2021). Bovendien kan de mentale vermoeidheid als gevolg van slaapttekort de tijd die aan taken wordt besteed verlengen, de prestaties verslechteren en het vermogen van de werkneemster om zich op taken te concentreren verminderen (Lorist, 2000; Carter, Jay, & Black, 2021). Ondanks de impact die de menopauze kan hebben op werkende vrouwen, zijn er nog te veel hiaten in het onderzoek en heel weinig praktische en beleidsinterventies met het oog op preventie en de bevordering van de gezondheid van deze werkneemsters (EuroHealthNet, 2022).

Ten derde en tot slot, verleent een zeer groot aantal personen (44 miljoen in Europa) informeel zorg aan familieleden (Loriato, 2022). De meerderheid van deze zorgtaken wordt echter door vrouwen gedragen, waardoor een 'gender employment gap' ontstaat (Loriato, 2022), dat wil zeggen een verschil tussen de tewerkstellingsgraad van mannen en vrouwen van 20 tot 64 jaar (Eurostat, 2022). Het bieden van zorg voor een familielid in combinatie met het voortzetten van hun carrière, beïnvloedt het welzijn van veel vrouwen gedurende heel hun loopbaan, met inbegrip van het einde ervan, door een overbelasting van het werk die kan leiden tot een permanent onevenwicht tussen privé- en beroepsleven. Sommige vrouwen hebben soms geen andere keuze dan zich terug te trekken uit de arbeidsmarkt om voor hun ouders te zorgen (Loriato, 2022), of blijven werken terwijl ze voor hen zorgen, aangezien sommige werkneemsters het zich financieel niet kunnen veroorloven hun uren te verminderen (Henry, Morissens, & Streel, 2022).

De COVID-19-pandemie heeft overigens een aantal van de negatieve effecten van de rol van mantelzorgversterkt, waardoor zij een groter risico lopen op een burn-out, een verslechterende geestelijke gezondheid of de angst om hun werk te verliezen (Loriato, 2022).

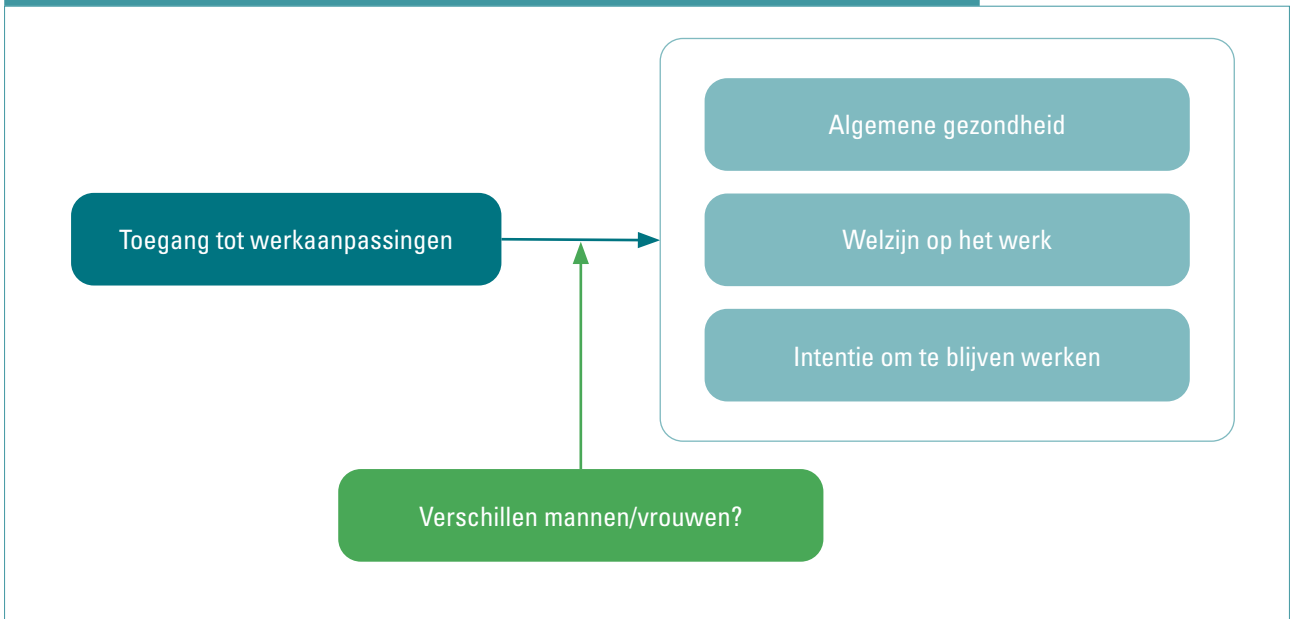
Voor zover vrouwen (aan het einde van hun loopbaan) vaker emotioneel veeleisend werk hebben of werk met lange periodes van zitten, staan of repetitieve taken; zij te maken hebben met pesterijen en geweld op het werk; zij aan het einde van hun loopbaan de negatieve effecten van de menopauze op hun werk ondervinden; en informeel zorg dragen voor een of meer familieleden, nemen wij aan dat hun gezondheid, hun welzijn op het werk en hun intentie om te blijven werken positiever zullen worden beïnvloed door de toegang tot werkaanpassingen, in vergelijking met mannen. Deze hypothese wordt weergegeven in figuur 2.

- Hypothese 2: De toegang tot werkaanpassingen heeft een grotere invloed op (a) de algemene gezondheid, (b) het welzijn op het werk en (c) de intentie om te blijven werken, bij vrouwen dan bij mannen.

1.2.3. Het beschermende effect van werkaanpassingen op de moeilijkheden ervaren aan het einde van de loopbaan

Onze vorige studie over de ervaringen en behoeften van werknemers en werkneemsters aan het einde van hun loopbaan toonde aan dat bepaalde persoonlijke en professionele moeilijkheden zich steeds vaker voordoen naarmate de leeftijd vordert (Henry, Morissens, & Streel, 2022). Op persoonlijk vlak kunnen deze moeilijkheden van fysieke (bijvoorbeeld moeilijker recupereren, slechter horen), mentale (bijvoorbeeld zich eenzaam voelen), of financiële aard (bijvoorbeeld financiële lasten) zijn of te maken hebben met het evenwicht tussen het privéleven en het werk. Op professioneel vlak kunnen deze moeilijkheden verband houden met de manier waarop het werk is georganiseerd (bijvoorbeeld organisatorische veranderingen), de arbeidsvoorwaarden (bijvoorbeeld werktijden), de arbeidsinhoud (bijvoorbeeld werkdruk), de arbeidsomstandigheden (bijvoorbeeld lawaai op de werkplek) of de interpersoonlijke relaties. Deze moeilijkheden kunnen een negatieve invloed hebben op het welzijn, de gezondheid of de intentie om aan het einde van de loopbaan te blijven werken. Uit de interviews bleek echter ook dat aanpassingen zoals een systematisch gesprek om de behoeften en moeilijkheden aan het einde van de loopbaan te bespreken, aanpassingen van het werkrooster, erkenning of een goede werksfeer kunnen bijdragen tot het welzijn aan het einde van de loopbaan.

Figuur 2: Onderzoeksmodel voor hypothese 2



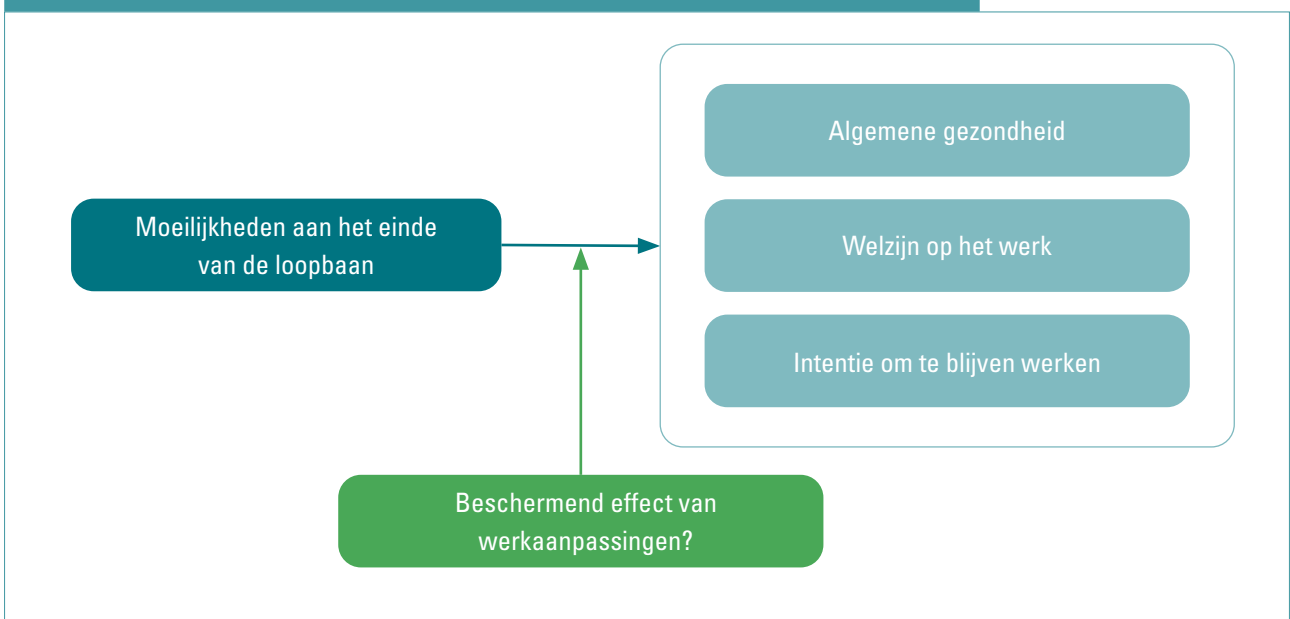
Ook andere studies tonen aan dat werkaanpassingen aan het einde van de loopbaan oudere werknemers en werkneemsters kunnen helpen hun gezondheid en motivatie op peil te houden (Bourdeaud’hui, Janssens, & Vanderhaeghe, 2021; Geneeskunde voor het volk, 2021).

Op basis van deze bevindingen veronderstelt onze derde hypothese dat de toegang tot werkaanpassingen bescherming biedt tegen de negatieve gevolgen van moeilijkheden

aan het einde van de loopbaan voor de algemene gezondheid, het welzijn op het werk en de intentie om te blijven werken. Deze hypothese wordt weergegeven in figuur 3.

- Hypothese 3: De toegang tot werkaanpassingen beschermt tegen het negatieve effect van moeilijkheden aan het einde van de loopbaan op a) de algemene gezondheid, b) het welzijn op het werk, en c) de intentie om te blijven werken.

Figuur 3: Onderzoeksmodel voor hypothese 3



2. Methode

2.1. Gegevensverzameling en deelnemersprofiel

De gegevens werden verzameld via een online enquête die begin juni 2022 werd verstuurd naar een steekproef van CM-leden van 55-64 jaar die op dat ogenblik aan het werk waren. In totaal werden 66.746 personen gecontacteerd (20.850 Franstaligen, 45.896 Nederlandstaligen), wat resulteerde in 4.639 volledig ingevulde vragenlijsten. Iets meer dan de helft van de deelnemers en deelnemsters was vrouw (54%), en het opleidingsniveau is relatief hoog (60% van de respondenten heeft minstens een diploma hoger onderwijs van het korte of lange type). De gemiddelde leeftijd van de deelnemers en deelnemsters is 59 jaar (standaardafwijking = 2,6 jaar).

Wat de gezinssituatie betreft, hebben de meeste deelnemers een partner (73%) en kinderen (83%). Terwijl drie van de vier deelnemers en deelnemsters niemand meer financieel ten laste hebben (76%), zorgt een derde voor een

naast familielid met verminderde autonomie (35%), meestal tussen één en acht uur per week (62%).

Op professioneel vlak zijn de meeste deelnemers en deelnemsters bedienden en bediendes (inclusief kaderleden) (84%), zijn zij nog aan het werk (87%) en werken zij voltijds (57%). De deelnemers en deelnemsters zijn werkzaam in de private profitsector (41%), de private non-profitsector (27%) en de publieke sector (32%). Tabel 1 geeft een overzicht van de steekproef.

2.2. Operationalisering van de variabelen

Nadat de deelnemers en deelnemsters was gevraagd naar hun sociodemografische situatie (bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, gezinssituatie) en hun arbeidscontext, bevatte de vragenlijst vragen ('items') waarmee de variabelen van het onderzoeksmodel werden geoperationaliseerd.

