

Samen gezonder werken

INAUGURELE REDE DOOR PROF. DR. CÉCILE R.L. BOOT

*inaugurele
rede*

change perspective

Radboud Universiteit



INAUGURELE REDE
PROF. DR. CÉCILE R.L. BOOT



De ouderenzorg in Nederland staat onder druk. Door vergrijzing neemt het aantal zorgbehoevende ouderen snel toe. Dit heeft grote gevolgen voor de werkdruk voor degenen die in de ouderenzorg werken. Daarbij nadert een groot deel van de beroepsgroep de pensioenleeftijd terwijl steeds minder jongeren

kiezen voor een baan in de ouderenzorg. Het wordt steeds moeilijker om vacatures in de ouderenzorg in te vullen.

Gezond werken in de ouderenzorg is cruciaal om de ouderenzorg te kunnen blijven leveren. Dat kan door het werk beter te organiseren, zodat ziekteverzuim en verloop verminderen, de beroepsgroep tevreden is over haar werk en het werk op een gezondere manier vol kan houden tot aan het pensioen. Een interdisciplinaire aanpak vanuit de sociale en medische wetenschappen levert nieuwe inzichten op over hoe we gezond werken moeten organiseren om zo de kwaliteit van werk in de ouderenzorg te verbeteren.

Cécile Boot studeerde Biomedische Gezondheidswetenschappen aan de Radboud Universiteit. In 2004 promoveerde ze aan dezelfde universiteit op het proefschrift *Sick leave in asthma and COPD*. Sinds 2018 combineert ze haar baan als universitair hoofddocent bij de afdeling Sociale Geneeskunde en het Amsterdam Public Health Research Institute van Amsterdam UMC met deze bijzondere leerstoel namens Kalorama, die is ingebed in het onderzoeksprogramma *Work, Health & Performance* van het Behavioural Science Institute van de Radboud Universiteit.

SAMEN GEZONDER WERKEN

Samen gezonder werken

*Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Organisatie en kwaliteit van werk in de ouderenzorg aan de Radboud Universiteit op donderdag
16 mei 2019*

door prof. dr. Cécile R.L. Boot

Opmaak en productie: Radboud Universiteit, Facilitair Bedrijf, Post & Print

Fotografie omslag: Bert Beelen

Vormgeving figuren: Lydia van Liebergen / Ontwerp aan de Linie

© Prof. dr. Cécile R.L. Boot, Nijmegen, 2019

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

Mijnheer de rector magnificus,
dames en heren,

Met veel plezier aanvaard ik vanmiddag het ambt van bijzonder hoogleraar Organisatie en kwaliteit van werk in de ouderenzorg.

Het is oktober 2018 als ik voor het eerst mijn nieuwe werkplek in het verpleeghuis in Beek binnenloop. De ouderenzorg is voor mij een nieuw werkgebied. Mijn beeld van een verpleeghuis op dat moment is gebaseerd op wat ik heb gehoord en gelezen in de media: wonen in een verpleeghuis is zwaar; bewoners vervelen zich en hebben pyjama-dagen; de verzorgenden zwichten onder een torenhoge werkdruk en het kost de maatschappij allemaal heel veel geld. Maar, wat ik als eerste zie als ik de drempel overstap, is iets heel anders. Ik zie liefde van de verzorgenden voor de bewoners, de cliënten. Verzorgenden die ondanks die hoge werkdruk, vol overgave hun uiterste best doen om hun cliënten een mooie dag te bezorgen. Die kracht van de werkenden in de ouderenzorg opende een nieuwe wereld voor mij.

OUDERENZORG IN NEDERLAND

Vroeg of laat krijgen we allemaal te maken met de ouderenzorg. We kennen allemaal wel iemand die thuiszorg nodig heeft, of in een verzorgingstehuis of verpleeghuis woont. Of we komen er ooit zelf terecht. Het is niet de plaats waar je naar verlangt om je laatste levensdagen door te brengen. Familieleden dragen de zorg voor hun naasten vaak met pijn in het hart over aan de verzorgden, die het maar moeilijk goed genoeg kunnen doen. Dit alles heeft grote gevolgen voor de degenen die in de ouderenzorg werken.

Figuur 1: Vier elementen van Samen Gezonder Werken



Vier onderwerpen staan centraal in mijn verhaal (Figuur 1). Als eerste de *werken- den in de ouderenzorg*; dat is de groep waar ik mij op richt. Ten tweede de *zorgzwaarte*; we zien dat de druk op met name de verzorgenden toeneemt. Ten derde de *organisatie van*

de ouderenzorg: die moet efficiënter om de benodigde zorg te kunnen blijven leveren. Tot slot *gezond werken*. Het is noodzakelijk dat werkenden in de ouderenzorg gezond kunnen werken om dit type werk vol te houden tot aan het pensioen én om het beroep weer aantrekkelijk te maken voor nieuwe instroom.

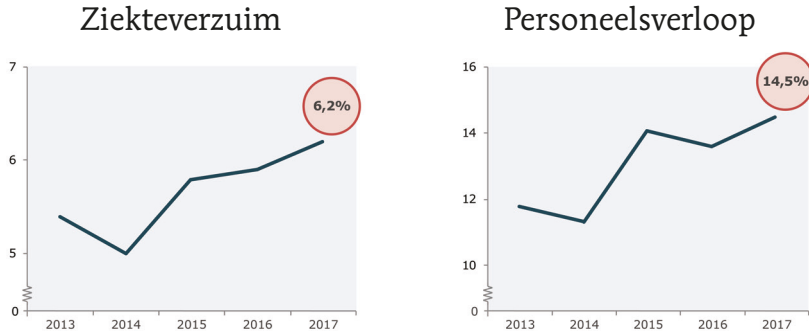
Ik vind het niet verrassend dat er nog maar weinig jongeren kiezen voor werken in de ouderenzorg. Het probleem is duidelijk, maar er is nog geen oplossing. Wat zou u doen?

Wat ik ga doen om werken in de ouderenzorg gezonder te maken, is het versterken van vakmanschap, autonomie en verbondenheid van werkenden in de ouderenzorg. Hier kom ik later op terug. Als eerste vertel ik u nu iets over de ouderenzorg in Nederland. Steeds meer ouderen hebben zorg nodig. Dat komt omdat we steeds ouder worden. Mensen bereiken een hogere leeftijd. Deze is volgens Mackenbach (2010) voor ongeveer de helft toe te schrijven aan betere gezondheidszorg. Het aantal cliënten in verpleeghuizen zal naar verwachting stijgen van 110.000 in 2016 naar 141.000 in 2025 (Actiz, 2019). Behalve dat de groep ouderen steeds groter wordt, neemt ook hun behoefte aan zorg toe. Mensen blijven langer thuis wonen en verhuizen pas bij zwaardere problematiek naar een verpleeghuis (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018a).

