

Veranderingen in gezondheid in de overgang van werk naar pensioen: een longitudinale analyse

Hanna van Solinge *

Dit artikel richt zich op veranderingen in de gezondheid in de overgangsfase van werk naar pensioen. De meeste onderzoeken richten zich vooral op de beschrijvingsvraag óf pensionering invloed heeft op de gezondheid. In dit artikel wordt op basis van longitudinaal onderzoek onder 789 werknemers van 55 jaar en ouder nagegaan onder welke omstandigheden bij gepensioneerden sprake is van een verbetering dan wel een verslechtering van de gezondheid. Uit de regressie-analyse komt naar voren dat zowel contextuele factoren (kenmerken van de overgang, hulpbronnen als betekenisgeving (self-efficacy, angst voor pensionering) een rol spelen. Het is belangrijk de wijze waarop oudere werknemers op de pensionering reageren te controleren; oudere werknemers die onvrijwillig met (vervroegd) pensioen gaan en personen die weinig vertrouwen hebben in het eigen vermogen veranderingen in het leven aan te kunnen, vormen op het gebied van de gezondheid een risicogroep.

Trefwoorden: ouderen, gezondheid, verandering in de gezondheid, pensionering, self-efficacy, controle, onderzoeksgegevens, medische consumptie, gezondheidsbeleving

1 Inleiding

Gezondheid scoort hoog als maatschappelijke waarde. Een meerderheid van de Nederlandse bevolking waardeert een goede gezondheid al enige tijd als 'het belangrijkste in het leven'. Dit aandeel is sinds de jaren zestig van de 20ste eeuw sterk toegenomen (Ruwaard, 1993). Ook in relatie tot arbeid is gezondheid een belangrijk thema. Onder werknemers neemt met het ouder worden het belang dat gehecht wordt aan gezondheid toe, terwijl dat van werk en carrière juist afneemt (Henkens & Van Solinge, 2003) en in de besluitvorming rondom stoppen met werken speelt gezondheid een belangrijke rol (o.a.: Henkens, 1999; Henkens & Tazelaar, 1997; Heyma, 2001; Mein et al., 2000).

Dit artikel richt zich op veranderingen in de gezondheid in de overgangsfase van werk naar pensioen. Dit thema is met name in de internationale literatuur reeds vaker en vanuit diverse wetenschappelijke disciplines aan de orde gesteld (zie voor een overzicht: Kasl & Jones, 2000; Minkler, 1981). Het gangbare onderzoek richt zich vooral op de beschrijvingsvraag óf al dan niet pensioneren effect heeft op de gezondheid. De uitgangspunten op dit onderzoeksterrein vertonen een accentverschuiving. Veel van de oudere studies, met name uit de periode 1960-1985, gaan uit van de assumptie dat pensionering

* Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI). Correspondentieadres: H. van Solinge, NIDI, Postbus 11650, 2502 AR Den Haag. E-mail: solinge@nidi.nl