- De **moeilijkheden die men aan het einde van de loopbaan ervaart**, zowel in de persoonlijke context (bijvoor-

Tabel 1: Beschrijving van de steekproef

Criteria	Beschrijving	N	%
Geslacht	Mannelijk	2.143	46
	Vrouw	2.496	54
Gezinssituatie	Met (huwelijks)partner	3.391	73
	Weduwnaar of weduwe, (uit de echt) gescheiden	547	12
	Alleenstaand	701	15
Opleidingsniveau	Basisonderwijs	68	2
	Lager secundair onderwijs	460	10
	Hoger secundair onderwijs	1.317	28
	Hoger onderwijs van het korte type	1.867	40
	Hoger onderwijs van het lange type	927	20
Werksituatie	Momenteel aan het werk	4.061	87
	In volledige arbeidsongeschiktheid of invaliditeit	212	5
	Deeltijds werk om medische redenen	159	3
	Werkzoekend of huisman of -vrouw	45	1
	Met vervroegd pensioen, werkloos met bedrijfstoelage of gepensioneerd	162	4
Arbeidsstelsel	Voltijds	2.638	57
	Deeltijds	2001	43
Functie	Bediende (inclusief kader)	3.879	84
	Arbeider	726	15
	Zelfstandige	34	1
Sector	Private non-profitsector	1.224	27
	Private profitsector	1.912	41
	Publieke sector (inclusief onderwijs)	1.503	32

Noot: N geeft het aantal deelnemers en deelnemsters aan.

beeld “Ik voel me snel moe”) als in de professionele context (bijvoorbeeld “Ik heb moeite met organisatorische veranderingen”), werden gemeten op een Likert-schaal gaande van één (nooit) tot vijf (altijd) met respectievelijk 13 en 19 items. De items werden geconstrueerd op basis van de resultaten van de kwalitatieve CM-studie over ervaringen aan het einde van de loopbaan, uitgevoerd in 2022 (Henry, Morissens, & Streeel, 2022). Na het uitvoeren van een factoranalyse³ moesten we één item verwijderen voor de schaal met persoonlijke moeilijkheden. De schalen hadden bevredigende Cronbach’s alpha-waarden⁴ ($\alpha = .84$ voor persoonlijke moeilijkheden en $\alpha = .88$ voor professionele moeilijkheden). Een hoge score op deze schalen betekent dus een hoge score voor persoonlijke en/of professionele moeilijkheden.

• De **toegang tot werkaanpassingen aan het einde van de loopbaan** werd gemeten door de deelnemers en deelnemers te vragen om op een Likert-schaal van één (helemaal niet toegankelijk) tot vijf (volledig toegankelijk) aan te geven in hoeverre de voorgestelde arbeidsvoorwaarden en werkaanpassingen op hun werkplek toegankelijk zijn, in die zin dat zij er gebruik van kunnen maken. Net als bij de andere schalen is dit dus een zelf gerapporteerde en subjectieve meting en hebben wij niet gemeten in hoeverre organisaties deze regelingen daadwerkelijk aanbieden. De items zijn ook geconstrueerd op basis van het CM-onderzoek (Henry, Morissens, & Streeel, 2022). Op basis van verkennende factoranalyses kwamen vijf hoofdcategorieën van arbeidsvoorwaarden of werkaanpassingen naar voren⁵. Tabel 2 geeft slechts enkele voorbeelden.

Tabel 2: De vijf hoofdcategorieën van arbeidsvoorwaarden of werkaanpassingen die in dit onderzoek zijn onderzocht

Categorie	Voorbeelden van de vragenlijst In hoeverre heb je toegang tot ...
1) Goede arbeidsvoorwaarden met betrekking tot relationele, motivationele en werkzekerheidsaspecten (9 items, $\alpha = .86$)	<ul style="list-style-type: none"> • goede relaties met je directe chef/leidinggevende • een motiverende job die je graag doet • werkzekerheid
2) Aanpassingen van werkruimte, arbeidstijd en arbeidsmiddelen (10 items, $\alpha = .84$)	<ul style="list-style-type: none"> • de mogelijkheid om te telewerken • de mogelijkheid om je werktijden aan te passen • aangepaste, ergonomische arbeidsmiddelen
3) Organisatorische aanpassingen (7 items, $\alpha = .89$)	<ul style="list-style-type: none"> • een systematisch gesprek met de directie aan het einde van de loopbaan, waarin de behoeften en moeilijkheden die eventueel worden ondervonden, worden besproken en de mogelijkheden tot aanpassing van het werk worden bekeken • een organisatie die een participatieve aanpak bevordert
4) Aanpassingen met betrekking tot arbeidsduurvermindering (2 items, $r = .68^{***}$)	<ul style="list-style-type: none"> • een vermindering van de arbeidsduur tot halftijds of 4/5
5) Aanpassingen betreffende gezondheidszorg en voorbereiding op het pensioen (5 items, $\alpha = .71$)	<ul style="list-style-type: none"> • een jaarlijkse medische controle betaald door je werkgever • sport- of ontspanningssessies • ondersteuning bij de voorbereiding op het pensioen

3 Factoranalyse is een statistische methode om een matrix van gegevens verkregen uit een gesloten vragenlijst te reduceren. Het doel ervan is gemeenschappelijke factoren te extraheren die een maximum van de totale variantie verklaren. Met andere woorden, met deze methode kunnen de verschillende vragen die betrekking hebben op hetzelfde thema worden gegroepeerd in grote factoren die elk een afzonderlijk thema vertegenwoordigen.

4 Cronbach’s alpha is een maat voor de interne consistentie (of homogeniteit) van een schaal met meerdere items, waarbij antwoorden op items van dezelfde schaal over hetzelfde onderwerp gecorreleerd moeten worden. Het geeft aan in hoeverre de items in een schaal gelijkwaardige maatstaven zijn voor hetzelfde concept.

5 Er zij op gewezen dat de vermindering van de werkdruk niet is opgenomen onder de onderzochte werkaanpassingen aangezien deze geen verband hield met een van de thema’s die op basis van de factoranalyses zijn vastgesteld.

2.2.1. Operationalisering van de algemene gezondheid

- De **geestelijke gezondheid** werd gemeten op een Likert-schaal van één (veel minder dan gewoonlijk) tot vijf (veel meer dan gewoonlijk) met twaalf items (bijvoorbeeld "Recentelijk, en in het bijzonder in de afgelopen weken, heb je van je dagelijkse bezigheden kunnen genieten?") ($\alpha = .89$) uit de schaal van de *General Health Questionnaire* (Goldberg, 1972). Negatief geformuleerde items werden omgedraaid zodat een hoge score op deze schaal betekent dat men een goede geestelijke gezondheid heeft.
- De **fysieke gezondheid** werd gemeten op een Likert-schaal van één (veel minder dan gewoonlijk) tot vijf (veel meer dan gewoonlijk) met zes aangepaste items (bijvoorbeeld "Recentelijk, en in het bijzonder in de afgelopen weken, heb je hoofdpijn gehad?") ($\alpha = .80$), uit de vragenlijst over het werkvermogen (Fonds pour l'expérience professionnelle, 2009). De items werden zo aangepast dat een hoge score op deze schaal betekent dat men een goede lichamelijke gezondheid heeft.

2.2.2. Operationalisering van het welzijn op het werk

- De **arbeidsongeschiktheid gedurende minder of meer dan een maand** werd gemeten door de deelnemers en deelnemsters te vragen hoe vaak (van 0 tot 4 keer of meer) zij een periode van arbeidsongeschiktheid van minder of meer dan een maand hadden doorgemaakt.
- De **werktevredenheid** werd gemeten op een Likert-schaal van één (helemaal niet eens) tot vijf (helemaal eens) met vier items (bijvoorbeeld "Als een goede vriend(in) mij zou vertellen dat hij of zij geïnteresseerd was in een job als die van mij, zou ik de job zeker aanbevelen"), ($\alpha = .90$) (Eisenberger, Cummings, Armeli, & Lynch, 1997). Een hoge score op deze schaal betekent dus een hoge score op werktevredenheid.
- **Burn-out** werd gemeten door de deelnemers en deelnemsters te vragen hoe zij zich op het werk voelden, via de negen items die de emotionele uitputtingscomponent meten (bijvoorbeeld "U voelt zich emotioneel leeggezo-gen door uw werk") ($\alpha = .92$) (Maslach & Jackson, 1981).

De antwoordschaal liep van één (nooit) tot vijf (altijd), dus een hoge score op deze schaal betekent een hoge burn-outscore.

2.2.3. Operationalisering van de intentie om te blijven werken

- De **intentie om vervroegd met pensioen te gaan** werd gemeten met drie items (bijvoorbeeld "Als ik kon, zou ik graag vervroegd met pensioen gaan") ($\alpha = .83$) (Gaillard & Desmette, 2008), met een schaal van één (helemaal niet eens) tot vijf (helemaal eens). Een hoge score op deze schaal wijst dus op een sterke intentie om vervroegd met pensioen te gaan.
- De **intentie om een activiteit (betaald of onbetaald) voort te zetten** na pensionering werd gemeten aan de hand van vijf aangepaste items (Bennett, Beehr, & Lepisto, 2016), (bijvoorbeeld "Na mijn pensionering zou ik graag voltijds willen blijven werken tegen betaling"), op een schaal van één (helemaal niet eens) tot vijf (helemaal eens). Na factoranalyses werd één item verwijderd, zodat elke subschaal twee items had die goed met elkaar correleerden⁶ ($r = .51, p < .001$ voor de intentie om betaald te blijven werken en $r = .39, p < .001$ voor de intentie om onbetaald te blijven werken).

Ten slotte bevatte de vragenlijst enkele aanvullende vragen (bijvoorbeeld vragen over de kennis van CAO 104 of het werkgelegenheidsplan voor oudere werknemers en werknemsters). De vragenlijst bestond in totaal uit 70 vragen en werd online in het *Checkmarket-platform* ingevoerd.

2.3. Analyses

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden en de hypothesen te testen, werden verschillende statistische analyses uitgevoerd met behulp van SPSS-software.

In onze analyses hebben wij onze onafhankelijke en afhankelijke variabelen, gecodeerd van een tot vijf, op kwantitatieve wijze behandeld. Onafhankelijke variabelen zijn die waarvan wordt aangenomen dat zij een effect hebben op onze afhankelijke variabelen.

⁶ Wanneer een schaal slechts twee items bevat, verdient het de voorkeur een correlatiecoëfficiënt te berekenen in plaats van een Cronbach's alpha. Deze coëfficiënt geeft ook de sterkte van het verband tussen de twee variabelen aan en dus of zij hetzelfde construct meten.

In onze studie zijn dat:

- de toegang tot werkaanpassingen voor het toetsen van hypothese 1;
- de toegang tot werkaanpassingen en het geslacht voor het toetsen van hypothese 2;
- de persoonlijke en professionele moeilijkheden en de toegang tot werkaanpassingen voor het toetsen van hypothese 3.

De afhankelijke variabelen zijn de gezondheid, het welzijn op het werk en de intentie om te blijven werken, voor alle drie de hypothesen.

Wij hebben eerst een correlatietabel gemaakt (zie tabel in bijlage), waarmee wij de verbanden tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen konden zien, en de sociodemografische variabelen konden identificeren die significant samenhangen met onze afhankelijke variabelen, en die in de meervoudige regressieanalyses zullen worden gecontroleerd (controlevariabelen). Vervolgens hebben wij onze meervoudige lineaire regressieanalyses uitgevoerd, eerst met alleen de controlevariabelen, en vervolgens met de onafhankelijke variabelen waarvan het effect op de afhankelijke variabelen wordt getoetst⁷. Deze analyses leveren regressiecoëfficiënten (β) op, die ons vertellen in welke mate de afhankelijke variabelen (Y) (in dit geval bijvoorbeeld gezondheid) verband houden met de onafhankelijke variabelen (X) (in dit geval bijvoorbeeld de toegang tot werkaanpassingen) op basis van de onderstaande vergelijking (p is het aantal voorspellers opgenomen in de regressie):

$$Y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p X_p + \epsilon$$

De regressiecoëfficiënt en het teken ervan geven dus aan in welke mate de afhankelijke variabele varieert naar gelang van het niveau van de onafhankelijke variabele: indien de coëfficiënt positief is, betekent dit dat naarmate de score op de onafhankelijke variabele toeneemt, ook de

score op de afhankelijke variabele toeneemt. Indien de coëfficiënt negatief is, betekent dit dat naarmate de score op de onafhankelijke variabele toeneemt, de score op de afhankelijke variabele afneemt. Bijvoorbeeld, een positieve regressiecoëfficiënt tussen de toegang tot werkaanpassingen in termen van ruimte, tijd en arbeidsmiddelen (onafhankelijke variabele) en lichamelijke gezondheid (afhankelijke variabele) vertelt ons dat hoe hoger de gepercipieerde toegang tot deze werkaanpassingen, des te hoger de score op lichamelijke gezondheid zal zijn.