Er is dus sprake van een 'dubbele' toename van de zwaarte van het werk in de ouderenzorg. Meer ouderen hebben behoefte aan meer complexe zorg. De vraag naar ouderenzorg zal de komende jaren dus alleen maar toenemen. En dat betekent dat er steeds meer mensen nodig zijn om die zorg te leveren. De zorgsector is op dit moment al de grootste sector in Nederland met 1,2 miljoen werkenden (AZW, 2018); 1 op de 7 Nederlanders werkt op dit moment in de zorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018b). Hiervan werkt ongeveer een derde in de ouderenzorg (Joldersma *et al.*, 2016). Als de zorg blijft doorgroeien, zal in 2040 1 op de 4 Nederlanders in de zorg moeten werken (Ministerie VWS, maart 2018b). Dat gaat natuurlijk nooit lukken. We moeten de zorg dus anders organiseren.

Als we kijken naar degenen die nu in de ouderenzorg werken, zien we dat ze veel verzuimen en dat het verloop hoog is (Figuur 2). In 2017 was het ziekteverzuim onder verzorgenden 6,2 procent, ten opzichte van een landelijk gemiddelde van 4 procent voor alle werknemers (Ernst & Young, 2018). Daarbij veranderde maar liefst 14,5 procent van baan (Ernst & Young, 2018). Hierdoor ontstaan veel vacatures die niet altijd kunnen worden ingevuld, waardoor zorgteams structureel onderbezet dreigen te raken. Het is dus van groot belang dat we werken in de zorg gezonder maken, zodat degenen die er werken, het goed volhouden. En het beroep moet aantrekkelijk worden voor nieuwe instromers. Daar zet ik graag mijn schouders onder.

Figuur 2: Ziekteverzuim en personeelsverloop in de ouderenzorg (Ernst & Young, 2018).



WERKEN IN DE OUDERENZORG IN NEDERLAND: TWEE MAATSCHAPPELIJKE VERANDERINGEN

Bij werk en gezondheid speelt de maatschappelijke context altijd een grote rol. Ik neem u mee naar twee grote maatschappelijke veranderingen. De eerste is de vergrijzing van Nederland, de tweede is de verandering in de organisatie van de zorg. Ik licht beide veranderingen nader toe. Ik begin met de vergrijzing in Nederland.

We zien dat de gemiddelde leeftijd in Nederland stijgt. Steeds meer mensen zijn met pensioen, steeds minder mensen werken. Voor iedere gepensioneerde zijn niet langer vijf mensen aan het werk, maar nog maar drie, en straks nog maar twee (Actiz, 2019). Dit heeft grote gevolgen voor de financiering van ons pensioenstelsel en de zorgkosten. Ook bij de werkenden in de ouderenzorg zien we deze vergrijzing. Het aantal werkende 55-plussers in verpleeg- en verzorgingshuizen is de afgelopen twaalfjaar bijna verdubbeld van 14 procent in 2006 naar 27.4 procent in 2018 (AZW, 2018). Op korte termijn hebben we heel veel meer werkenden in de ouderenzorg nodig omdat een grote groep werkenden binnen enkele jaren de pensioenleeftijd bereikt. Tegelijkertijd kiezen maar weinig mensen voor werken de ouderenzorg. Dat is dus een grote uitdaging!

De tweede verandering betreft de organisatie van het werk in de ouderenzorg. In de jaren tachtig kreeg een hiërarchische managementcultuur de overhand in een poging om de stijgende kosten beheersbaar te houden (Van der Boom, 2008). Strakke zorgprotocollen boden weinig ruimte voor de wensen van de individuele cliënt. De laatste jaren zien we dat organisaties zoeken naar een balans waarbij de cliënt én de zorgverlener meer zelf de regie voeren over de zorg. Om de zorg goed te laten aansluiten op de wensen van de cliënt, hebben zorgverleners meer regelmogelijkheden en verantwoordelijkheid nodig. Zelforganisatie of zelfsturing past goed bij deze nieuwe manier van werken.

Kortom, deze twee maatschappelijke veranderingen: vergrijzing en veranderingen in organisatie van werken in de zorg, zijn een grote uitdaging voor zowel ouderenzorgorganisaties, als voor de maatschappij. Immers, zonder werkenden in de ouderenzorg is er überhaupt geen ouderenzorg, dat wil natuurlijk niemand. Dus, hoe zorgen we ervoor dat de werkenden zich op een gezonde manier staande houden? En hoe maken we de ouderenzorg weer aantrekkelijk voor nieuwe instromers?

STICHTING JOANNES DE DEO

Deze vragen heeft de Stichting Joannes de Deo doen besluiten om de Kaloramaleerstoel te initiëren bij de Faculteit der Sociale wetenschappen alhier. Dit betrof een radicale koerswijziging. Een verandering van focus op de ouderenzorg naar focus op de werkenden in de ouderenzorg. Stichting Joannes de Deo, opgericht in 1975, ondersteunt al jaren wetenschappelijk onderzoek naar de ouderenzorg (Kalorama, 2008). Joop Michels werd in 1979 als eerste hoogleraar namens de stichting benoemd. Na hem volgden Paul Froeling en Myrra Vernooij-Dassen. Zij richtten zich alle drie op verpleeghuiszorg. Hiermee leverde de Stichting een belangrijke bijdrage aan verbetering van de verpleeghuiszorg.

Met de verandering van focus op de zorg naar focus op degenen die die zorg moeten leveren, mag ik als eerste Kalorama-hoogleraar bij de Faculteit der Sociale Wetenschappen aan de slag.

INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Net als voor de leerstoel, is de Faculteit der Sociale Wetenschappen voor mij ook nieuw omdat ik ben opgeleid en altijd heb gewerkt aan medische faculteiten. Toch is deze stap niet vreemd, omdat arbeid en gezondheid voor meerdere disciplines een belangrijk thema is.

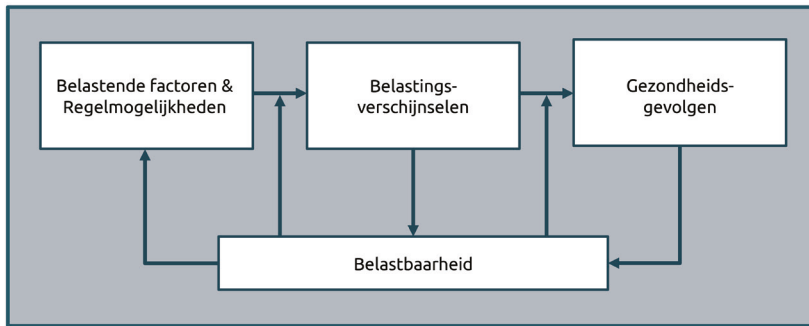
Al tijdens mijn promotieonderzoek werkte ik samen met zowel artsen als psychologen. De laatste jaren zijn daar sociologen en economen bijgekomen (Scharn *et al.*, 2017 & 2019). Interdisciplinaire samenwerking is ingewikkeld, je spreekt een andere taal en hebt andere gebruiken, maar als het werkt, ontstaat er iets moois. Dat vind ik ook zo leuk aan deze leerstoel. Sinds oktober 2018 combineer ik mijn baan bij de afdeling sociale geneeskunde van Amsterdam UMC, locatie VUmc, met mijn nieuwe positie bij arbeids- en organisatiepsychologie aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen alhier. Ik vind het bijzonder dat ik nu vanuit mijn twee banen vanuit twee disciplines ga werken, een deel van de week vanuit de medische kant, een deel van de week vanuit de arbeids- en organisatiepsychologie. Ik heb hoge verwachtingen van wat mijn interdisciplinaire werk kan betekenen voor gezond werken in de ouderenzorg.