slecht is voor de gezondheid (Ekerdt, 1987; Kremer, 1985). Meer recent wordt onderkend dat pensionering een positieve uitwerking kan hebben op de gezondheid, onder andere doordat men minder stress ervaart en meer tijd kan besteden aan gezonde activiteiten. Onderzoek naar pensionering en gezondheid is dikwijls gebaseerd op cross-sectionele gegevens (bijv.: Drentea, 2002; Herzog, House, & Morgan, 1991). Een vergelijking van de gezondheidssituatie van werkenden en gepensioneerden moet daarbij inzicht geven in de gevolgen van pensionering voor de gezondheid. Ook als wél longitudinale of retrospectieve gegevens beschikbaar zijn, is men vaak vooral geïnteresseerd in veranderingen op groepsniveau. Deze geven echter geen inzicht in individuele determinanten van gezondheidsverandering (bijv.: Bossé, Aldwin, Levenson, & Ekerdt, 1987; Midanik, Soghikian, Ransom, & Tekawa, 1995). De resultaten zijn niet eenduidig, in de zin dat zowel géén effecten (Ekerdt, Baden, Bossé, & Dibbs, 1983; Mein, Martikainen, Hemingway, Stansfeld, & Marmot, 2003), positieve effecten (Vallery-Masson, Poitrenaud, Burnat, & Lion, 1981) en gemengde resultaten (Tuomi, Järvinen, Eskelinen, Ilmarinen, & Klockars, 1991) worden gerapporteerd. Deze diversiteit in uitkomsten suggereert dat pensionering niet categorisch goed of slecht is voor de gezondheid. Of, en de mate waarin pensionering effect heeft op de gezondheid lijkt veeleer individueel bepaald en persoonlijke kenmerken alsook de pensioneringscontext spelen daarbij een rol (Bossé, Aldwin, Levenson, & Workman-Daniels, 1991). Dit artikel richt zich niet zozeer op de vraag of pensionering goed of slecht is voor de gezondheid, maar worden de condities onderzocht waaronder pensionering tot een verbetering dan wel verslechtering van de gezondheid leidt.

Gezondheid is een breed begrip, zoals kan worden geïllustreerd met de definitie van de World Health Organization (WHO) die sinds 1946 wordt gehanteerd.¹ Deze brede oriëntatie vinden we terug in onderzoeksliteratuur inzake pensionering, waarin van een veelheid aan gezondheidsconcepten gebruik wordt gemaakt. De gehanteerde meetinstrumenten zijn ófwel gebaseerd op meer objectieve gegevens, zoals de aanwezigheid van ziekten of gezondheidsklachten vastgesteld in medisch onderzoek (Ekerdt, Baden et al., 1983; Vallery-Masson et al., 1981), of gerapporteerd door de persoon zelf (Bossé et al., 1987), ófwel expliciet gebaseerd op subjectieve gegevens, zoals de ervaren gezondheid (Ekerdt, Bossé, & LoCastro, 1983; Kremer, 1985). De meetinstrumenten lijken verschillende aspecten van gezondheid te meten. Ouderen die in objectieve zin als ongezond beoordeeld worden (medische diagnose van aandoeningen/ziekten), voelen zich niet per definitie ook ongezond (Helmer, Barberger-Gateau, Letteneur, & Dartigues, 1999). Personen die aangeven zich fysiek beter te voelen na pensionering zijn dat in meer objectieve zin niet noodzakelijkerwijze ook (Ekerdt, Bossé et al., 1983). Het feit dat de bevindingen kunnen verschillen afhankelijk van het gehanteerde meetinstrument pleit voor een brede benadering van gezondheid, waarbij naast objectieve ook meer subjectieve gezondheidsmaten worden opgenomen. Wellicht is voor de oudere werknemers *zelf* de beleving van de eigen gezondheid relevanter dan de meer objectief vastgestelde of 'feitelijke' gezondheid. In dit artikel worden drie aspecten van gezondheid onderscheiden, namelijk (1) medische consumptie, (2) aanwezigheid en ernst van gezondheidsklachten en (3) ervaren gezondheid. Van de eerste twee wordt hier verondersteld dat zij min of meer objectieve registraties van de gezondheid van de oudere werknemers zijn. De andere is uitdrukkelijk subjectief, en is gebaseerd op de eigen perceptie en evaluatie van de gezondheidssituatie door de oudere werknemer zélf.²

In dit artikel staan drie onderzoeksvragen centraal. De eerste is van beschrijvende aard en richt zich op de vraag in welke mate zich bij de ondervraagden in de overgang van werk naar pensioen veranderingen voordeden in de gezondheid. De tweede vraag betreft de condities waaronder zich bij de ondervraagden veranderingen (verbetering dan wel verslechtering) in de gezondheid voordeden. De derde richt zich op de vraag in hoeverre de bevindingen uiteenlopen voor de drie onderscheiden aspecten van gezondheid.