Voor zover het onderzoek is uitgevoerd op een steekproef van deelnemers en deelnemsters, zijn statistische tests nodig om na te gaan of de waargenomen verbanden tussen de variabelen in de steekproef kunnen worden afgeleid naar de populatie waartoe de steekproef behoort. Aan elke regressiecoëfficiënt wordt daarom een p-waarde toegekend: dit is het significantieniveau dat de waarschijnlijkheid van het optreden van een bepaalde gebeurtenis in een statistische hypothesetoets weergeeft. Indien de p-waarde van de regressiecoëfficiënt kleiner is dan .05, .01 of .001, betekent dit dat het verband tussen onze variabelen significant is, dit wil zeggen dat het onwaarschijnlijk is dat het aan toeval te wijten is en dat het uit de populatie kan worden afgeleid.

Wanneer wij in de hypothesen 2 en 3 toetsen op een interactie-effect op onze afhankelijke variabele (Y), toetsen wij of het verband tussen de onafhankelijke variabele x_1 en de afhankelijke variabele Y varieert met het niveau dat wordt ingenomen op de modererende variabele x_2 :

$$Y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_1 x_2 + \dots + \beta_p X_p + \epsilon$$

In hypothese 3 van deze studie toetsen wij bijvoorbeeld of de toegang tot goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid (onafhankelijke variabele x_1), positievere effecten heeft op de geestelijke gezondheid (afhankelijke variabele Y), wanneer de respondenten vrouwen zijn (moderatorvariabele x_2).

⁷ Deze werkwijze, waarbij wij verschillende variabelen tegelijk in ons model invoeren, stelt ons in staat het effect van onafhankelijke variabelen op onze afhankelijke variabelen te toetsen, rekening houdend met het effect van de andere onafhankelijke variabelen die in het model zijn ingevoerd. Aldus kunnen wij de (meest) significante variabelen identificeren, rekening houdend met de andere variabelen in het model. Om de relaties tussen de variabelen te zien zonder rekening te houden met andere variabelen, kunt u de correlatietabel in de bijlage raadplegen.

3. Resultaten

Voor we de resultaten van de getoetste hypothesen beschrijven, stellen wij de resultaten voor van de correlaties, dit zijn de verbanden tussen elk van de variabelen (zie tabel in bijlage). Wat de gezondheid (geestelijke en lichamelijke gezondheid) en het welzijn op het werk betreft, zijn alle verbanden significant en gaan zij in de verwachte richting: de toegang tot elk type van aanpassing vertoont een positief verband met deze variabelen. Zo hangen aanpassingen op het vlak van relaties, motivatie en werkzekerheid positief samen met de geestelijke gezondheid ($r = .41, p < .001$), en negatief met burn-out ($r = -.48, p < .001$). Wat de arbeidsongeschiktheid betreft, tonen bijna alle soorten werkaanpassingen een negatief verband. Alleen werkaanpassingen in de vorm van arbeidsduurvermindering houden geen verband met arbeidsongeschiktheid op korte termijn, en houden positief verband met arbeidsongeschiktheid op lange termijn ($r = .08, p < .001$). Een verklarende hypothese zou kunnen zijn dat sommige mensen die toegang hebben tot arbeidsduurvermindering vaker een periode van langdurige arbeidsongeschiktheid hebben gekend in hun huidige werk. Ten slotte, wat betreft de intentie om te blijven werken, houden alle werkaanpassingen, met uitzondering van de arbeidsduurvermindering, duidelijk negatief verband met de intentie om vervroegd met pensioen te gaan, en positief verband met de intentie om een betaalde activiteit voort te zetten na de pensionering. Slechts twee soorten aanpassingen (aanpassingen op het vlak van relaties, motivatie en werkzekerheid, en aanpassingen van werkruimte, arbeidstijd en arbeidsmiddelen) houden positief verband met de intentie om een onbetaalde activiteit voort te zetten na de pensionering. Hierna worden de resultaten gepresenteerd van de

uitgevoerde analyses om de hypothesen te toetsen. De bespreking van de resultaten volgt dan in het deel 'Bespreking'.

3.1. Het verband tussen de toegang tot werkaanpassingen en gezondheid, welzijn en de intentie om te blijven werken (hypothese 1)

Voor deze eerste hypothese hebben wij onderzocht of de toegang tot werkaanpassingen significant samenhangt met de gezondheid, het welzijn op het werk en de intentie om aan het einde van de loopbaan te blijven werken. Hierna volgen tabellen met de resultaten voor elke afhankelijke variabele (tabellen 3, 4, en 5). De resultaten in de tabellen betreffen de laatste fase van de hiërarchische regressie-analyses ('blok 2').

3.1.1. Algemene gezondheid

In overeenstemming met hypothese 1a tonen de resultaten dat toegang tot goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid, en toegang tot werkaanpassingen in termen van werkruimte, arbeidstijd en arbeidsmiddelen, een positief verband hebben met geestelijke en lichamelijke gezondheid. Aangezien de regressiecoëfficiënt β positief en significant is ($p < .001$), betekent dit dat hoe meer iemand ervaart toegang te hebben tot deze werkaanpassingen, hoe positiever die de eigen geestelijke en lichamelijke gezondheid zal beoordelen. Organisatorische aanpassingen dragen ook positief bij aan de geestelijke gezondheid, aangezien zij er positief mee samenhangen. Hypothese 1a daarentegen wordt niet bevestigd voor aanpassingen in termen van arbeidsduurvermindering of

Tabel 3: Resultaten van de regressieanalyses op de geestelijke en lichamelijke gezondheid

		Afhankelijke variabelen	
		Geestelijke gezondheid	Lichamelijke gezondheid
Controlevariabelen	Taal	-.05***	
	Geslacht	-.12***	-.10***
Onafhankelijke variabelen van toegang tot aanpassingen	Relaties, motivatie, werkzekerheid	.35***	.18***
	Werkruimte, arbeidstijd, arbeidsmiddelen	.07***	.11***
	Arbidsduurvermindering	-.00	.01
	Organisatie	.04*	.00
	Gezondheid en voorbereiding op pensioen	.01	-.01

Noot. $N = 4639$. De gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (β) zijn aangegeven. Geslacht is gecodeerd als 0 = man en 1 = vrouw. Taal is gecodeerd als 0 = Nederlandstalig en 1 = Franstalig.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

aanpassingen op vlak van gezondheid en voorbereiding op het pensioen, aangezien zij in dit model niet significant samenhangen met de (geestelijke en lichamelijke) gezondheid. Dit betekent dat dit soort aanpassingen in dit model geen invloed hebben op de geestelijke en lichamelijke gezondheid.

3.1.2. Welzijn op het werk / arbeidsongeschiktheid

Ook hier wordt hypothese 1b getoetst voor de toegang tot goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid, en voor de toegang tot aanpassingen op het vlak van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen, die positief samenhangen met werktevredenheid en negatief samenhangen met burn-out en arbeidsongeschiktheid van korte en lange duur. Hoe meer deelnemers en deelnemsters ervaren dat ze toegang hebben tot deze twee soorten aanpassingen, hoe meer zij gemiddeld tevreden zijn met hun werk en hoe lager hun score voor burn-out of arbeidsongeschiktheid. Hypothese 1b wordt gedeeltelijk aanvaard voor de toegang tot organisatorische aanpassingen, die positief samenhangen met werktevredenheid en negatief samenhangen met langdurige arbeidsongeschiktheid.

Daarentegen wordt hypothese 1b verworpen voor de toegang tot aanpassingen in termen van arbeidsduurvermindering en aanpassingen in termen van gezondheid en voorbereiding op het pensioen: arbeidsduurvermindering houdt negatief verband met werktevredenheid en correleert positief met langdurige arbeidsongeschiktheid, terwijl aanpassingen op het vlak van gezondheid en voorbereiding op het pensioen positief verband houden met burn-out en met beide soorten van arbeidsongeschiktheid. Deze resultaten moeten echter met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Ten eerste zijn deze twee aanpassingen in de correlatietabel in de bijlage positief gecorreleerd met werktevredenheid, en negatief gecorreleerd met burn-out. Soms kan een teken in de regressieanalyse veranderen door het invoeren van andere variabelen in het model. Ten tweede kan het zijn dat degenen die hun arbeidsduur hebben verminderd, net minder gezond zijn of minder tevreden met hun werk. Evenzo is het mogelijk dat bij personen die toegang hebben tot aanpassingen die verband houden met de gezondheid en de voorbereiding op het pensioen, het gaat om personen die een periode van arbeidsongeschiktheid of burn-out kenden. Om na te gaan of dergelijke aanpassingen de gezondheid en het welzijn op het werk verbeteren, zou een longitudinaal onderzoek nodig zijn⁸.

Tabel 4: Resultaten van de regressieanalyses op werktevredenheid, burn-out en arbeidsongeschiktheid

		Afhankelijke variabelen			
		Werktevredenheid	Burn-out	Arbeidsongeschiktheid < 1 maand	Arbeidsongeschiktheid > 1 maand
Controlevariabelen	Leeftijd		-.08***		
	Geslacht		.10***		
	Opleidingsniveau			-.10***	-.13***
Onafhankelijke variabelen van toegang tot aanpassingen	Relaties, motivatie, werkzekerheid	.52***	-.38***	-.10***	-.06**
	Werkruimte, arbeidstijd, arbeidsmiddelen	.12***	-.21***	-.10***	-.16***
	Arbeidsduurvermindering	-.03*	-.01	.01	.12***
	Organisatie	.07***	-.02	-.01	-.05**
	Gezondheid en voorbereiding op pensioen	-.01	.03*	.05*	.07***

Noot. N = 4639. De gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (β) zijn aangegeven. Geslacht is gecodeerd als 0 = man en 1 = vrouw. Leeftijd is een continue variabele. Opleidingsniveau is gecodeerd van 1 (lager onderwijs) tot 5 (hoger onderwijs van het lange type).

** $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.*

⁸ Een longitudinaal onderzoek volgt een populatie in de tijd. Zo kan bijvoorbeeld worden nagegaan of personen die hun arbeidsduur in eerste instantie hebben verkort, in tweede instantie een betere gezondheid of een groter welzijn op het werk hebben.

3.1.3. Intentie om te blijven werken

Met uitzondering van de toegang tot arbeidsduurvermindering, die positief samenhangt met de intentie om vervroegd met pensioen te gaan en negatief met de intentie om na de pensionering betaald werk te blijven doen, hangen de andere vier soorten aanpassingen in ons model positief samen met de intentie om te blijven werken (H1c). Hoe meer respondenten dus een goede toegang ervaren tot goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid, en tot aanpassingen van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen, hoe minder zij vervroegd met pensioen willen gaan. Zij zijn meer bereid om betaald werk te blijven doen na hun pensionering wanneer zij toegang hebben tot aanpassingen op het vlak van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen, of organisatorische aanpassingen en op het vlak van gezondheid en voorbereiding op het pensioen. Wat echter de voortzetting van een onbetaalde activiteit betreft, lijkt alleen de aanpassing van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen een significante en positieve invloed te hebben.

3.1.4. Samenvatting van de resultaten

De aanpassingen die het meest lijken bij te dragen tot gezondheid, welzijn en de intentie om te blijven werken aan het einde van de loopbaan zijn goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid, en aanpassingen op het vlak van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen. Organisatorische aanpassingen dragen ook, maar in mindere mate, bij tot het vermijden van langdurige arbeidsongeschiktheid, en tot het behoud van de geestelijke gezondheid, de werktevredenheid en het verder uitoefenen van betaald werk na de pensionering. De potentieel positieve effecten van arbeidsduurvermindering of aanpassingen op het vlak van de gezondheid en de voorbereiding op het pensioen zijn minder overtuigend, misschien omdat de personen die toegang hebben tot deze aanpassingen degenen zijn die reeds een slechtere gezondheid hebben.

Tabel 5: Resultaten van de regressieanalyses op de intentie om vervroegd met pensioen te gaan en de intentie om betaald of onbetaald te blijven werken na de pensionering

		Afhankelijke variabelen		
		Intentie om vervroegd met pensioen te gaan	Intentie om betaald werk te blijven doen	Intentie om onbetaald werk te blijven doen
Controlevariabelen	Leeftijd	-.09***		
	Geslacht		-.07***	
	Opleidingsniveau	-.17***		.21***
	Huwelijkse staat	.12***		
	Aantal personen ten laste		.11***	
Onafhankelijke variabelen van toegang tot aanpassingen	Relaties, motivatie, werkzekerheid	-.17***	.00	-.02
	Werkruimte, arbeidstijd, arbeidsmiddelen	-.14***	.08***	.08***
	Arbidsduurvermindering	.09***	-.11***	-.01
	Organisatie	-.02	.04*	-.01
	Gezondheid en voorbereiding op pensioen	.01	.06**	.02

Noot. N = 4639. De gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (β) zijn aangegeven. Geslacht is gecodeerd als 0 = man en 1 = vrouw. Leeftijd is een continue variabele. Opleidingsniveau is gecodeerd van 1 = lager onderwijs tot 5 = hoger onderwijs van het lange type. Huwelijkse staat is gecodeerd als 0 = alleenstaand of 1 = koppel.