GEZOND WERKEN: DE GEZONDHEID VAN WERKENDEN

Zowel binnen de sociale geneeskunde als binnen de arbeids- en organisatiepsychologie is al aardig wat onderzoek gedaan naar gezond werken. In de sociale geneeskunde is het

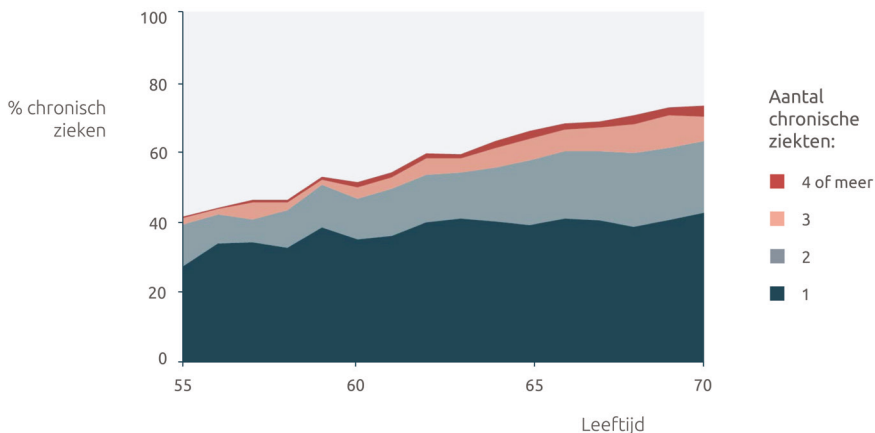
Model Arbeidsbelasting van collega Frank van Dijk een veelgebruikt model (Van Dijk, 1990). De effecten van belasting in het werk op gezondheid hangen af van wat een werkende aankan, zowel lichamelijk als mentaal (Figuur 3). Dat noemen we de belastbaarheid.

Figuur 3: Model Arbeidsbelasting (Van Dijk et al., 1990).



Wat we zien in de doelgroep werkenden in de ouderenzorg is dat de werkbelasting toeneemt. Of deze toename leidt tot gezondheidsproblemen, hangt af van de belastbaarheid van de werkenden (Van Dijk, 1990). Hoe ouder je bent, hoe groter de kans op ongezondheid. De kans op een chronische ziekte zoals bijvoorbeeld diabetes, COPD of reuma, neemt toe met de leeftijd. Zo heeft de 40 procent van de 55-jarigen en 50 procent van de 60-jarigen een chronische ziekte (Vriend *et al.*, 2016) (Figuur 4).

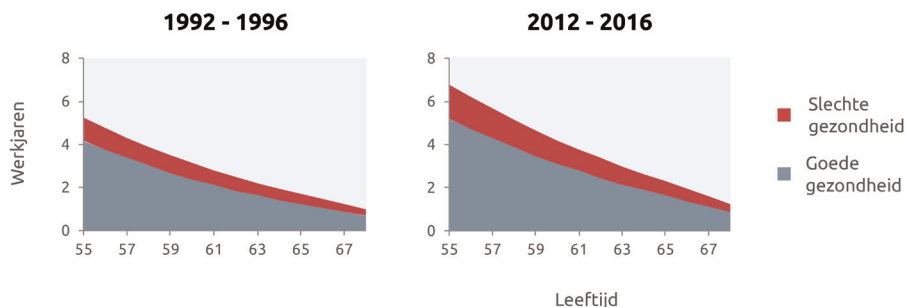
Figuur 4: Prevalentie van chronische ziektes in Nederland naar leeftijd (Vriend *et al.*, 2016).



In de ouderenzorg werken veel 55-plussers, dus het aantal werkenden met een chronische ziekte in de ouderenzorg is hoog. Uit eerder onderzoek weten we dat werkenden met een chronische ziekte een hogere kans hebben om voor het bereiken van de AOW-leeftijd uit te vallen uit werk (o.a. Leijten *et al.*, 2015 & De Boer *et al.*, 2018). Vroege uitval uit werk door gezondheidsproblemen wil niemand, maar in de ouderenzorg is dat extra zorgelijk omdat we daar iedere werkende hard nodig hebben om aan de zorgvraag te voldoen.

TNO startte in 2010 een cohortstudie naar gezondheid en werk bij 45-plussers, de *Study on Transitions, Employment, Ability and Motivation*, afgekort STREAM (Ybema *et al.*, 2014). Het STREAM-cohort biedt mooie mogelijkheden voor onderzoek naar gezondheid en werk. Uit onderzoek van onder anderen mijn Amsterdamse collega's Astrid de Wind en Allard van der Beek bleek dat chronische gezondheidsproblemen en een slechte gezondheid de kans op uitval uit werk voor het bereiken van de pensioenleeftijd vergrootten (Leijten *et al.*, 2015). Dit is een belangrijke bevinding omdat oudere werknemers relatief vaker gezondheidsproblemen hebben en omdat de maatschappelijke druk om langer door te werken steeds groter wordt in Nederland. We zien dat de gemiddelde leeftijd waarop mensen met pensioen gaan de laatste jaren sterk gestegen is, onder andere door afschaffing van financieel gunstige vroegpensioenregelingen en natuurlijk de verhoging van de AOW-leeftijd (CBS, 2018).

Figuur 5: Werkduurverwachting van chronisch zieken van 1992-1996 en van 2012-2016 (De Wind *et al.*, 2018).



In Amsterdam onderzocht ik samen met mijn collega's Dorly Deeg en Astrid de Wind in hoeverre chronisch zieken de afgelopen jaren ook pas op hogere leeftijd met pensioen zijn gegaan en of ze de jaren voor hun pensioen een goede of een slechte gezondheid hadden (De Wind *et al.*, 2018). We maakten hiervoor gebruik van gegevens uit het LASA-onderzoek, de *Longitudinal Aging Study Amsterdam* die sinds 1992 elke drie jaar een groep 55-plussers onderzoekt. In Figuur 5 ziet u de resultaten voor de periode van 1992 tot 1996 en twintig jaar later, van 2012 tot 2016. Hoe groter het gearceerde oppervlak, hoe langer de chronisch zieken bleven werken. U ziet dat chronisch zieke 55-jarigen tussen 2012 en 2016 zo'n anderhalf jaar later stopten met werken in vergelijking

met 55-jarigen van twintig jaar geleden, tussen 1992 en 1996 (De Wind *et al.*, 2018). Het blauwe oppervlak is de tijd waarin de chronisch zieken werkten in goede gezondheid, het roze oppervlak is de tijd dat ze in slechte gezondheid werkten. De 1,5 jaar dat de chronisch zieken langer doorwerkten, komt deels door een toename van het blauwe oppervlak, de tijd die ze werkten in goede gezondheid; maar ook deels door een toename van het roze oppervlak, en dat is de tijd die ze werkten in slechte gezondheid. Dit betekent dat chronisch zieke 55-jarigen weliswaar langer zijn blijven werken, maar dat ze een deel van die anderhalf jaar hebben doorgewerkt met een slechte gezondheid. Dat is zorgelijk, omdat een goede gezondheid bij pensionering een belangrijke voorspeller is van gezond ouder worden.