Voor dit artikel is gebruikgemaakt van de resultaten van een in 1995 en 2001 door het NIDI uitgevoerd longitudinaal onderzoek onder bijna 800 werknemers van 55 jaar en ouder van Unilever en VendexKBB en hun eventuele (huwelijks)partners. De ondervraagden waren bij het onderzoek in 1995 nog werkzaam op de arbeidsmarkt. Bij het herhalingsonderzoek in 2001 waren (behoudens vier personen)³ alle oudere werknemers inmiddels met de VUT of (pre)pensioen. Het gering aantal personen dat tussen de basismetings- en de follow-up niet stopte met werken impliceert dat geen vergelijking kon worden gemaakt tussen gepensioneerden en personen van vergelijkbare leeftijd die *niet* met (vervroegd) pensioen gingen.

2 Theoretische achtergrond

Het onderzoek naar de gevolgen van transities of ingrijpende levensgebeurtenissen voor gezondheid en welbevinden is sterk geïnspireerd door de zogenaamde *stressful life event approach* (Pearlin, 1989; Wortman, Cohen Silver, & Kessler, 1993). Binnen de literatuur kunnen een drietal onderzoekslijnen worden onderscheiden (Schwarzer & Schulz, 2002).

Het zogenaamde *'response based perspective'*, dat richtinggevend is voor veel bio-medisch stress-onderzoek, gaat uit van de assumptie dat iedere ingrijpende gebeurtenis leidt tot stress. Stress kan vervolgens tot meer of minder ernstige veranderingen in de gezondheid leiden (Seyle, 1956). Onderzoekers zijn niet zozeer geïnteresseerd in de aard van de stressor, maar vooral in de (fysiologische) response en het ontstaan van klachten en ziekten. Een deel van het epidemiologisch onderzoek naar de effecten van pensionering op gezondheid hanteert impliciet of expliciet dit stress-model. Men onderzoekt de invloed van pensionering op de gezondheid door de gezondheidssituatie van gepensioneerden te vergelijken met die van personen die niet stopten met werken. De gehanteerde modellen zijn relatief eenvoudig: er wordt hooguit gecontroleerd voor een beperkt aantal sociaal-demografische variabelen (bijv.: Mein et al., 2003; Tuomi et al., 1991).

In het zogenaamde *'stimulus based perspective'* bestudeert men weliswaar ook responses op het vlak van gezondheid, maar ligt de nadruk op de stress veroorzakende gebeurtenis (stressor of stimulus). Het gehanteerde model is complexer, doordat verondersteld wordt dat niet alle gebeurtenissen even stressvol zijn; gebeurtenissen zijn stressvoller naarmate ze grotere veranderingen tot gevolg hebben en dus meer aanpassing vereisen. Binnen deze onderzoekstraditie richt men zich op het empirisch vaststellen van de 'objectieve' ingrijpendheid van gebeurtenissen. Dit gebeurt door proefpersonen te laten beoordelen hoeveel stress c.q. aanpassing een bepaalde gebeurtenis met zich meebrengt. Op basis van de gemiddelde waarden wordt een rangorde of classificatie van ingrijpende gebeurtenissen samengesteld (bijv.: Holmes & Masuda, 1974; Holmes & Rahe, 1967; Miller & Rahe, 1997). Binnen deze onderzoekstraditie probeert men het ontstaan van gezondheidsproblemen te

verklaren op basis van de 'objectieve ingrijpendheid' van levensgebeurtenissen. Hoewel bij de totstandkoming van de classificatie expliciet wordt onderkend dat er individuele verschillen zijn in de aanpassing aan levensgebeurtenissen, speelt het individu in deze benadering verder een passieve rol. De ingrijpendheid wordt dus extern bepaald en geldt ongeacht de individuele waardering.