** $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.*

3.2. Verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft de positieve effecten van werkaanpassingen (hypothese 2)

Voor deze tweede hypothese hebben wij onderzocht of de toegang tot werkaanpassingen aan het einde van de loopbaan gunstiger is voor vrouwen dan voor mannen.

Alvorens de resultaten van de getoetste hypothesen voor te stellen, hebben wij de verschillen tussen mannen en vrouwen op het vlak van de variabelen gezondheid, welzijn op het werk en de intentie om te blijven werken onderzocht. Uit de resultaten blijkt dat vrouwen op alle variabelen lager scoren op gezondheid, welzijn op het werk en de intentie om na pensionering te blijven werken dan mannen, met uitzondering van de intentie om vervroegd met pensioen te gaan, in die zin dat vrouwen gemiddeld minder de intentie hebben om vervroegd met pensioen te gaan dan mannen.

3.2.1. Algemene gezondheid

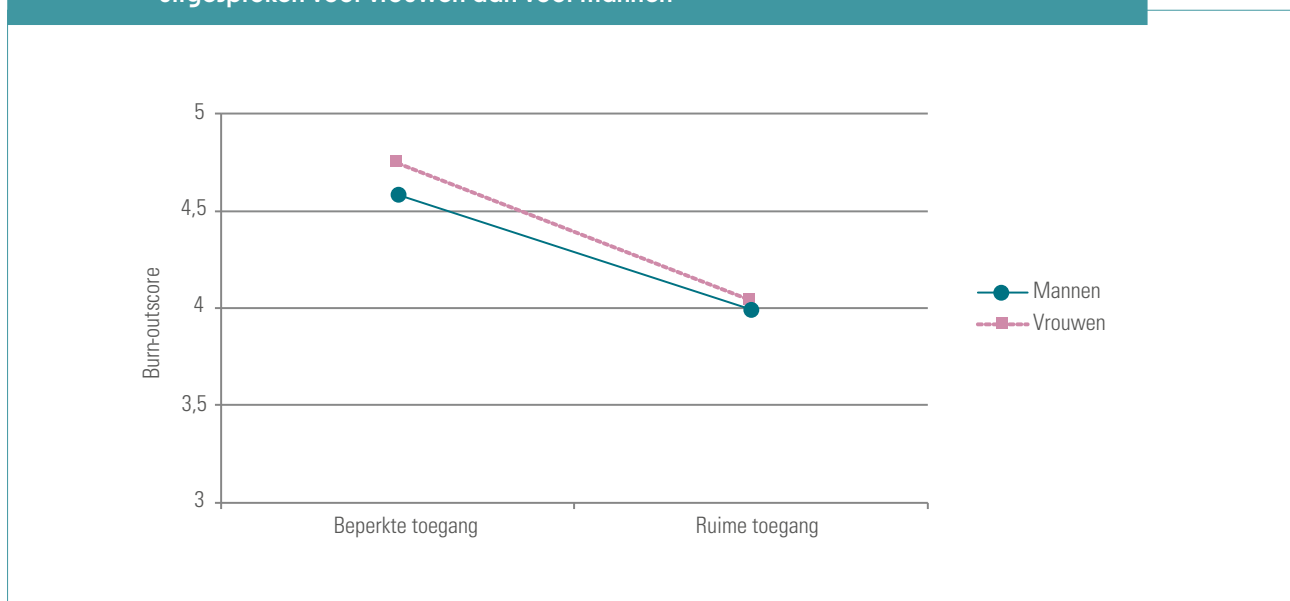
Uit de analyses is niet gebleken dat de toegang tot bepaalde soorten aanpassingen gunstiger is voor de geestelijke en lichamelijke gezondheid van vrouwen dan van mannen. Hypothese 2a is daarmee dus verworpen.

3.2.2. Welzijn op het werk / arbeidsongeschiktheid

Hypothese 2b wordt daarentegen wel gedeeltelijk bevestigd. Uit de analyses blijkt dat wanneer de toegang tot goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid beperkt is, dit een meer negatief effect heeft op de werktevredenheid van vrouwen. Met andere woorden, wanneer vrouwen weinig toegang hebben tot goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid, is hun tevredenheidsscore lager dan die van mannen. Wat burn-out betreft, wordt de toegang tot goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid, alsmede tot aanpassingen op het vlak van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen, bij vrouwen ook negatiever geassocieerd met burn-out dan bij mannen. Met andere woorden, beide soorten aanpassingen dragen bij tot een lager niveau van burn-out, en dit geldt nog meer voor vrouwen dan voor mannen. Dit interactie-effect is te zien in figuur 4. De verticale as toont de burn-outscore, in dit model gemeten op een schaal van 1 tot 5. Hou er rekening mee dat dit niet de gemiddelde burn-outscore is in dit onderzoek. Deze bedraagt 2,70 met een standaardafwijking van 0,83. Uit de figuur blijkt dat wanneer vrouwen (roze lijn) beperkt toegang hebben tot aanpassingen op het vlak van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen, hun burn-outscore hoger is dan die van mannen (groene lijn).

Daarentegen werd geen genderspecifiek effect van toegang tot werkaanpassingen gevonden op arbeidsongeschiktheid.

Figuur 4: Het effect van de mate van toegang tot aanpassingen op het vlak van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen op het niveau van burn-out is meer uitgesproken voor vrouwen dan voor mannen



3.2.3. Intentie om te blijven werken

Met betrekking tot de variabelen voor de intentie om te blijven werken, bleek er slechts één differentieel effect, maar dit keer was het meer uitgesproken voor mannen. Zo hangt een vlotte toegang tot aanpassingen op het vlak van gezondheid en voorbereiding op het pensioen bij mannen positiever samen met de intentie om na de pensionering betaald werk te blijven uitoefenen dan bij vrouwen. Er werden geen andere genderspecifieke effecten gevonden op de andere variabelen voor de intentie om te blijven werken (intentie om vervroegd met pensioen te gaan en onbetaalde activiteit). Aangezien wij uitgingen van een sterker effect van alle aanpassingen bij vrouwen, wordt hypothese 2c dus verworpen.

3.2.4. Samenvatting van de resultaten

Kortom, alleen bij variabelen die verband houden met welzijn op het werk (burn-out en werktevredenheid) komen gendereffecten naar voren: een vlotte toegang tot goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid, alsmede aanpassingen op het vlak van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen, beschermen vrouwen meer tegen burn-out en zorgen voor een beter behoud van hun werktevredenheid.

3.3. Het beschermende effect van de toegang tot werkaanpassingen (hypothese 3)

Alvorens de resultaten voor te stellen van de potentieel beschermende effecten van toegang tot werkaanpassingen wanneer er zich moeilijkheden voordoen naarmate de leeftijd vordert, zijn we eerst via correlatieanalyses nagegaan of de moeilijkheden die men ervaart aan het einde van de loopbaan nadelig zijn voor de algemene gezondheid, het welzijn en de intentie om te blijven werken. Uit de resultaten blijkt dat zowel persoonlijke als professionele moeilijkheden inderdaad negatief samenhangen met deze variabelen ($p < .001$). Bij de toetsing van hypothese 1 hebben we ook gezien dat toegang tot werkaanpassingen bijdraagt tot een betere gezondheid, een beter welzijn op het werk en

een grotere intentie om te blijven werken. In dit deel zullen wij nagaan of de toegang tot werkaanpassingen meer bescherming biedt voor de gezondheid, het welzijn en het behoud van het werk van personen die aan het einde van hun loopbaan veel persoonlijke en/of professionele moeilijkheden ondervinden. Daarom toetsen wij hier het interactie-effect tussen de ervaring van moeilijkheden en de toegang tot werkaanpassingen (onafhankelijke variabelen), op gezondheid, welzijn en werkbehoud (afhankelijke variabelen).

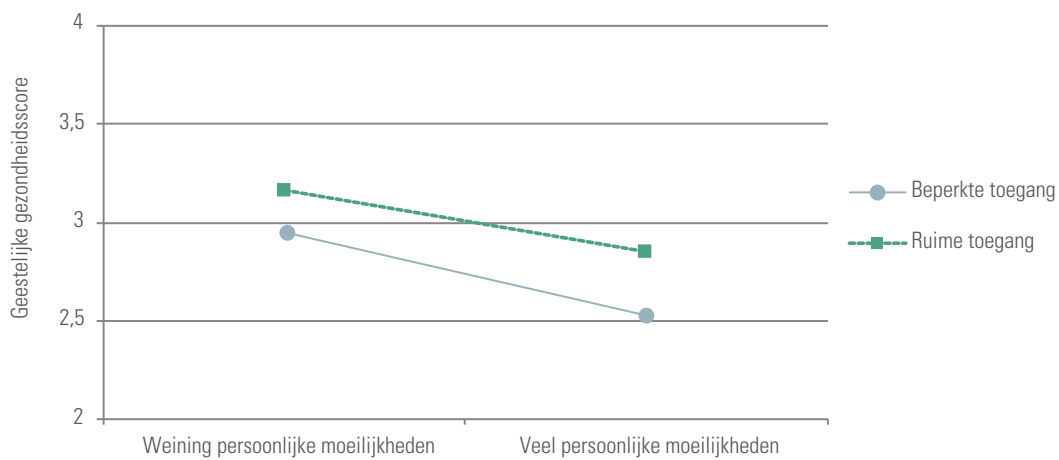
3.3.1. Goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid

Wanneer werknemers en werknemers aan het einde van hun loopbaan moeilijkheden ondervinden *op persoonlijk vlak* (bijvoorbeeld meer moeite om te recupereren, financiële moeilijkheden) *en/of op professioneel vlak* (bijvoorbeeld organisatorische veranderingen, gebrek aan erkenning), helpen goede arbeidsvoorwaarden op het vlak van relaties, motivatie en werkzekerheid hen om hun **geestelijke gezondheid te behouden**. Dit effect wordt weergegeven in figuur 5, die laat zien dat wanneer deelnemers en deelnemers veel persoonlijke moeilijkheden ondervinden, het hebben van goede arbeidsvoorwaarden (groene lijn) op het vlak van relaties, motivatie en werkzekerheid hen een hogere geestelijke gezondheidsscore oplevert dan in de situatie waarin zij beperkt toegang (grijsblauwe lijn) hebben tot deze arbeidsvoorwaarden.

Werknemers en werknemers die veel moeilijkheden ondervinden *op persoonlijk vlak* en een ruime toegang hebben tot goede arbeidsvoorwaarden op het vlak van relaties, motivatie en werkzekerheid, hebben **minder de intentie om vervroegd met pensioen te gaan**, zijn **minder vaak arbeidsongeschikt voor een korte duur** en hebben een iets **betere lichamelijke gezondheid** dan werknemers en werknemers met beperkte toegang tot deze voorzieningen.

Werknemers en werknemers die veel moeilijkheden ondervinden *op professioneel vlak*, maar toegang hebben tot deze arbeidsvoorwaarden, melden iets **minder periodes van arbeidsongeschiktheid voor een korte duur** en hebben **lagere burn-out scores**.

Figuur 5: Het beschermende effect van goede arbeidsvoorwaarden op het vlak van relaties, motivatie en werkzekerheid op de geestelijke gezondheid bij persoonlijke moeilijkheden



3.3.2. Werkaanpassingen op het vlak van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen

Respondenten die veel moeilijkheden ondervinden *op persoonlijk en/of professioneel vlak*, maar die toegang hebben tot aanpassingen die hen in staat stellen hun werktijd te organiseren, te beslissen waar zij werken en met goede arbeidsmiddelen te werken, hebben **een betere geestelijke gezondheid** en ervaren iets **minder periodes van arbeidsongeschiktheid van minder dan een maand**.

In het geval van veel *persoonlijke moeilijkheden* dragen deze aanpassingen bij tot een kleinere wens om **met vervroegd pensioen te gaan**, terwijl in het geval van grote moeilijkheden *op professioneel vlak* de toegang tot deze aanpassingen helpt om iets lagere **burn-outscores te behouden**.

3.3.3. Aanpassingen in termen van arbeidsduurvermindering

In geval van veel moeilijkheden *op persoonlijk en/of professioneel vlak*, zorgt de toegang tot arbeidsduurvermindering voor **het behoud van** iets hogere scores inzake **geestelijke gezondheid** dan wanneer er slechts beperkte toegang is tot deze aanpassingen. Daarentegen wordt een ruime toegang tot arbeidsduurvermindering sterker geassocieerd met **een of meer periodes van arbeidsongeschiktheid van meer dan een maand**. Een mogelijke verklarende hypothese is dat sommige mensen die lange periodes van

arbeidsongeschiktheid hebben doorgemaakt, waarschijnlijk persoonlijke en/of professionele moeilijkheden hebben gehad en bij hun terugkeer uit arbeidsongeschiktheid het werk deeltijds weer hebben opgenomen.