Kortom, door de stijging van de gemiddelde leeftijd van werkenden in de ouderenzorg zal de gezondheid en daarmee de belastbaarheid van degenen die in de ouderenzorg werken achteruit gaan. Hiermee neemt de kans op uitval uit werk door arbeidsongeschiktheid toe. Dit bleek ook uit onderzoek door het UWV naar WIA-instroom uit 2018. Het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen is sinds 2014 gestegen. Deze stijging zagen we vooral bij 55-plussers én met name in de zorgsector (Berendsen en Van Deursen, 2018). Omdat we het ons juist in de ouderenzorg niet kunnen permitteren dat mensen voor het bereiken van de pensioenleeftijd uitvallen uit werk, is het zaak om het werk zo te organiseren dat de werkbelasting in balans is met de belastbaarheid van deze groep werkenden.

GEZOND WERKEN: GEZONDE WERKBELASTING

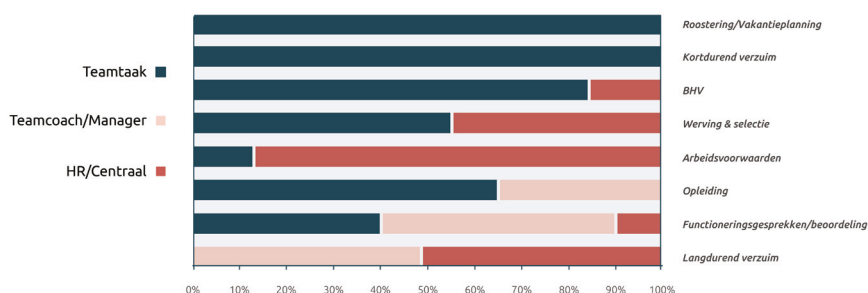
Als we kijken naar de zorgsector, dan staat deze bekend als een sector met een hoge werkbelasting. Je kunt een beeld krijgen van de werkbelasting door te kijken naar de kenmerken van werk, zoals bijvoorbeeld de vrijheid die je in je werk hebt om je eigen tempo te bepalen, of je zwaar moet tillen, of dat je werk emotioneel zwaar is. Onderzoek van het CBS wees uit dat in de gezondheidszorg maar 46 procent van de werkenden hun eigen werktempo kan bepalen, ten opzichte van 57 procent van alle werkenden in Nederland. Meer dan een kwart van de werkenden in de gezondheids- en welzijnssector ervaart het werk als emotioneel belastend (CBS, 2016). En dat is twee keer meer dan het gemiddelde van alle werkenden in Nederland. Daarbij is de werkdruk in de zorg hoog. We kennen allemaal de paarse krokodil. Verzorgenden hebben in hun werk te maken met een hoge administratieve belasting door de grote hoeveelheid protocollen en kwaliteitsindicatoren die moeten worden bijgehouden. Zelforganisatie zou een einde moeten maken aan alle onnodige regels en het welzijn van de cliënt centraal moeten stellen in plaats van efficiëntie van de zorg.

ZELFORGANISATIE IN DE OUDERENZORG

Buurtzorg was zo'n tien jaar geleden de pionier in zelforganisatie in de thuiszorg (Gray *et al.*, 2015; De Blok & Pool, 2010). Het Nivel onderzocht in 2008 de eerste effecten van

Buurtzorg en deze waren positief (De Veer *et al.*, 2008). Zowel cliënten, mantelzorgers als werkenden waren tevreden over de nieuwe aanpak. De verpleegkundigen ervoeren meer vrijheid of autonomie in hoe ze de zorg aan de cliënt leverden. Een belangrijk verschil tussen de thuiszorg en verpleeghuiszorg is dat in de thuiszorg vooral verpleegkundigen op hbo-niveau werken en dat in verpleeghuizen met name verzorgenden op mbo-niveau de zorg leveren. De positieve resultaten van het Nivel-onderzoek werden met name gevonden bij de hoger opgeleide verpleegkundigen en niet bij de verzorgenden. Dit laatste is van belang omdat in verpleeghuizen, waar ik mij vooral op ga richten, met name verzorgenden werken. De relatie tussen succesvolle zelforganisatie en functietype of opleidingsniveau is dus een interessant aanknopingspunt voor verder onderzoek. Desalniettemin hebben de positieve resultaten van Buurtzorg vele zorgorganisaties geïnspireerd. Inmiddels is er een wildgroei aan zelforganisatie ontstaan met heel wisselende resultaten. Een aantal zorgorganisaties is alweer gestopt met zelforganisatie, zo heeft u in de kranten kunnen lezen.

Figuur 6: Taakverdeling tussen teams, teamcoaches en managers, en centraal (human resources & bestuur) in zorgorganisaties (FGW Advies, 2015).



We weten nog niet zo goed wat er nodig is voor een goed functionerende zelforganisatie en wat bevorderende of belemmerende factoren zijn. Wat wel duidelijk is is dat het een zoektocht is voor organisaties. Zelfsturing, zelforganisatie, er is veel variatie in zowel termen als uitvoering van de organisatieveranderingen. Ik ga hier nu niet in op het verschil tussen zelfsturing en zelforganisatie. Ik laat u wel zien hoe groot de variatie is in wie verantwoordelijk is voor welke taken in de ouderenzorg. In Figuur 6 ziet u welke taken bij een team belegd worden, welke veelal centraal worden georganiseerd en welke door een teamcoach worden opgepakt (FGW Advies, 2015). Vaak worden de meer gespecialiseerde taken zoals arbeidsvoorwaarden, langdurig verzuim en werving en selectie centraal opgepakt en pakken zorgteams roostering, kortdurend verzuim en opleiding zelf op. Een ander belangrijk punt bij organisatieverandering is het motief voor deze verandering. Komt zelforganisatie voort uit een breed bedragen visie op wat goede zorg is of uit bezuinigingsnoodzaak? Het zal u niet verbazen dat de effecten bij een al dan niet verbloemd bezuinigingsmotief een stuk minder positief zijn.

Als er al sprake is van een breed gedragen visie op wat goede zorg is, dan is er nog de vraag hoe je zelforganisatie implementeert in een organisatie. Een dergelijke grote organisatieverandering is een enorme uitdaging die veel tijd, afstemming en samenwerking van alle niveaus in een organisatie vraagt. Niet alle organisaties besteden evenveel zorg aan het implementatieproces, zo blijkt uit de Monitor Woonvormen Dementie van het Trimbos-instituut. Maar liefst 81 procent van de deelnemende organisaties deed geen *pilot* alvorens te starten met zelforganisatie (Heijkants *et al.*, 2018).

ZELFORGANISATIE BIJ KALORAMA

Kalorama is in 2015 gestart met zelforganisatie. Hierbij hanteren zij het Rijnlands model (Peters & Weggeman, 2016). De kern van dit model is dat het gezamenlijke doel centraal staat bij de organisatie van werk. In de ouderenzorg is dat het belang van de bewoner, de cliënt. Hierbij is sprake van erkenning van en waardering voor vakmanschap van de werkende in de ouderenzorg. Gelijkwaardigheid en vertrouwen zijn hierbij belangrijke waarden. Dat past goed bij zelforganisatie waarbij teams gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de zorg en alles wat daarbij komt kijken. De organisatieverandering naar zelforganisatie vraagt echter veel van organisaties en vooral van degenen die er werken.