De derde onderzoekslijn is de zogenaamde '*cognitive stress approach*'. In deze benadering wordt het individu verondersteld een actieve rol te spelen in de relatie tussen de gebeurtenis (life event) en de uitkomst (gezondheid), doordat hij/zij een (cognitieve en evaluatieve) waardering of betekenis toekent aan de gebeurtenis. De gebeurtenis wordt beoordeeld op basis van haar betekenis voor het persoonlijk welbevinden en op basis van de mogelijkheden waarover men denkt te beschikken om ermee om te gaan (Lazarus & Folkman, 1984). De gehanteerde modellen zijn complexer, doordat wordt verondersteld dat niet alleen de 'objectieve' ingrijpendheid van de gebeurtenis bepaalt of en in welke mate een gebeurtenis stressvol is, maar dat de impact van de gebeurtenis ook wordt bepaald door de toegang die een individu heeft tot hulpbronnen en door de betekenis die hij/zij toekent aan die gebeurtenis. Ook kan vastgesteld worden dat de hiervoor beschreven onderzoekslijnen niet strijdig zijn, maar eerder aanvullend. Zij verschillen vooral in de robuustheid van de onderliggende modellen, en dus in de gehanteerde vereenvoudigende assumpties.

3 Conceptueel model en hypothesen

Het in dit artikel gehanteerde conceptueel model combineert inzichten uit de drie hiervoor besproken perspectieven. De veronderstelling is dat zowel contextfactoren als individuele betekenisgeving een rol spelen bij het optreden van gezondheidsveranderingen na pensionering. Bij de verklaring van veranderingen in gezondheid wordt een stapsgewijze aanpak gevolgd. In de eerste stap, die in zekere zin aansluit bij de 'stimulus based perspective', wordt verondersteld dat vooral kenmerken van de gebeurtenis of de transitie (ingrijpend of minder ingrijpend) bepalend zijn of pensionering effect heeft op de gezondheid. In de tweede stap wordt gesteld dat het effect van pensionering op gezondheid óók wordt bepaald door de kenmerken van het werk van waaruit men pensioneert. In de derde stap wordt verondersteld dat naast eerdergenoemde factoren, óók de toegang die een individu heeft tot hulpbronnen een rol speelt bij het verklaren van gezondheidseffecten van pensionering. Kenmerken van de gebeurtenis, kenmerken van het werk en hulpbronnen vormen tezamen de *context* waarin de transitie plaatsvindt. In de vierde stap, die elementen bevat van de '*cognitive stress approach*', is de veronderstelling dat – náást de context – de *individuele betekenis* die door de oudere werknemer aan pensionering wordt toegekend een rol speelt bij de verklaring van gezondheidsveranderingen na pensionering. De verschillende elementen zullen hierna worden uitgewerkt.

3.1 Kenmerken van de transitie

Niet alle gebeurtenissen zijn even ingrijpend of stressvol. Gebeurtenissen zijn stressvoller naarmate ze grotere veranderingen tot gevolg hebben, en dus meer aanpassing vereisen. Zo zal naar verwachting een pensionering na een langdurig arbeidsverleden een grotere verandering betekenen dan bij een kortere of meer versnipperde loopbaan (*hypothese 1a*). De mate van ingrijpendheid van een gebeurtenis wordt mede bepaald door kenmerken als de gewenstheid, de

mate van controle, de voorspelbaarheid en de onomkeerbaarheid (Thoits, 1983). Gewenstheid, voorspelbaarheid en controle over de uittrede uit het arbeidsproces zijn zaken die sterk met elkaar samenhangen en mede bepalend zijn voor de mate van vrijwilligheid van de transitie. Individuen passen zich gemakkelijker aan aan geplande, verwachte en vrijwillige veranderingen (Moen, 1996; Van Solinge & Henkens, 2005) en personen voor wie de uittrede uit het arbeidsproces onvoorzien en onvrijwillig was, rapporteren een slechtere gezondheid na pensionering dan degenen die vrijwillig stopten (Herzog et al., 1991; Marshall, Clarke, & Ballantyne, 2001). Verondersteld wordt dat de kans op een gezondheidsverslechtering na pensionering groter is naarmate de uittreding minder vrijwillig was (*hypothese 1b*).