3.3.4. Organisatorische aanpassingen

Bij een hoog niveau van *persoonlijke en/of professionele moeilijkheden*, kan het hebben van toegang tot organisatorische aanpassingen helpen om de **geestelijke gezondheid te behouden**. Bij een hoog niveau van *professionele moeilijkheden* is de toegang tot organisatorische aanpassingen daarentegen gekoppeld aan een iets **hoger niveau van burn-out** dan bij personen met beperkte toegang tot dergelijke aanpassingen. Dit is een verrassend resultaat, hoewel het verschil heel klein is. Wij komen hier later nog op terug bij de bespreking.

3.3.5. Aanpassingen op het vlak van gezondheid en voorbereiding op het pensioen

Net als bij de vier andere soorten aanpassingen, kan de toegang tot aanpassingen op het vlak van gezondheid (sportsessies, psychologische ondersteuning) en voorbereiding op het pensioen helpen om de **geestelijke gezondheid te behouden** wanneer *de persoonlijke en/of professionele moeilijkheden* groot zijn. Maar in tegenstelling tot andere regelingen, helpen zij ook om de **werktevredenheid te behouden** in geval van grote moeilijkheden.

Deelnemers en deelnemsters die toegang hebben tot dit soort aanpassingen en die alleen *op professioneel vlak* grote moeilijkheden ondervinden, blijken iets **minder periodes van arbeidsongeschiktheid van minder dan een maand** te hebben, maar een **grotere intentie om met vroegd pensioen te gaan**.

3.3.6. Samenvatting van de resultaten betreffende het beschermend effect van de aanpassingen bij moeilijkheden aan het einde van de loopbaan

In het algemeen wordt hypothese 3a (effect op de algemene gezondheid) bevestigd voor de variabele geestelijke gezondheid: wanneer werknemers en werkneemsters aan het einde van hun loopbaan met veel moeilijkheden worden geconfronteerd, zal de toegang tot de aanpassingen, die in deze studie zijn onderzocht, hen helpen hun geestelijke gezondheid te behouden. De hypothesen 3b (effect op het welzijn op het werk) en 3c (effect op de intentie om te blijven werken) worden ook gedeeltelijk bevestigd: goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid, en regelingen op het vlak van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen verminderen het risico van burn-out en kortstondige arbeidsongeschiktheid als de professionele moeilijkheden groot zijn; wanneer de persoonlijke moeilijkheden groot zijn, verminderen deze aanpassingen de intentie om vroeger met pensioen te gaan. Organisatorische aanpassingen lijken verband te houden met een hogere burn-outscore wanneer er veel professionele moeilijkheden zijn. Tot slot, de aanpassingen op het vlak van gezondheid en voorbereiding op het pensioen lijken een gunstig effect te hebben op het behoud van de werktevredenheid wanneer aan het einde van de loopbaan moeilijkheden worden ondervonden.

4. Bespreking

4.1. Beperkingen en toekomstig onderzoek

Alvorens de resultaten te bespreken en de aanbevelingen voor te stellen, is het belangrijk te wijzen op de methodologische en conceptuele beperkingen die inherent zijn aan deze studie.

Ten eerste kunnen er geen oorzakelijke verbanden worden afgeleid, omdat alle metingen op hetzelfde tijdstip zijn verricht. We kunnen alleen de positieve verbanden tussen de variabelen vaststellen. Om een oorzakelijk verband vast te stellen, zouden toekomstige studies de metingen in twee fasen kunnen uitvoeren (longitudinaal onderzoek), waarbij in de eerste fase de ervaren toegang tot werkaanpassingen zou worden gemeten, en in de tweede fase de variabelen gezondheid, welzijn en intentie om te blijven werken.

Bovendien gaat het hier om zelfgerapporteerde metingen. Wij zijn niet nagegaan in hoeverre organisaties de onderzochte werknemers en werkneemsters eindloopbaanregelingen aanbieden. Wat we hebben gemeten is de perceptie van de respondenten. Het zijn dus subjectieve metingen, geen objectieve.

Bovendien kunnen wij, ondanks de zeer grote omvang van de steekproef (N = 4.639), niet zeggen dat onze resultaten representatief zijn voor alle werknemers en werkneemsters aan het einde van hun loopbaan van de Belgische bevolking. Deze studie omvatte alleen Frans- en Nederlandstalige CM-leden, tussen 55 en 64 jaar oud, die nog actief zijn op de arbeidsmarkt, alle sectoren inbegrepen. In vergelijking met de Belgische bevolking omvatte onze steekproef meer bedienden en bediendes (83,6%) dan arbeiders en arbeidsters en zelfstandigen, en was het opleidingsniveau van onze steekproef ook hoger (60,2% heeft minstens een diploma hoger onderwijs van het korte of lange type). De resultaten van onze studie zijn dus beter veralgemeenbaar voor werknemers en werkneemsters met het hoogste opleidingsniveau, en zouden er waarschijnlijk anders hebben uitgezien als andere profielen meer vertegenwoordigd waren geweest. Het zou interessant zijn mocht toekomstig onderzoek over dit onderwerp deze groepen beter kunnen bereiken, met behulp van veldwerkmethodologie (bijvoorbeeld door interviews).

Ten slotte is in deze studie, vanuit conceptueel oogpunt, de nadruk gelegd op de genderthematiek in relatie tot de effecten van de werkaanpassingen. Daarmee hebben we slechts

een deel van het ongelijkheidsvraagstuk behandeld. Om rekening te houden met factoren die verband houden met sociale ongelijkheden en de zwaarte van de beroepen, zou in toekomstige studies kunnen worden onderzocht hoe eindeloopbaanregelingen interageren met andere vormen van sociale ongelijkheden, zoals economische ongelijkheden, rassendiscriminatie of andere werkgerelateerde factoren, zoals de zwaarte van een beroep.

4.2. Aanbevelingen

Ondanks deze beperkingen heeft deze studie ons toegelaten met behulp van degelijke analyses bij een grote steekproef van respondenten (N = 4.639) de relaties tussen de gepercipiëerde toegang tot eindeloopbaanregelingen en gezondheid, welzijn en de intentie om te blijven werken te toetsen. De verkregen resultaten stellen ons in staat een reeks aanbevelingen te formuleren die wij in de hiernavolgende tabellen presenteren, na een korte samenvatting en bespreking van de resultaten voor elke hypothese. We wijzen erop dat deze aanbevelingen gebaseerd zijn op de wetgeving die van kracht is op het ogenblik van de publicatie van deze studie (juni 2023).

4.2.1. Aanbeveling 1: werk werkbaar maken door goede werkaanpassingen en arbeidsvoorwaarden te bieden in alle fasen van de loopbaan

Uit onze analyses blijkt dat van de onderzochte werkaanpassingen de meest gunstige voor gezondheid, welzijn en de intentie om te blijven werken aan het einde van de loopbaan (hypothese 1) enerzijds aanpassingen op het vlak van relatie, motivatie en werkzekerheid zijn, en anderzijds aanpassingen op het vlak van de werkruimte, arbeidstijd en arbeidsmiddelen.

Deze resultaten benadrukken het belang van goede relaties op het werk, zinvol en motiverend werk waarvoor werknemers en werkneemsters zich erkend voelen, en werkzekerheid. De resultaten zijn in lijn met veel onderzoek naar de vergrijzing op de werkvloer, waaruit is gebleken dat sociaalemotionele aspecten op de werkvloer voor oudere werknemers zeer belangrijk zijn, gebaseerd op de theorie van sociaalemotionele selectiviteit (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999). Volgens deze theorie gaat het ouder worden gepaard met de perceptie dat de resterende tijd om te leven steeds beperkter wordt. Als gevolg daarvan worden de relationele en zingevingsaspecten van het leven steeds belangrijker. Maar ook meer materiële aanpassingen, zoals de mogelijkheid om te telewerken, de werktijden aan te

passen of extra vrij te nemen om te recupereren, en ergonomische aanpassingen (aangepaste uitrusting, geen zware lasten dragen) zijn bijzonder belangrijk. Deze resultaten komen overeen met de theorie van selectie, optimalisatie en compensatie (Baltes, 1997) die het belang benadrukt van de ontwikkeling van strategieën om het hoofd te bieden aan de afname van middelen die zich tijdens het ouder worden voordoet. Deze twee aspecten, het sociaalemotionele en het materiële, zijn dus cruciaal aan het einde van de loopbaan.

In de getoetste modellen droeg arbeidsduurvermindering echter niet bij tot een betere gezondheid, een beter welzijn op het werk of de intentie om te blijven werken, wat kan worden verklaard door het feit dat mensen die deeltijds werken misschien meer moeilijkheden met hun gezondheid hebben ondervonden of ondervinden. Het ontbreken van een verband tussen arbeidsduurvermindering en burn-out werd ook gevonden in een recente studie in België (du Bois, Sterkens, Lippens, Baert, & Deros, 2023) waaruit bleek dat deeltijdse werknemers en werkneemsters evenveel kans op burn-out hadden dan hun voltijdse collega's.

Tot slot lijken organisatorische aanpassingen (bijvoorbeeld autonomie, participatieve initiatieven) en aanpassingen op het vlak van gezondheid (bijvoorbeeld medische controles, ontspanningssessies) en voorbereiding op het pensioen minder sterk samen te hangen met gezondheid, welzijn op het werk en de intentie om te blijven werken, dan andere regelingen. Deze resultaten wijzen erop dat de variabelen die nauw verband houden met het werk zelf (zingeving op het werk, relationele aspecten, arbeidsmiddelen) aan het einde van de loopbaan belangrijker zijn dan variabelen die verder staan van het eigenlijke werk zoals organisatorische aspecten of regelingen zoals medische controles of ontspanningssessies op het werk.

Om te voorkomen dat werknemers en werkneemsters totaal op en uitgeput hun loopbaan beëindigen, is het belangrijk om in alle fasen van de loopbaan het werk werkbaar te maken, wat omschreven wordt als werk dat "intrinsiek motiveert, voldoende mogelijkheden geeft om te leren, geen stress geeft en voldoende vrijheid laat voor gezin, sport en hobby's" (Vendramin, 2016, p. 3, eigen vertaling). **Op basis van onze resultaten is onze eerste aanbeveling dus om werk werkbaar te maken, door goede werkaanpassingen en arbeidsvoorwaarden te bieden in alle fasen van de loopbaan.** Dit moet gebeuren in een kader van voortdurend overleg tussen de werknemer of werkneemster en de werkgever. In tabel 6 werken we deze aanbeveling uit door het voorstellen van basiselementen om het werk werkbaar te maken, op basis van de resultaten van deze studie.

Tabel 6: Aanbeveling 1: werk werkbaar maken door goede werkaanpassingen en arbeidsvoorwaarden te bieden in alle fasen van de loopbaan