GEZONDER WERKEN IN DE OUDERENZORG: HOE ORGANISEREN WE DAT?

Als we gezonder willen gaan werken in de ouderenzorg zie ik een driedubbele uitdaging. Ten eerste: de zorgzwaarte en daarmee de werkbelasting neemt toe door een toenemende zorgvraag en complexere zorgbehoefte van cliënten. Ten tweede: in de ouderenzorg werken veel oudere werknemers die vanwege een verminderde belastbaarheid minder goed in staat zijn om langer door te werken. Ten derde: er is veel te weinig instroom in het beroep waardoor het steeds moeilijker wordt om vacatures tijdig in te vullen waardoor de werkbelasting voor degenen die er werken nog verder toeneemt.

Gezonder werken is dus van cruciaal belang om ervoor te zorgen dat degenen die nu werken in de ouderenzorg het werk beter volhouden én om ervoor te zorgen dat het beroep aantrekkelijker wordt voor nieuwe instromers. En dat is dan ook de focus van het onderzoek dat ik in het kader van deze leeropdracht ga doen. Hierbij bouw ik voort op eerder onderzoek dat ik heb gedaan naar gezond werken. Zo onderzocht ik met Allard van der Beek en Dorly Deeg in het LASA-cohort onder andere de rol van werkkenmerken bij vervroegd stoppen met werken (Boot *et al.*, 2014). Hieruit bleek dat autonomie, zelf je werk kunnen indelen, en sociale steun bij oudere werkenden met een chronische ziekte van belang waren voor het volhouden van werk tot aan pensionering. Samen met mijn Amsterdamse promovendus Ranu Sewdas deed ik vergelijkbare analyses bij werknemers van 45 jaar en ouder in het STREAM-cohort, en in een Deens cohort (Sewdas *et al.*, 2018 & Sewdas *et al.*, 2019, in druk). Ook daar bleek dat als werkenden meer autonomie hadden, ze het werk langer vol hielden.

In de arbeids- en organisatiepsychologie is veel onderzoek gedaan naar kwaliteit van werk en er zijn vele modellen beschikbaar. Autonomie, de mate van regelmogelijkheden in werk, speelt in meerdere modellen een centrale rol. Samen met promovendus Bo Havermans onderzocht ik de rol van autonomie bij werknemers (Havermans *et al.*, 2018). We zagen dat een verbetering van de autonomie gepaard ging met een verbetering van de mentale gezondheid van werknemers. Het is niet verrassend dat autonomie zo'n belangrijke rol speelt bij modellen in de arbeids- en organisatiepsychologie. Autonomie is één van de drie menselijke basisbehoeftes, samen met de behoefte aan verbondenheid en de behoefte aan competentie.

ZELFDETERMINATIETHEORIE & GEZOND WERKEN

Deze drie basisbehoeftes staan centraal in de zelfdeterminatietheorie (Deci & Ryan, 1985 & 2002). Volgens deze theorie zorgt vervulling van deze drie basisbehoeftes voor optimaal functioneren, persoonlijke groei en intrinsieke motivatie om doelen te behalen. De zelfdeterminatietheorie gaat ervan uit dat mensen van nature proactief zijn, hun talenten willen ontwikkelen en willen leren (Deci & Ryan 1985). De rol van de omgeving is hierbij van groot belang. De werkomgeving kan dit gedrag stimuleren, maar ook afremmen. Een werkomgeving waarin werkenden regelruimte ervaren en worden aangesproken op hun competenties zal dit gedrag stimuleren.

Eén van de eerste voorbeelden van hoe de zelfdeterminatietheorie gezond werken kan bevorderen komt uit een experiment uit de jaren negentig met fabrieksarbeiders (Deci & Ryan, 2002). *General Motors* bouwde in 1985 een nieuwe fabriek voor auto's in Tennessee, in de Verenigde Staten. Ze gaven de arbeiders meer autonomie. Dat deden ze door het werkproces in nauwe samenwerking met de werknemers in te richten. Zo mocht elke werknemer de lopende band stilzetten bij het constateren van een productiefout. Dat was voorheen iets wat alleen een manager mocht doen. Het voordeel hiervan is dat er sneller kan worden ingegrepen. Als er eerst gerapporteerd moet worden aan een manager, met één of ander meldingsformulier, gaat kostbare tijd verloren omdat de lopende band intussen gewoon doordraait met de productiefout. Uit het onderzoek bleek dat de werknemers zeer gemotiveerd waren en trots op hun werk (Deci & Ryan 2002). De productiviteit ging omhoog en de ervaren werkdruk ging omlaag. Naast vervulling van de behoefte aan autonomie zette het bedrijf in op de vervulling van de behoefte aan competentie door meer scholingstijd en minder regels. De werknemers kregen meer verantwoordelijkheid, bijvoorbeeld voor de inkoop en de werving van nieuwe collega's. Het vervullen van de basisbehoefte verbondenheid kreeg vorm door binnen productie-eenheden van baan te wisselen en door pauzeruimtes zo in te richten dat collega's elkaar konden ontmoeten en kennis konden delen. Dit voorbeeld bij fabrieksarbeiders uit de jaren negentig heeft natuurlijk mooie parallellen met zelforganisatie in de zorg.

Ook dichterbij huis is onderzoek gedaan naar de zelfdeterminatietheorie. Zo deden mijn Nijmeegse collega's Madelon van Hooff en Sabine Geurts onderzoek naar het vervullen van de basisbehoeftes autonomie, verbondenheid en competentie tijdens werk en herstel (Van Hooff & Geurts, 2015). Zij lieten zien dat de nadelige effecten van hoge werkdruk op vermoeidheid na werk verminderden als er tijdens het werk meer basisbehoeftes werden vervuld. In de werkomgeving zijn veel mogelijkheden om vervulling van de basisbehoeftes van werknemers te stimuleren. Je kunt je voorstellen dat autonomie niet goed samengaat met hiërarchisch leiderschap, waarbij een leidinggevende je vertelt wat je wel of niet moet doen. Zelforganisatie, waarbij teamleden samen beslissen en samen verantwoordelijk zijn, past daar veel beter bij. In theorie voorziet zelforganisatie in invulling van de behoefte aan autonomie, en kan de samenwerking in zorgteams invulling geven aan de behoefte aan verbondenheid. De cliënt centraal-visie past goed bij het ontwikkelen van vakmanschap, wat de behoefte aan competentie vervult.

Dit is de theorie, maar de praktijk is uiteraard weerbarstiger. Als we werken in de ouderenzorg gezonder willen maken hebben we meer kennis nodig over factoren die de invoering van zelforganisatie bevorderen of juist belemmeren. Als het ons lukt om het werk zo te organiseren dat het beter aansluit bij de basisbehoeftes van zorgmedewerkers, verwacht ik dat zorgteams beter zullen gaan functioneren en de kwaliteit van werk in de ouderenzorg zal verbeteren.