Veranderingen in een bepaald levensdomein gaan soms samen met veranderingen op andere terreinen (Moen, 1996; Mulder & Hooimeijer, 1999). Vaak is er zelfs sprake van een duidelijke samenhang, zoals bijvoorbeeld bij pensioenmigratie: de uittrede uit het arbeidsproces wordt aangegrepen om naar een andere woonomgeving te verhuizen. Een centrale assumptie gehanteerd binnen het 'stimulus based perspective' is dat vooral de totale hoeveelheid verandering relevant is bij het ontstaan van stress (Holmes & Masuda, 1974; Thoits, 1983). Als een bepaalde gebeurtenis in de tijd samengaat met veranderingen op andere levensterreinen zoals een verhuizing, een ernstige ziekte in de familiekring, of het verlies van de partner, heeft dat meer impact. De verwachting is dat de kans op een gezondheidsverslechtering groter is naarmate men in de periode rondom pensionering meer andere transitie's meemaakte (*hypothese 1c*).

3.2 Kenmerken van het werk

Ingrijpende gebeurtenissen of transitie's gaan gepaard met zowel winst als verlies. De balans van winst en verlies zal voor ieder individu verschillend zijn (Murray Parkes, 1993). Stoppen met werken zal niet voor alle oudere werknemers eenzelfde gebeurtenis zijn. 'Objectieve' kenmerken van het werk, zoals de werkdruk, de fysieke belasting en de mate van uitdaging spelen daarbij een rol (Wheaton, 1990). De pensionering zal meer winst opleveren voor werknemers naarmate zij zwaarder (*hypothese 2a*) en stressvoller (*hypothese 2b*) werk hebben. De pensionering kan dan een opluchting of bevrijding zijn. In deze situaties bestaat een grotere kans op een gezondheidsverbetering. Naarmate de intrinsieke waarde van het werk groter is, doordat het werk aantrekkelijker is en meer uitdaging biedt (*hypothese 2c*), en naarmate het beroepsprestige hoger is (*hypothese 2d*), zal daarentegen het verlies door pensionering groter zijn. Onder deze conditie is pensionering juist stressvoller en is er een grotere kans op een gezondheidsverslechtering.

3.3 Hulpbronnen

Vergelijkbare ingrijpende gebeurtenissen (stressoren) leiden niet noodzakelijkerwijze tot dezelfde uitkomsten. Sommige personen zijn kwetsbaarder voor veranderingen en stress en daardoor ontvankelijker voor gezondheidsproblemen dan anderen. Kwetsbaarheid wordt mede bepaald door de toegang die een individu heeft tot hulpbronnen, of resources. Met name sociale hulpbronnen (steun van de partner en sociale contacten) en financiële hulpbronnen lijken daarbij van belang (Wortman et al., 1993). Deze hulpbronnen kunnen worden ingezet om negatieve consequenties van een ingrijpende gebeurtenis te verzachten of zelfs geheel te compenseren en spelen daarmee een rol als mediator (bufferfunctie) in het aanpassingsproces. Dit impliceert dat de kans op een gezondheidsverslechtering na pensionering groter is naarmate men minder

toegang heeft tot de hulpbronnen, dat wil zeggen als men geen partner heeft (*hypothese 3a*), een groter deel van het sociaal netwerk nog werkzaam is (*hypothese 3b*) en het huishoudinkomen lager is (*hypothese 3c*). Met betrekking tot steun door de partner zal worden nagegaan in hoeverre de aanwezigheid van een partner als zodanig een bufferfunctie heeft, of dat met name de kwaliteit van de relatie (afgemeten aan de mate waarin gezamenlijke activiteiten worden ondernomen) van belang is. Hobfoll (1989) stelt dat niet zozeer de beschikbaarheid of toegang tot hulpbronnen als zodanig, maar veel eerder de verandering in het niveau van hulpbronnen (met name verlies) bijdraagt aan het ontstaan van stress, vooral als die verliezen niet gecompenseerd kunnen worden. Dit impliceert dat de kans op een gezondheidsverslechtering na pensionering groter is naarmate de achteruitgang in financiële positie groter is (*hypothese 3d*).