<p><i>Managers bewust maken van het belang van relaties en zingeving op het werk</i></p>	<p>Het werk moet worden aangepast, rekening houdend met extrinsieke voorwaarden, zoals aanpassingen op het vlak van arbeidstijden, werkruimte en arbeidsmiddelen, maar ook met intrinsieke voorwaarden, zoals de relationele aspecten en zingeving op het werk. Deze zijn van belang voor alle soorten werk, ook dat van laaggeschoolden (Coutrot & Perez, 2021). De relationele aspecten en zingeving op het werk vormen echter een grote uitdaging in de huidige arbeidsorganisatie. Verschillende studies hebben aangetoond dat slechte relaties met de leidinggevende zeer vaak verantwoordelijk zijn voor onwelzijn op het werk (Solidaris, 2019; Vancorenland, et al., 2021) en dat steeds meer bedienden en bediendes vinden dat hun werk zijn betekenis verliest (Ouvrier-Bonnaz, 2011; Coutrot & Perez, 2021). Dit blijkt uit het grote aantal jonge werknemers en werknemers dat ontslag neemt en zich omschoolt, zoals onlangs werd geregistreerd. Het is dus noodzakelijk om op deze factoren in te spelen. En het bewaken van een goed relationeel klimaat en zingeving op het werk in alle fasen van de loopbaan behoort tot de verantwoordelijkheden van de managers.</p>
<p><i>Maatregelen afschaffen die de toegang tot (vergoede) tijdskrediet beperken</i></p>	<p>Hoewel uit de resultaten van deze studie is gebleken dat arbeidsduurvermindering minder verband houdt met welzijn dan andere aanpassingen, betekent dit niet dat deze maatregel niet belangrijk is. Enerzijds blijkt uit een analyse van het effect van deze variabele alleen (zonder dat na te gaan voor de andere, zie tabel in bijlage) dat deze positief bijdraagt tot de gezondheid en het welzijn op het werk. Anderzijds is het effect van deze maatregel op de gezondheid moeilijk te beoordelen, aangezien de deelnemers en deelnemers die er gebruik van maken, misschien personen zijn die al een minder goede gezondheid hebben.</p> <p>Arbidsduurvermindering blijft dus een belangrijke aanpassing voor het welzijn, maar de laatste jaren stellen we in België vast dat vergoede tijdskredieten steeds minder toegankelijk worden. Terwijl het vroeger mogelijk was om vanaf de leeftijd van 55 jaar een tijdskrediet eindeloopbaan op te nemen dat vergoed werd door de RVA, is deze vergoeding voor de meeste werknemers en werknemers nu pas vanaf de leeftijd van 60 jaar mogelijk. Heel recent nog zijn er maatregelen genomen om de toegang tot tijdskrediet voor de zorg voor jonge kinderen te beperken⁹. Het beperken van de toegang tot deze regelingen vermindert de mogelijkheden van werknemers en werknemers om te recupereren en bemoeilijkt de combinatie van het privé- en beroepsleven, terwijl juist het tegenovergestelde moet gebeuren als we loopbanen werkbaarder en langer willen maken. Om werk werkbaar te maken, moet de toegang tot vergoede tijdskredieten gemakkelijker in plaats van steeds moeilijker worden gemaakt.</p>
<p><i>Werkaanpassingen aanbieden die gericht zijn op de arbeidsvoorwaarden als onderdeel van de primaire preventie (niet alleen bij re-integratie)</i></p>	<p>Naar het voorbeeld van andere studies (Bourdeaud’hui, Janssens, & Vanderhaeghe, 2021; Geneeskunde voor het volk, 2021), vonden we ook in deze studie dat 93% van de ondervraagde werknemers en werknemers in eindeloopbaan ervan overtuigd is dat eindeloopbaanregelingen een positieve invloed kunnen hebben op hun gezondheid en welzijn op het werk. Zoals aanbevolen door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO (2022)) moeten organisatorische interventies worden uitgevoerd om een goede werkomgeving en goede arbeidsvoorwaarden te bieden, en dat niet alleen bij een terugkeer naar het werk. Deze interventies moeten een rechtstreekse invloed hebben op de arbeidsvoorwaarden. Uit onze resultaten is bijvoorbeeld gebleken dat het hebben van sport- of ontspanningssessies op de werkplek minder sterk gerelateerd is aan gezondheid en welzijn, wat suggereert dat het welzijnsbeleid op de werkplek niet beperkt moet blijven tot het aanbieden van yoga- of meditatie sessies op de werkplek, zoals soms al te vaak het geval is.</p>

⁹ Meer informatie is beschikbaar op de website van het ACV: <https://www.hetacv.be/actualiteit/nieuws-en-persberichten/newsdetail/2023/01/20/deeltijdse-werknemers-uitgesloten-van-tijdskrediet/>.

<p><i>De controles op welzijn op het werk en eindloopbaan-regelingen versterken</i></p>	<p>Er bestaan wettelijke kaders om de naleving van het welzijn op het werk en de aanpassingen aan het einde van de loopbaan te waarborgen. Zo is de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk de basiswet op het gebied van veiligheid en gezondheid op het werk. Deze wet bepaalt dat de werkgever de eindverantwoordelijkheid draagt voor het in zijn onderneming te voeren welzijnsbeleid. Maar volgens een studie van Acerta, de Vrije Universiteit Brussel en HR Square had in januari 2021 nauwelijks 43% van de ondernemingen een structureel plan ter bevordering van het welzijn van het personeel (Acerta, VUB, HR Square, 2021).</p> <p>Sinds 2012 is er ook een andere regeling ter bevordering van de werkgelegenheid van werknemers en werkneemsters ouder dan 45 jaar: de CAO 104. Echter, zoals benadrukt in het onderzoek naar de ervaringen en behoeften van werknemers en werkneemsters aan het einde van hun loopbaan (Henry, Morissens, & Streel, 2022), verklaarde de meerderheid van de deelnemers en deelnemsters aan deze studie (71%) echter dat zij niet op de hoogte waren van het bestaan van CAO 104, of er slechts vaag van hadden gehoord (19,5%), en slechts ongeveer één op de zes werknemers en werkneemsters (17,5%) verklaarde dat deze binnen hun organisatie werd toegepast.</p> <p>Deze bevindingen brengen ons tot de aanbeveling dat politici en inspectiediensten de uitvoering van deze regelingen in de ondernemingen beter zouden moeten controleren. Het is van essentieel belang te handelen voordat een persoon ziek wordt, door middel van collectieve preventiemaatregelen ter verbetering van de arbeidsvoorwaarden. Momenteel is het Belgische beleid overwegend gericht op re-integratie, nadat iemand ziek is geworden. Op die manier worden de oorzaken van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit niet aangepakt. Hoewel niet alle arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt door het werk, bleek uit de resultaten van een eerdere CM-studie dat 56% van de deelnemers en deelnemsters van mening is dat hun werk (mede) verantwoordelijk is voor hun arbeidsongeschiktheid (Vancorenland, et al., 2021). De WGO heeft ook erkend dat burn-out grotendeels gerelateerd is aan de werkorganisatie, en heeft het geclassificeerd als een 'professioneel fenomeen' (WGO, 2019).</p>
---	---

4.2.2. Aanbeveling 2: een welzijnsbeleid op het werk ontwikkelen dat rekening houdt met de specifieke gezondheidsproblemen van vrouwen (aan het einde van hun loopbaan)

Uit de resultaten van onze analyses blijkt dat het genderverschil in het effect van werkaanpassingen zich enkel voordoet op het vlak van welzijn op het werk (werktevredenheid en burn-out) (hypothese 2). Zo hebben wij vastgesteld dat de toegang tot goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid bij vrouwen een positievere invloed kan hebben op de werktevredenheid en hen meer kan behoeden voor burn-out dan bij mannen. Wanneer er geen aanpassingen zijn op het vlak van werkruimte, arbeidstijd en arbeidsmiddelen, wordt dit bij vrouwen sterker geassocieerd met een risico op burn-out dan bij mannen. Voor zover vrouwen vaker zwaar emotioneel beladen relationele beroepen hebben die hun risico op burn-out verhogen, en zij nog steeds meer huishoude-

lijke taken en de zorg voor de kinderen opnemen (Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen, 2016) benadrukken onze resultaten het belang om in aanpassingen te voorzien die de impact van deze risico's op hun welzijn op het werk milderen.

Hoewel beide soorten aanpassingen meer bescherming bieden voor het welzijn op het werk van vrouwen, bieden ze niet meer bescherming voor hun geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, het risico op arbeidsongeschiktheid of het behoud van hun werk. Deze resultaten wijzen erop dat werkgerelateerde aanpassingen kunnen bijdragen tot het welzijn van vrouwen op het werk in het bijzonder, maar deze niet voldoende zijn om hun gezondheid in het algemeen te beschermen. Toekomstig onderzoek zou kunnen uitwijzen of andere soorten aanpassingen, die meer gericht zijn op het evenwicht tussen werk en privéleven, (meer) kunnen bijdragen aan het behoud van de gezondheid van vrouwen.

Wat de intentie om te blijven werken betreft, lijken de toegang tot gezondheidsbevorderende aanpassingen (bijvoorbeeld medische controles, sport- of ontspanningssessies op het werk) en een voorbereiding op het pensioen eerder mannen aan te moedigen om hun loopbaan na de pensionering te verlengen.

Op basis van deze resultaten kunnen we politici en werkgevers alleen maar aanbevelen om bijzondere aandacht te besteden aan de ontwikkeling van een welzijnsbeleid op het werk dat rekening houdt met de specifieke (gezondheids)problemen van vrouwen (aan het einde

van hun loopbaan). Het is belangrijk om vrouwvriendelijke bedrijfsculturen te creëren en de genderdimensie te integreren in het preventiebeleid. Meer in het algemeen moeten de maatregelen ter bestrijding van discriminatie van vrouwen, zowel bij aanwerving als bij promotie, worden versterkt. Nog te veel vrouwen zijn het slachtoffer van discriminatie op het werk, met name in verband met zwangerschap of moederschap (Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen, 2017). Tabel 7 geeft deze aanbeveling meer in detail weer, met enkele concrete voorbeelden van maatregelen die in andere landen bestaan.

Tabel 7: Aanbeveling 2: een beleid inzake welzijn op het werk ontwikkelen dat rekening houdt met de specifieke gezondheidsproblemen van vrouwen (aan het einde van hun loopbaan)

<p><i>Vrouwen een goede en veilige werkomgeving bieden op het vlak van relaties en motivatie, en mogelijkheden om hun werktijd en -plaats aan te passen</i></p>	<p>Uit onze bovenstaande resultaten is gebleken dat arbeidsvoorwaarden met betrekking tot relationele, motivationele en werkzekerheidsaspecten, alsmede aanpassingen met betrekking tot arbeidsduur, telewerk en arbeidsmiddelen het welzijn van vrouwen op het werk beter beschermen. Het is daarom bijzonder belangrijk om werkneemsters dit soort regelingen aan te bieden, vooral omdat uit verdere analyse is gebleken dat de vrouwen in onze studie systematisch lagere scores voor gezondheid en welzijn op het werk hadden dan de mannen.</p>
<p><i>De genderdimensie integreren in risicoanalyses en preventiestrategieën</i></p>	<p>Elke werkgever moet de nodige middelen inzetten om de gezondheid en de veiligheid van zijn werknemers en werkneemsters te beschermen. De werkgever is dus verantwoordelijk voor het opzetten van een dynamisch systeem voor risicobeheer en -analyse¹⁰ (Beswic). De integratie van de genderdimensie is noodzakelijk om te analyseren of vrouwen specifiek aan bepaalde risico's zijn blootgesteld dan mannen (of omgekeerd), zodat zo nodig specifieke preventieve maatregelen kunnen worden genomen. Dit is met name van belang in bepaalde sectoren (bijvoorbeeld de bouw), waar de beschermende uitrusting niet altijd is aangepast aan de vrouwelijke standaardnormen.</p> <p>Een concreet voorbeeld van een dergelijke aanpak wordt gegeven door het Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk (2017): "Vrouwen die in dit bedrijf [Franse drukkerij] werkten, hadden bijzonder veel last van spier- en skeletaandoeningen. Als gevolg daarvan analyseerde het bedrijf de tijd die in elke functie werd doorgebracht volgens geslacht en ontdekte dat mannen in functies waarbij gedurende lange tijd repetitieve taken werden uitgevoerd, sneller promotie maakten dan vrouwen. Een van de aanbevelingen uit deze beoordeling was om de ontwikkeling van loopbaantrajecten en de erkenning van de vaardigheden van vrouwen in het bedrijf te bevorderen om te voorkomen dat zij langdurig in functies met repetitieve taken blijven hangen" (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2017, eigen vertaling).</p>

¹⁰ De risicoanalyse heeft tot doel alle in het bedrijf aanwezige gevaren en risico's (bijvoorbeeld veiligheid, gevaarlijke producten, specifieke risico's van spier- en skeletaandoeningen (SSA), psychosociale risico's) in kaart te brengen.

<p><i>Rekening houden met de menopauze in het eindeloopbaanbeleid</i></p>	<p>De menopauze kan het welzijn op het werk van veel vrouwen beïnvloeden. In een onderzoek dat in 2016 in België werd uitgevoerd, verklaarde bijvoorbeeld 77% van de ondervraagde vrouwen dat hun levenskwaliteit was verslechterd sinds de (peri)menopauze¹¹ (Depypere, Pintiaux, Desreux, & Hendrickx, 2016). Een onderzoek van het Britse Lagerhuis (Parliament UK, 2022) heeft ook aangetoond ook dat één op de drie vrouwen regelmatig afwezig is op het werk vanwege (peri)menopauzale symptomen, zoals concentratie-, slaap- of hoofdpijnproblemen. Slechts 11% van de betrokken vrouwen vraagt om aangepast werk. De (peri)menopauze moet daarom (op de werkplek) met dezelfde aandacht worden behandeld als andere gebeurtenissen die vrouwen van mannen onderscheiden, zoals zwangerschap, bevalling, cyclus, enz.</p> <p>In sommige landen is het bedrijfsleven zich meer bewust van de menopauze en de gevolgen daarvan voor de gezondheid van vrouwen¹². In het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld heeft een netwerk van deskundigen en professionals een programma ontwikkeld om organisaties te helpen bij de bewustmaking, de voorlichting en de ondersteuning van vrouwen die lijden onder de gevolgen van de menopauze op het werk. Aan het einde van dit programma ontvangt het bedrijf een accreditatie (<i>'Menopause friendly accreditation'</i>¹³). In Canada biedt de <i>Menopause Foundation</i> ook hulp aan organisaties om een menopauzevriendelijke werkplek te creëren¹⁴.</p>
<p><i>Aandacht voor specifieke gezondheidsproblemen van vrouwen gedurende de ganse loopbaan</i></p>	<p>Deze aandacht voor de gezondheid van vrouwen en het rekening houden met hun specifieke gezondheidsproblemen bij de inrichting van de werkomgeving kan ook worden uitgebreid tot alle fasen van de loopbaan. Een groot aantal vrouwen kan immers last hebben van premenstruele klachten (dysmenorroe of pijnlijke menstruatie) (20-50% van de vrouwen), endometriose (aanwezigheid van endometriumcellen elders dan in de baarmoeder) (10-15%) of adenomyose (endometriose in de baarmoeder) (11-13%) en (peri)menopauze (bijna 100% van de vrouwen) (De Bie, 2023).</p> <p>Om rekening te houden met de impact van deze specifieke aandoeningen van vrouwen op hun welzijn op het werk, zou België, naar het voorbeeld van Spanje sinds 2023, kunnen opteren voor menstruatieverlof voor vrouwen met pijnlijke menstruatie. Endometriose zou, net als in Frankrijk sinds 2022, erkend kunnen worden als een chronische aandoening en aanleiding moeten geven tot aanpassingen van het werk. Tot slot zou ook het vaak zware proces van vruchtbaarheidsbehandelingen kunnen worden verlicht door enkele werkaanpassingen.</p>

4.2.3. Aanbeveling 3: een eindeloopbaanbeleid ontwikkelen dat rekening houdt met de verslechterende gezondheid, genderongelijkheid en sociaaleconomische ongelijkheid

In deze studie vonden wij dat alle soorten werkaanpassingen in het bijzonder beschermend kunnen zijn voor de geestelijke gezondheid van werknemers en werkneemsters die aan het eind van hun loopbaan problemen ondervinden.