GEZOND WERKEN IN DE OUDERENZORG: ONDERZOEKSPANNEN

Vragen die ik de komende jaren centraal stel zijn: hoe organiseren we gezond werken in de ouderenzorg? En hoe implementeren we veranderingen in de organisatie van werk? Hierbij maak ik graag gebruik van meerdere onderzoeksmethodes waaronder kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Bij kwantitatief onderzoek proberen we feiten te achterhalen waarbij we resultaten uitdrukken in cijfers, bijvoorbeeld hoe vaak iets voorkomt, of hoe groot een effect is. Hierbij nemen we vragenlijsten af bij grote groepen mensen, of analyseren we *big data*. Bij kwalitatief onderzoek proberen we zaken te beschrijven op basis ervaringen en interpretaties daarvan. Hierbij drukken we resultaten uit in woorden en gaat het om de verscheidenheid aan ervaringen en niet om hoe vaak iets voorkomt. Deze resultaten verkrijgen we door mensen te interviewen of te observeren. Een zogenaamde *mixed methods*- benadering waarbij je kwalitatieve met kwantitatieve onderzoeksmethodes combineert, geeft meer diepgang en levert rijkere informatie op, zo is mijn ervaring (Van der Zwaan *et al.*, 2019; Boot *et al.*, 2016). Dus dat gaan we doen.

We starten met een literatuuronderzoek naar de samenhang tussen vervulling van de drie basisbehoeftes en gezond werken in brede zin en in de zorg in het bijzonder. Vervolgens zullen we interviews houden met werkenden in de ouderenzorg over de mate waarin de behoeftes sociale steun, autonomie en competenties worden vervuld.

Hierbij kunnen we onderscheid maken tussen teams die in meer of mindere mate zelforganisatie toepassen. Op die manier krijgen we inzicht in de relatie tussen zelforganisatie in teams en vervulling van de drie basisbehoeftes van verzorgenden. Daarnaast wil ik graag onderzoeken hoe dit samenhangt met indicatoren van gezond werken, zoals bevlogenheid, vitaliteit, productiviteit en langer doorwerken. Hier zie ik mooie kansen voor samenwerking met bijvoorbeeld TNO. Op basis van deze studies kunnen we succesvolle elementen en randvoorwaarden voor gezond werken identificeren en krijgen we meer grip op waarom zelforganisatie soms wel en soms niet lukt.

De resultaten van deze studies gebruiken we om autonomie en steun van collega's te vergroten om zo de vervulling van basisbehoeftes te versterken en gezond werken te bevorderen. In Amsterdam heb ik ervaring opgedaan met de participatieve aanpak (Van der Meer *et al.*, 2015; Van Vilsteren *et al.*, 2017; Ketelaar *et al.*, 2017). Hierbij gaat de doelgroep zelf aan de slag, teamleden bekijken samen welke knelpunten er zijn in hun team en welke het eerst aangepakt moeten worden. Vervolgens brainstormen ze samen over oplossingen. Voor de beste oplossing maakt het team vervolgens een actieplan om de oplossing in te voeren met daarin heldere afspraken wie wat wanneer doet. Nauwe samenwerking met sleutelfiguren in de organisatie zoals bestuurders en ondersteunende diensten is een belangrijke voorwaarde voor succes.

Als we samen met de doelgroep een strategie hebben ontwikkeld om autonomie en sociale steun te bevorderen is het van belang om deze grondig te evalueren. Allereerst het implementatieproces. Hoe wordt de strategie ontvangen in de doelgroep? Welke onderdelen van het actieplan zijn uitgevoerd en welke niet? En waarom niet? En wat vonden de werkenden in de ouderenzorg van de strategie? Dit zijn vragen die we in een procesevaluatie zullen beantwoorden en op basis waarvan we de strategie kunnen verbeteren. Een goede implementatie is cruciaal. Als de doelgroep de strategie niet omarmt, gaat het sowieso niet werken. Behalve naar het implementatieproces, ben ik nieuwsgierig naar de effecten op gezond werken. Hiertoe zullen we organisaties of organisatieonderdelen vergelijken die de strategie wel of nog niet toepassen. Zo krijgen we zicht op de effecten op gezond werken, zoals werkplezier en productiviteit.

Dit alles doe ik niet alleen, maar samen met de rest van het gezond-werkenteam: Ceciel Heijkants, dr. Astrid de Wind (wat fijn dat we onze Amsterdamse samenwerking nu in Nijmegen voortzetten!), dr. Madelon van Hooft en prof. dr. Sabine Geurts. Ik kijk ernaar uit om samen met jullie het verschil te gaan maken voor werkenden in de ouderenzorg!

Ik verwacht dat gezonder werken in de ouderenzorg ook leidt tot een verbetering van de kwaliteit van zorg. Op dit vlak zie ik mooie kansen voor samenwerking met de recent benoemde hoogleraar prof. dr. Debby Gerritsen die binnen het Universitair kennisnetwerk ouderenzorg Nijmegen (UKON) en de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc welbevinden van cliënten in de langdurige zorg gaat onderzoeken.

GEZOND WERKEN OP DE UNIVERSITEIT: DIVERSITEIT IS EEN KANS

Dit alles brengt mij terug naar mijn titel. Samen gezonder werken. Dat is natuurlijk niet alleen belangrijk in de ouderenzorg. Onlangs verschenen twee alarmerende rapporten over de werkcultuur aan universiteiten, waarvan één specifiek over vrouwen (LNVH, 2019; FNV & VAWO, 2019). Ik schrok daarvan. Niet alleen omdat ik hier nu wél sta als vrouwelijke hoogleraar en me op mijn plek voel bij de universiteit, maar óók omdat ik sta voor mijn vak, gezond werken. Ook ik vind het soms lastig om gezond te werken. Het is hard werken, je moet overal in excelleren en jezelf continu bewijzen. Tegelijkertijd vind ik juist dat ook heel motiverend.

Ik probeer mijn promovendi daar vanaf het begin op voor te bereiden door niet alleen mijn successen, maar ook mijn worstelingen te delen. Wat me zorgen baart, is dat ik talentvolle wetenschappers zie vertrekken omdat ze zich niet thuis voelen in de prestatiecultuur. Als we niet oppassen, selecteren universiteiten niet alleen op academische excellentie, maar ook op inpasbaarheid in de werkcultuur. Diversiteit is een kans. Het wordt hoog tijd dat we de werkcultuur niet langer beschouwen als een eigenaardigheid van werken aan de universiteit. Laten we ons samen inzetten om de werkcultuur te veranderen zodat alle excellente wetenschappers, mannen, vrouwen, mensen met verschillende culturele achtergronden, onderzoekstalenten of juist die onderwijstalenten zich thuis voelen en samenwerken om de wetenschap verder te brengen.

BEDANKT!

Ik ben heel blij met mijn fijne collega's die ervoor zorgen dat ik gezond kan werken in Nijmegen én in Amsterdam.

Lieve collega's uit Amsterdam, in het bijzonder alle promovendi die ik mag begeleiden. Het is een feestje om met zoveel verschillende inspirerende collega's te mogen werken. Geweldig dat jullie met zovelen vandaag voor mij naar Nijmegen zijn gereisd!

Mijn nieuwe collega's van de Radboud Universiteit, dank voor de warme ontvangst op de campus. Ook al ben ik er maar één dag per week, ik voel me helemaal thuis bij jullie.