De verschillende soorten aanpassingen op het vlak van relaties, motivatie en werkzekerheid, alsook in termen van werkruimte, arbeidstijd en arbeidsmiddelen, kunnen mensen aanmoedigen om te blijven werken ondanks een hoog niveau van persoonlijke moeilijkheden. Beide soorten aanpassingen kunnen ook de negatieve invloed van professionele moeilijkheden op burn-out en arbeidsongeschiktheid van minder dan een maand verzachten. Wat de aanpassingen betreft op het vlak van gezondheid en de voorbereiding op het pensioen, deze kunnen zorgen voor het behoud

11 De perimenopauze is de periode vlak voor de menopauze. Het is de tijd waarin een vrouw haar eerste symptomen van menopauze begint te krijgen tot aan de menopauze. De menopauze is de periode waarin een vrouw haar laatste menstruatie heeft.

12 We merken hierbij op dat in België een menopauzevereniging bestaat (de "Belgische Vereniging voor Menopauze"), die menopauzecafé's organiseert voor privépersonen, waar een inleiding tot het onderwerp wordt gegeven en de deelnemers vragen kunnen stellen en hun ervaringen kunnen delen. Meer informatie is beschikbaar op <https://www.menopausesociety.be/home/> en <http://www.menopausecafe.be/>.

13 Meer informatie is beschikbaar op: <https://menopausefriendly.co.uk/>.

14 Meer informatie is beschikbaar op: <https://menopausefoundationcanada.ca/resources/menopause-inclusive-workplace/>.

van de werktevredenheid ondanks het ondervinden van bepaalde moeilijkheden.

We wijzen er echter opdat geen enkele aanpassing het effect van persoonlijke of professionele moeilijkheden op (zelf gerapporteerde) langdurige arbeidsongeschiktheid vermindert, ook al houden zij rechtstreeks negatief verband met deze variabele (zie hypothese 1). Wanneer bij mogelijke gezondheidsproblemen aan het einde van de loopbaan ook nog moeilijkheden bijkomen, moeten dus andere manieren worden gezocht om werknemers en werknemers te helpen hun gezondheid en welzijn te behouden.

Ten slotte hebben we ook aangetoond dat wanneer personen veel moeilijkheden op het werk ervaren, organisatorische aanpassingen (bijvoorbeeld autonomie, betrokkenheid bij besluitvormingsprocessen) contraproductief kunnen zijn om deze personen voor een burn-out te behoe-

den. Hoewel over het algemeen positief voor het welzijn (zoals blijkt uit de correlatietabel in de bijlage), kan veel autonomie hebben of sterk betrokken zijn bij de besluitvorming ook negatieve effecten hebben op het welzijn, omdat ze de middelen van het individu opslokken (Zhou, 2020). Wanneer een persoon veel moeilijkheden heeft op professioneel vlak, is het daarom belangrijk om te zorgen voor gepaste regelingen.

Aan het einde van de loopbaan zullen zich waarschijnlijk specifieke persoonlijke en professionele moeilijkheden voordoen die invloed kunnen hebben op de gezondheid, het welzijn en het behoud van het werk. **Een eindeloopbaanbeleid moet rekening houden met een verslechterende gezondheid, genderongelijkheid en sociaaleconomische ongelijkheid, die deze moeilijkheden kunnen verergeren.** Tabel 8 bevat enkele voorstellen van maatregelen die met deze factoren rekening houden.

Tabel 8: Aanbeveling 3: een eindeloopbaanbeleid ontwikkelen dat rekening houdt met de verslechterende gezondheid, genderongelijkheid en sociaaleconomische ongelijkheid

<p><i>Een (volks)gezondheidsdoelstelling hebben die ernaar streeft dat iedereen in goede gezondheid aan het einde van de loopbaan begint</i></p>	<p>Het is niet omdat we langer leven dat we langer in goede gezondheid leven. De cijfers spreken voor zich: in 2020 bedroeg de levensverwachting in goede gezondheid bij de geboorte in België 63,6 jaar voor mannen en 64 jaar voor vrouwen (Bureau Fédéral du Plan, 2022). Deze cijfers liggen zeer dicht bij de uiterste leeftijd waarop de deelnemers en deelnemers aan deze studie zich nog in staat voelen om te werken (63,1 jaar). Deze verslechtering van de gezondheid vanaf een bepaalde leeftijd komt ook tot uiting in de arbeidsongeschiktheidscijfers van het RIZIV: 43% van de personen in invaliditeit binnen de algemene regeling is ouder dan 55 jaar (CM, 2021).</p> <p>Gezien de geringe kans om zonder gezondheidsproblemen de leeftijd van 64 jaar te bereiken, vinden wij dat er een (volks)gezondheidsdoelstelling moet zijn die als doel heeft iedereen in goede gezondheid aan het einde van diens loopbaan te laten beginnen. Bij de besprekingen over de pensioenhervorming moet rekening worden gehouden met de notie van levensverwachting in goede gezondheid.</p>
<p><i>Rekening houden met sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid en de zwaarte van loopbanen</i></p>	<p>Terwijl 13% van de rijkste mensen in België voor de leeftijd van 67 jaar overlijdt, loopt dit percentage bij de armsten op tot 27% (Solidaris, 2023). Een groot aantal mensen, vooral in precare situaties, zal overlijden voordat ze toegang krijgen tot een pensioen waarvoor ze hun hele leven hebben bijgedragen (Solidaris, 2023). De verhoging van de wettelijke pensioenleeftijd op basis van de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte houdt dus geen rekening met het bestaan van sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid, zoals opnieuw is aangetoond in een recente CM-studie (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). Op basis van deze elementen menen wij dat het van essentieel belang is om de toegang tot vervroegd pensioen te (her)openen, met name voor de meer kwetsbare werknemers en werknemers en/of werknemers en werknemers in zware beroepen.</p>

<p><i>De regelingen versterken die het mogelijk maken de niet-gewerkte periodes tijdens een loopbaan te gelijk te stellen met gewerkte periodes (ouderschapsverlof, tijdskrediet, enz.)</i></p>	<p>Onze studie bevestigt dat vrouwen vaker voor een naast familielid met verlies van autonomie zorgen: onder onze deelnemende mantelzorgers is 63,2% vrouw. Bovendien verminderen vrouwen vaker hun werktijd tijdens hun loopbaan om voor hun kinderen of bejaarde ouders te zorgen (Hoge raad voor de werkgelegenheid, 2023).</p> <p>In onze studie stelden we ook vast dat 73,8% van de ondervraagde mannen aan het einde van de loopbaan voltijds werkt, tegenover 42,3% van de vrouwen. Van de mannen (26,2%) en vrouwen (57,7%) die deeltijds werken, doet 71,2% van de mannen dat in het kader van een tijdskrediet eindeloopbaan, terwijl slechts 37,5% van de deeltijds werkende vrouwen dit mechanisme gebruikt om hun arbeidstijd te verminderen aan het einde van de loopbaan. We wijzen er ook op dat volgens recente cijfers van pensionstat.be het verschil tussen de totale pensioenbedragen voor vrouwen en mannen in 2021 21% bedroeg (Pensionstat.be, 2023).</p> <p>Het is dus van essentieel belang de regelingen te versterken (bijvoorbeeld door de duur ervan te verlengen) die de gelijkstelling van niet-gewerkte periodes tijdens de loopbaan mogelijk maken, teneinde de ongelijkheden tussen mannen en vrouwen te verminderen, meer bepaald op het gebied van de pensioenen. Veel vrouwen hebben immers gemiddeld minder loopbaanjaren dan mannen, niet omdat zij niet wilden werken, maar omdat zij minder zijn gaan werken om voor hun familieleden te zorgen (kinderen, kleinkinderen, bejaarde ouders, familieleden met verminderde autonomie enz.). Er zouden eveneens maatregelen moeten worden genomen om ervoor te zorgen dat vaders hun ouderschapsverlof meer opnemen alsook een uitbreiding van het geboorteverlof.</p>
---	--

5. Conclusie

Tegen het einde van een loopbaan hebben mensen al veel meegemaakt en gebeurtenissen doorgemaakt in de loop van hun leven en loopbaan, zowel op persoonlijk als op professioneel vlak. Veel mensen bereiken het einde van hun loopbaan met een uitgeput gevoel en met toenemende gezondheidsproblemen (Henry, Morissens, & Streel, 2022). Om de gezondheid en het welzijn aan het einde van de loopbaan te vrijwaren, is het belangrijk om gedurende de hele loopbaan werkbare arbeidsvoorwaarden te creëren en werkaanpassingen voor te stellen die rekening houden met de specifieke kenmerken van de werknemers en werkneemsters. Deze studie heeft met name aangetoond dat de toegang tot goede arbeidsvoorwaarden op het vlak van relaties, motivatie en werkzekerheid, en tot aanpassingen in verband met werkruimte, arbeidstijd en arbeidsmiddelen, bijzonder positieve effecten hebben op de gezondheid, het welzijn op het werk en de intentie om te blijven werken. Sommige van deze aanpassingen hebben zelfs nog meer uitgesproken effecten, enerzijds

op het behoud van het welzijn op het werk van vrouwen aan het einde van hun loopbaan, en anderzijds op de geestelijke gezondheid van zij die in deze fase van hun leven veel persoonlijke en/of professionele moeilijkheden ondervinden.

Ondanks het bestaan van wettelijke bepalingen ter bevordering van welzijn op het werk en de tewerkstelling aan het einde van de loopbaan, is het aantal personen in invaliditeit aan het einde van hun loopbaan nog nooit zo hoog geweest. In de organisaties moet een beleid inzake welzijn op het werk worden ingevoerd dat erop gericht is het werk gedurende de hele loopbaan werkbaar te maken. En bij de ontwikkeling van dit beleid moet rekening worden gehouden met de specifieke gezondheidsproblemen van vrouwen, ouderen en mensen met zware beroepen. Er is dus een belangrijke rol weggelegd voor werkgevers en politici, want ondanks het bestaan van een wettelijk kader voor welzijn op het werk en een plan voor de tewerkstelling van oudere werknemers en werkneemsters, lijken deze mechanismen te weinig bekend en/of worden ze te weinig toegepast.