Mijn nieuwe collega's bij verpleeghuis Kalorama in Beek, jullie liefde voor het vak en de bewoners is enorm motiverend. Ik verheug me erop om samen met jullie aan de slag te gaan. Jullie zijn helden!

Deze bijzondere leerstoel is mogelijk gemaakt door zorgorganisatie Kalorama en Stichting Joannes de Deo. Wat goed dat jullie bedachten dat de Kalorama-leerstoel zich niet langer moest richten op de kwaliteit van zorg, maar op degenen die deze zorg moeten leveren en zo op mijn pad kon komen!

Mijn basis ligt in deze universiteit. Docenten van de opleiding Biomedische gezondheidswetenschappen, in het bijzonder prof. dr. Maria Hopman. Mijn promotieteam, prof. dr. Hans Folgering, prof. dr. Chris van Weel, dr. Joost van der Gulden en dr. Jan Vercoulen. Jullie vervulden mijn basisbehoefte aan competentie, veel dank daarvoor.

Ik had hier niet gestaan als ik me niet zo gesteund had gevoeld door de afdeling Sociale geneeskunde van Amsterdam UMC, locatie VUmc. Prof. dr. Allard van der Beek en prof. dr. Han Anema, ik ben heel blij dat jullie mij deze combinatiebaan gunnen. Dank voor de ruimte die jullie me geven en alle kansen die ik de afgelopen elf jaar heb gekregen! De autonomie die ik van jullie krijg, motiveert me enorm.

Lieve ex-promovendi, dr. Robin van Gils, dr. Pieter Coenen, dr. Alwin van Drongelen, dr. Jantien van Berkel, dr. Jennifer Coffeng, dr. Myrthe van Vilsteren, dr. Esther van der Zwet-van der Meer en dr. Bo Havermans, het was fantastisch om jullie promotieproces te mogen begeleiden, ik heb zoveel van jullie geleerd! Lieve promovendi Micky Scharn, Ranu Sewdas, Sigrid Troelstra, Stef Bouwhuis, Astrid Bosma, Ellen Bakker, Rosanne Schaap, Femmy Bijnsdorp, Joke Jansen, Hanneke van Heijster, Paula Pienaar, Lennart van der Zwaan en *last-but-not-least* Ceciel Heijkants; mijn twee banen bij twee universiteiten zijn niet bepaald goed voor mijn al overvolle agenda, maar ik hoop dat jullie meedelen in de energie en inspiratie die deze leerstoel mij brengt. Jullie te mogen begeleiden en te zien groeien als wetenschappers geeft mij enorm veel werkplezier.

Het college van bestuur van de Radboud Universiteit en het bestuur van de Faculteit der Sociale wetenschappen, dank voor jullie vertrouwen in mij. Prof. dr. Michiel Kompier, prof. dr. Sabine Geurts, prof. dr. Ria Nijhuis-van der Sanden en Fieke van Deutekom, wat fijn dat jullie op meerdere fronten zo *open minded* waren en met mij in zee wilden gaan. Ook toen dat betekende dat jullie langer op mij moesten wachten dan voorzien. Dank voor jullie vertrouwen en geduld. Ik voelde mij vanaf het begin verbonden met jullie.

Prof. dr. Paul van den Hof, je weet niet half hoe fijn het is om een hooggeleerde achterneef te hebben die niet alleen elke *vastelaovend* informeert hoe het met mijn academische carrière gaat, maar ook altijd bereid is om even met me mee te denken over zaken die me bezighouden, op de academie en daarbuiten. Paul, *bedank!*

Nienke van Bezooijen, dank voor je hulp bij het vinden van mijn verhaal in de berg informatie die ik in mijn oratie wilde verwerken. Fijn dat we onze samenwerking bij TEDxAmsterdam 2013 en TEDxAmsterdamWomen 2014 bij mijn oratie een vervolg konden geven. Ik hoop dat er snel een volgende keer komt!

Lieve Lydia, ik wist al dat je mooie dingen maakte, maar voor het ontwerp van de beelden en slides bij mijn oratie heb je jezelf echt overtroffen. Wow! Lang leve 'Ontwerp aan de Linie'! (www.ontwerpaandelinie.nl)

Bedankt lieve vriendinnen, vrienden en (schoon-)familie, ik vond het fantastisch om deze werk-mijlpaal samen met jullie te vieren.

Dr. Nicole Theunissen-Boot, lieve Nicole, je bent een top-zus! Wat fijn dat we zoveel met elkaar kunnen delen, dankjewel dat je er voor me bent.

Liefste Arjen, samen met jou is alles leuker, al meer dan twintig jaar. In 2004 schreef ik dit ook al in het dankwoord van mijn proefschrift; wat fijn dat dat vijftien

jaar later nog steeds zo goed voelt. Allerliefste Merel, wat bijzonder dat jij bij mijn oratie op de eerste rij zat. En wat knap dat je zo lang stil kon zitten. Ik ben zo blij dat je bij ons hoort! Ik laat jullie graag zien hoe leuk ik mijn werk vind, én hoe fijn het is om na een dag hard werken bij jullie samen thuis te komen.

Dank voor uw aandacht.

Ik heb gezegd.

LITERATUUR

- Actiz (2019). Feiten en cijfers. <https://www.actiz.nl/feiten-en-cijfers-overzicht>.
- AZW (2018). Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. <https://www.azwinfo.nl/documents>
- Berendsen E & Van Deursen C (2018). Stijging WIA instroom. Amsterdam: UWV Strategie Beleid en Kennis (SBK).
- Boot CR, de Kruif AT, Shaw WS, van der Beek AJ, Deeg DJ, Abma T (2016). Factors Important for Work Participation Among Older Workers with Depression, Cardiovascular Disease, and Osteoarthritis: A Mixed Method Study. *J Occup Rehabil* 26(2):160-72. doi: 10.1007/s10926-015-9597-y.
- Boot CR, Deeg DJ, Abma T, Rijs KJ, Van der Pas S, Van Tilburg TG, Van der Beek AJ (2014). Predictors of having paid work in older workers with and without chronic disease: a 3-year prospective cohort study. *J Occup Rehabil* 24(3):563-72. doi: 10.1007/s10926-013-9489-y.
- CBS - Centraal Bureau voor de Statistiek (2016). Werknemers in de zorg ervaren hoge werkdruk. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/46/werknemers-in-zorg-ervaren-hoge-werkdruk>.
- CBS - Centraal Bureau voor de Statistiek (2018). Pensioenleeftijd werknemers met 5 maanden gestegen. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/25/pensioenleeftijd-werknemers-met-5-maanden-gestegen>.
- De Blok J & Pool A (2010). *Buurtzorg: menselijkheid boven bureaucratie*. Amsterdam: Boom Lemma.
- De Boer AGEM, Geuskens GA, Bültmann U, Boot CRL, Wind H, Koppes LLJ, Frings-Dresen MHW (2018). Employment status transitions in employees with and without chronic disease in the Netherlands. *Int J Public Health* 63(6):713-722. doi: 10.1007/s00038-018-1120-8.
- De Veer AJE, Brandt HE, Schellevis FG, Francke AL (2008). Buurtzorg. Nieuw en toch vertrouwd. Een onderzoek naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen. Utrecht: Nivel.
- De Wind A, van der Noordt M, Deeg DJH, Boot CRL (2018). Working life expectancy in good and poor self-perceived health among Dutch workers aged 55-65 years with a chronic disease over the period 1992-2016. *Occup Environ Med* 75(11):792-797. doi: 10.1136/oemed-2018-105243.
- Deci, E.L. & R.M. Ryan (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E.L. & R.M. Ryan (eds.) (2002). *Handbook of Self-Determination Research*. New York: University of Rochester Press.
- Ernst & Young (2018). Barometer Nederlandse gezondheidszorg. Rendement zorg stijgt ten koste van personeel. [https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/ey-barometer-nederlandse-gezondheidszorg-2018/\\$FILE/ey-barometer-nederlandse-gezondheidszorg-2018.pdf](https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/ey-barometer-nederlandse-gezondheidszorg-2018/$FILE/ey-barometer-nederlandse-gezondheidszorg-2018.pdf).
- FGW advies (2015). Whitepaper Zelfsturing. Loslaten is niet hetzelfde als laten vallen. Utrecht: FGW Bedrijf BV.
- FNV & VAWO (2019). Sociale veiligheid van medewerkers op universiteiten. Onderzoeksresultaten. Amsterdam: Totta research.
- Gray BH, Sarnak DO, Burgers JS (2015). Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. *Commonwealth Fund pub* 1818 (14).
- Havermans BM, Boot CRL, Hoekstra T, Houtman ILD, Brouwers EPM, Anema JR, van der Beek AJ (2018). The association between exposure to psychosocial work factors and mental health in older employees, a 3-year follow-up study. *Int Arch Occup Environ Health* 91(1):57-66. doi: 10.1007/s00420-017-1261-8.