Bibliografie

- Acerta, VUB, HR Square. (2021). *Seules quatre entreprises sur dix misent sur le bien-être mental au travail de manière structurelle*. Opgehaald van [acerta.be](https://www.acerta.be/fr/fr/insights/dans-la-presse/seules-quatre-entreprises-sur-dix-misent-sur-le-bien-etre-mental-au-travail-de-maniere-structurelle): <https://www.acerta.be/fr/fr/insights/dans-la-presse/seules-quatre-entreprises-sur-dix-misent-sur-le-bien-etre-mental-au-travail-de-maniere-structurelle>
- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. (2017). *Les femmes et le vieillissement de la main-d'œuvre : implications pour la sécurité et la santé au travail*. Bruxelles: EU-OSHA.
- Armstrong-Stassen, M., & Ursel, N. D. (2009). Perceived organizational support, career satisfaction, and the retention of older workers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 82(1), 201-220.
- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Ongelijk in gezondheid. Kwantitatief onderzoek van economische ongelijkheden op vlak van gezondheid en gebruik van gezondheidszorg door CM-leden. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 6-30.
- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychology*, 52(4), 366-380.
- Barnes, J., & Charkoudian, N. (2021). Integrative cardiovascular control in women: regulation of blood pressure, body temperature, and cerebrovascular responsiveness. *The FASEB Journal*, 35(2), e21143.
- Bastawrous, M. (2013). Caregiver burden? A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 431-441.
- Bennett, M., Beehr, T., & Lepisto, L. (2016). A Longitudinal Study of Work After Retirement: Examining Predictors of Bridge Employment, Continued Career Employment, and Retirement. *The International Journal of Aging and Human Development*, 83(3), 228-255.
- Beswic. *Analyse des risques*. Opgehaald van Beswic: <https://www.beswic.be/fr/politique-du-bien-etre/analyse-des-risques>
- Blau, P. (1964). *Exchange and power in social life*. New-York: Wiley.
- Bourdeaud'hui, R., Janssens, F., & Vanderhaeghe, S. (2021). *Haalbaarheid om tot het pensioen door te werken. Analyse bij werknemers en zelfstandige ondernemers op basis van de Vlaamse werkbaarheidsmonitor 2019*. Brussel: Stichting Innovatie & Arbeid.
- Bureau Fédéral du Plan. (2022). *Espérance de vie en bonne santé*. https://www.indicators.be/fr/i/G03_HLY/fr.
- Burmeister, A., Wang, M., & Hirschi, A. (2020). Understanding the motivational benefits of knowledge transfer for older and younger workers in age-diverse coworker dyads: An actor-partner interdependence model. *Journal of Applied Psychology*, 105(7), 748-759.
- Butler, R. N. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36(2), 8-11.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165-181.
- Carter, S., Jay, O., & Black, K. I. (2021). Talking about menopause in the workplace. *Case Reports in Women's Health*, 30, e00306.
- CM. (2021). Arbeidsongeschiktheid - cijfers en indicatoren. *CM-Informatie*, 284, 56-66.
- Coutrot, T., & Perez, C. (2021). *L'influence du sens du travail sur la mobilité professionnelle, la prise de parole et l'absentéisme pour maladie*. Université de Paris 1: Centre d'économie de la Sorbonne.
- De Bie, C. (2023). *Santé des femmes au travail*. Bruxelles: Atelier participatif préparé pour Bruxeo.
- Dejours, C., & Duarte, A. (2018). La souffrance au travail: révélateur des transformations de la société française. *Modern and Contemporary France*, 26(3), 1-12.
- Depypere, H., Pintiaux, A., Desreux, J., & Hendrickx, M. (2016). Coping with menopausal symptoms: an internet survey of Belgian postmenopausal. *Maturitas*, 90, 1-20.
- du Bois, K., Sterkens, P., Lippens, L., Baert, S., & Deros, E. (2023). Beyond the Hype: (How) Are Work Regimes Associated with Job Burnout? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 1-11.
- Eisenberger, R., & Stinglhamber, F. (2011). *Perceived organizational support: Fostering enthusiastic and productive employees*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Eisenberger, R., Cummings, J., Armeli, S., & Lynch, P. D. (1997). Perceived organizational support, discretionary treatment, and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 82(5), 812-820.
- EuroHealthNet. (2022). *Psychosocial risks and older workers' health*.
- Eurostat. (2022). *Gender employment gap, by type of employment*. Bruxelles: Eurostat.
- Fonds pour l'expérience professionnelle. (2009). *Le VOW / QFT: Instrument de mesure des facultés de travail*. Opgehaald van [emploi.belgique.be](https://emploi.belgique.be/fr/le-vow-qft-instrument-de-mesure-des-facultes-de-travail): <https://emploi.belgique.be/fr/le-vow-qft-instrument-de-mesure-des-facultes-de-travail>
- Gaillard, M., & Desmette, D. (2008). Intergroup predictors of older workers' attitudes towards work and early exit. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 17(4), 450-481.
- Geneeskunde voor het volk. (2021). *Eindeloopbaanstudie Geneeskunde voor het Volk: de helft van de werknemers boven de 55 kan niet tot pensioenleeftijd doorwerken*. Brussel.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Hansez, I., Angenot, A., Faulx, D., Burnay, N., Lurkin, F., Braeckman, L., & Van Risseghem, M. (2012). *Recherche sur la gestion des âges dans les entreprises belges*. Bruxelles: Direction de la Recherche sur l'Amélioration des Conditions de Travail (DIRACT).
- Henry, H., Morissens, A., & Streef, C. (2022). Ervaringen en behoeften van werknemers aan het einde van hun loopbaan. *Gezondheid & Samenleving*, 1, 6-37.

- Hoge raad voor de werkgelegenheid. (2023). *De arbeidsmarktparticipatie van vrouwen*. Brussels.
- Insee. (2017). *Espérance de vie en bonne santé / AVBS / Espérance de vie sans incapacité / EVSI / EVSI / EVBS. Définition*. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2017>.
- Institut pour un développement durable. (2022). La proportion de salarié.e.s du secteur privé en incapacité primaire ou en invalidité. *Brève de l'IDD*, 1-7.
- Institut pour un développement durable. (2022). L'importance des travailleurs âgés et leur état de santé. *Brève de l'IDD*, 1-14.
- Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen. (2016). *De organisatie en combinatie van arbeids- en gezinsverantwoordelijkheden bij vrouwen en mannen in België*. Brussel.
- Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen. (2017). *Zwanger aan het werk. De ervaringen van sollicitanten, werknemers en zelfstandige ondernemers in België*. Brussel.
- Janssens, F., Bourdeaud'hui, R., & Vanderhaeghe, S. (2022). *Werkbaar werk door een genderbril*. Brussel: Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen/Stichting Innovatie & Arbeid.
- Kooij, D. T., & Van De Voorde, K. (2011). How changes in subjective general health predict future time perspective, and development and generativity motives over the lifespan. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(2), 228–247.
- Kooij, D. T., Guest, D. E., Clinton, M., Knight, T., Jansen, P. G., & Dikkers, J. S. (2013). How the impact of HR practices on employee well-being and performance change with age. *Human Resource Management Journal*, 23(1), 18-35.
- Loriato, S. (2022). Mental health and ageing –friend or foe? What's at stake? *EuroHealthNet webinar: Addressing psychosocial risks and supporting mental health of older workers: policy and practice in action*. Brussels.
- Lorist, M. (2000). Mental fatigue and task control: planning and preparation. *Psychophysiology*, 37(5), 614-625.
- Marino, V. H. (2017). Beyond hedonia: A theoretical reframing of caregiver well-being. *Translational Issues in Psychological Science*, 3(4), 400–409.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Neupane, S., Kyrölahti, S., Oakman, J., Siukola, A., Riekhoff, A.-J. K., & Nygard, C.-H. (2022). Can workplace intervention prolong work life of older workers? A quasiexperimental study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 96(2), 1-10.
- Ouvrier-Bonnaz, R. (2011). Analyse de l'ouvrage d'Yves Clot (2010). Le travail à coeur. Pour en finir avec les risques psychosociaux. *Activités*, 8(1), 154-160.
- Pensionstat.be. (2023). Réforme des pensions - L'écart de pension entre les femmes et les hommes a atteint 23% en 2021. *Belga - Communiqué de presse*.
- Périlleux, T., & Vendramin, P. (2017). Le travail est-il devenu insoutenable? *Société en changement*, 1-8.
- Pinquant, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and aging*, 18(2), 250-267.
- Sewdas, R., de Wind, A., van der Zwaan, L., van der Borg, W., Steenbeek, R., van der Beek, A., & Boot, C. (2017). Why older workers work beyond the retirement age: a qualitative study. *BMC Public Health*, 17(1), 1-9.
- Solidaris. (2019). *Grande Enquête Solidaris - Sudpresse. Stress et travail*. Bruxelles: Institut Solidaris.
- Solidaris. (2023). *Inégalités sociales de santé et relèvement de l'âge de la pension*. Bruxelles: Institut Solidaris.
- UK Parliament (2022). *Considerable stigma faced by women going through menopause in the workplace*. <https://committees.parliament.uk/work/1416/menopause-and-the-workplace/news/161313/considerable-stigma-faced-by-women-going-through-menopause-in-the-workplace>.
- Valenduc, G., & Vendramin, P. (2020). *Baromètre 2019. De la qualité de l'emploi et du travail*. Bruxelles; Louvain-la-Neuve: CSC & Chaire Travail-Université.
- Van De Voorde, K., Paauwe, J., & Van Veldhoven, M. (2011). Employee Well-being and the HRM-Organizational Performance Relationship: A Review of Quantitative Studies. *International Journal of Management Reviews*, 14(4), 391-407.
- Vancorenland, S., Noirhomme, C., Henry, H., Avalosse, H., Van der Elst, K., & Lambert, L. (2021). Trajecten arbeidsongeschiktheid: de ervaring van personen voor, tijdens en na hun arbeidsongeschiktheid. *CM-Informatie* 284, 4-55.
- Vendramin, P. (2016). *Travail soutenable, faisable, durable : de quoi parle-t-on ?* Namur; Bruxelles: Note d'éducation permanente de l'ASBL Fondation Travail-Université (FTU).
- Vendramin, P., & Parent-Thirion, A. (2019, Mai 27). Redéfinir les conditions de travail en Europe. *Revue internationale de politique de développement*, 11, 1-19.
- Vendramin, P., & Valenduc, G. (2016). Chapitre 10. In M. Lamberts, L. Szeker, S. Vandekerckove, G. Van Gyes, G. Van Hootegem, Y. Vereycken, . . . P. Vendramin, *La qualité de l'emploi en Belgique en 2015. Analyse sur la base de l'Enquête européenne sur les conditions de travail EWCS 2015 (Eurofound) - Résumé analytique* (pp. 16-18). KU Leuven & HIVA (Onderzoeksinstituut voor arbeid en samenleving: Leuven.
- Vendramin, P., & Valenduc, G. (2016). *Travailleurs âgés et travail soutenable*. Bruxelles: Rapport pour le SPF Emploi, travail et concertation sociale.
- Veth, K. N., Korzilius, H. P., Van der Heijden, B. I., Emans, B. J., & de Lange, A. H. (2017). Which HRM practices enhance employee outcomes at work across the life-span? *The International Journal of Human Resource Management*, 30(19), 2777-2808.
- WGO. (2019). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. Opgehaald van OMS: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- WGO. (2022). *WHO guidelines on mental health at work*. Geneva: World Health Organization.
- Zhou, E. (2020). The "Too-Much-of-a-Good-Thing" Effect of Job Autonomy and Its Explanation Mechanism. *Psychology*, 11(2), 299-313.

Bijlage: Tabel met correlaties tussen de toegang tot werk aanpassingen, gezondheid, welzijn en de intentie om te blijven werken

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Aanpassingen relaties, motivatie, werkzekerheid	-													
2. Aanpassingen ruimte, tijd, arbeidsmiddelen	.50***	-												
3. Aanpassingen organisatie	.61***	.45***	-											
4. Aanpassingen arbeidsduur- vermindering	.20***	.27***	.13***	-										
5. Aanpassingen gezondheid / voorbereiding op pensioen	.53***	.51***	.49***	.24***	-									
6. Geestelijke gezondheid	.41***	.28***	.30***	.09***	.26***	-								
7. Lichamelijke gezondheid	.23***	.21***	.16***	.07***	.15***	.51***	-							
8. Werk-tevredenheid	.61***	.39***	.43***	.11***	.35***	.43***	.24***	-						
9. Burn-out	-.48***	-.41***	-.34***	-.13***	-.29***	-.57***	-.45***	-.58***	-					
10. AO < 1 maand	-.14***	-.15***	-.09***	-.03	-.05**	-.20***	-.21***	-.14***	.22***	-				
11. AO > 1 maand	-.12***	-.16***	-.11***	.08***	-.03	-.17***	-.17***	-.16***	.24***	.24***	-			
12. Intentie vervroegd pensioen	-.24***	-.22***	-.16***	.02	-.11***	-.20***	-.20***	-.31***	.36***	.12***	.17***	-		
13. Betaalde activiteit	.07***	.11***	.09***	-.08***	.09***	.09***	.07***	.13***	-.15***	-.04**	-.11***	-.39***	-	
14. Onbetaalde activiteit	.04**	.10***	.03	.02	.02	.02	.06***	.07***	-.06***	-.05**	-.05**	-.14***	.27***	-

Noot. N = 4639. * p < .05; ** p < .01, *** p < .001. Variabelen 1 tot 5 (in het blauw, in kolommen en rijen) zijn de onafhankelijke variabelen, variabelen 6 tot 14 (in het grijs, in kolommen en rijen) zijn afhankelijke variabelen. **Vetgedrukte waarden wijzen op correlaties tussen onafhankelijke en afhankelijke variabelen.**