- Heijkants C, Prins M, Willemse B (2018). Leiderschap, zelfsturing en teamsamenwerking in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. Monitor Woonvormen Dementie. Utrecht: Trimbos instituut.
- Joldersma C, Laarman-Wierenga M, Brink M (2016). AZWinfo Arbeid in Zorg en Welzijn 2015. Zoetermeer: Panteia, 2016.
- Kalorama (2008). *Een mooi uitzicht. Kalorama 1958-2008*. Buren: Spijker Drukkerij.
- Ketelaar SM, Schaafsma FG, Geldof MF, Kraaijeveld RA, Boot CRL, Shaw WS, Bültmann U, Anema JR (2017). Implementation of the Participatory Approach for Supervisors to Increase Self-Efficacy in Addressing Risk of Sick Leave of Employees: Results of a Cluster-Randomized Controlled Trial. *J Occup Rehabil* 27(2):247-257. doi: 10.1007/s10926-016-9652-3.
- Leijten FR, de Wind A, van den Heuvel SG, Ybema JF, van der Beek AJ, Robroek SJ, Burdorf A (2015). The influence of chronic health problems and work-related factors on loss of paid employment among older workers. *J Epidemiol Community Health* 69(11):1058-65. doi: 10.1136/jech-2015-205719
- LNVH - Landelijk Netwerk Vrouwelijke Hoogleraren (2019). Harassment in Dutch academia. Exploring manifestations, facilitating factors, effects and solutions. Utrecht: LNVH.
- Mackenbach J (2010). *Ziekte in Nederland*. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018a). Programma Langer Thuis. Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018b). Actieprogramma Werken in de Zorg. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/jaarplannen/2018/03/14/actieprogramma-werken-in-de-zorg>.
- Peters J & Weggeman M (2016). *Het Rijnland-boekje. Wie het weet, mag het zeggen*. Amsterdam: Business Contact.
- Scharn M, van der Beek AJ, Huisman M, de Wind A, Lindeboom M, Elbers CT, Geuskens GA, Boot CR (2017). Predicting working beyond retirement in the Netherlands: an interdisciplinary approach involving occupational epidemiology and economics. *Scand J Work Environ Health* 43(4):326-336. doi: 10.5271/sjweh.3649.
- Scharn M, van der Beek AJ, Suanet B, Huisman M, Boot CRL (2019). Societal participation of individuals aged 55-64 years with and without chronic disease. *Eur J Public Health* 29(1):93-98. doi: 10.1093/eurpub/cky122.
- Sewdas R, van der Beek AJ, de Wind A, van der Zwaan LGL, Boot CRL (2018). Determinants of working until retirement compared to a transition to early retirement among older workers with and without chronic diseases: Results from a Dutch prospective cohort study. *Scand J Public Health* 46(3):400-408. doi: 10.1177/1403494817735223.
- Sewdas R, Vester Thorsen S, Boot CR, Bjorner JB, Van der Beek AJ (2019). Determinants of voluntary early retirement for older workers with and without chronic diseases: a Danish prospective study. *Scand J Public Health*, in druk.
- Van der Boom H (2008). Home Nursing in Europe. Patterns of Professionalisation and Institutionalisation of Home Care and Family Care to Elderly People in Denmark, France, the Netherlands and Germany. Maastricht: Maastricht University.
- Van der Meer EW, Boot CR, van der Gulden JW, Knol DL, Jungbauer FH, Coenraads PJ, Anema JR (2015). Hands4U: the effects of a multifaceted implementation strategy on hand eczema prevalence in a healthcare setting. Results of a randomized controlled trial. *Contact Dermatitis* 72(5):312-24. doi: 10.1111/cod.12313.

- Van der Zwaan GL, Oude Hengel KM, Sewdas R, de Wind A, Steenbeek R, Van der Beek AJ, Boot CRL. The role of personal characteristics, work environment and context in working beyond retirement: a mixed-methods study. *Int Arch Occup Environ Health* 92(4):535-549. doi: 10.1007/s00420-018-1387-3.
- Van Dijk FJH, Van Dormolen M, Kompier MAJ, Meijman TF (1990). Herwaardering model belastbaarheid. *T Soc Gezondheidsz* 68:3-10.
- Van Hooff ML, Geurts SA (2015). Need satisfaction and employees' recovery state at work: A daily diary study. *J Occup Health Psychol* 20(3):377-87. doi: 10.1037/a0038761.
- Van Vilsteren M, Boot CR, Twisk JW, Steenbeek R, Voskuyl AE, Van Schaardenburg D, Anema JR (2017). One Year Effects of a Workplace Integrated Care Intervention for Workers with Rheumatoid Arthritis: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Occup Rehabil* 27(1):128-136. doi: 10.1007/s10926-016-9639-0.
- Vriend S, Heyma A, van der Noordt M, Deeg DJ (2016). Langer doorwerken met arbeidsbeperking - prognose van de arbeidsparticipatie van ouderen tot 2030 in relatie tot gezondheidsontwikkelingen. Amsterdam: SEO.
- Ybema JF, Geuskens GA, van den Heuvel SG, de Wind A, Leijten FRM, Joling C, Blatter BM, Burdorf A, van der Beek AJ, Bongers PM (2014). Study on Transitions in Employment, Ability and Motivation (STREAM): The design of a four-year longitudinal cohort study among 15,118 persons aged 45 to 64 years. *British Journal of Medicine and Medical Research* 4(6):1383-1399.