3.4 Individuele betekenis

Binnen de pensioneringsliteratuur wordt in toenemende mate onderkend dat individuen in hun gedrag niet alleen reageren op objectieve kenmerken van de situatie (de context), maar dat het gedrag mede wordt beïnvloed door de betekenis die aan een situatie of gebeurtenis wordt toegekend (zie bijv.: Moen, 1996; Taylor & Cook, 1995). Werknemers met negatieve verwachtingen ten aanzien van stoppen met werken zijn geneigd de pensionering uit te stellen (Barnes-Farrell, 2003; Fletcher & Hansson, 1991; Henkens, 1999; Henkens & Tazelaar, 1997). Werknemers met angst voor pensionering hebben meer moeite met de aanpassing aan een niet-werkzaam leven (Van Solinge & Henkens, 2005). De verwachtingen van oudere werknemers zullen van invloed zijn op de mate waarin de pensionering als stressvol wordt ervaren. Naarmate oudere werknemers meer tegen stoppen met werken opzien, zullen zij bij pensionering meer stress ervaren, hetgeen ook de kans op een gezondheidsverslechtering doet toenemen (*hypothese 4a*).

Uit diverse studies blijkt dat zelfsturing, het gevoel regie te hebben over transitie en gebeurtenissen een belangrijke rol speelt bij de aanpassing aan nieuwe omstandigheden (bijv.: Gall, Evans, & Howard, 1997; Heckhausen & Schulz, 1995; Kim & Moen, 2001; Taylor & Cook, 1995). Oudere werknemers die vertrouwen hebben in het eigen vermogen om veranderingen effectief het hoofd te bieden (self-efficacy) hebben minder moeite met de aanpassing aan de pensionering (Van Solinge & Henkens, 2005). Self-efficacy lijkt van invloed op de wijze waarop individuen omgaan met stressvolle gebeurtenissen. Oudere werknemers die minder het idee hebben dat zij veranderingen aankunnen zullen bij pensionering meer stress ervaren. Hierdoor is de kans op een gezondheidsverslechtering groter (*hypothese 4b*).

4 Methode

4.1 Data

De gegevens zijn afkomstig uit een longitudinaal onderzoek naar uittredegedrag van werknemers van 55 jaar en ouder werkzaam bij diverse werkmaatschappijen en bedrijfsonderdelen van Unilever Nederland BV en Koninklijke Bijenkorf Beheer (thans VendexKBB) (zie: Henkens & Van Solinge, 2003, Bijlage 1 voor een overzicht). Het onderzoek kent twee meetmomenten. In 1995 werden alle werknemers van 55 jaar en ouder en hun eventuele partners benaderd. De deelnemers aan dit onderzoek (N = 1.308) werd gevraagd naar

plannen met betrekking tot het tijdstip en de gewenste vorm van uittreden. Naast demografische achtergrondinformatie van de werknemer, is informatie verzameld over de werksituatie en de werkbeleving, de gezondheid, de financiële situatie, alsmede verwachtingen die bestaan ten aanzien van de gevolgen van uittreden (zie voor verdere details: Henkens, 1998). In 2001 werd een vervolgstudie uitgevoerd onder de participanten van het onderzoek in 1995. Behoudens vier personen waren alle oudere werknemers inmiddels (vervroegd) uitgetreden. Aan de ex-werknemer is gevraagd hoe de overgang naar een niet-arbeidzaam leven is verlopen. Bijvoorbeeld: is men vrijwillig gestopt met werken? Hoeveel moeite kostte de overschakeling? Verder is informatie verzameld over de financiële situatie, gezondheid, vrije tijd, sociale contacten. In totaal werden in 2001 voor de follow-up 1.058 vragenlijsten verzonden; 250 deelnemers aan het eerste onderzoek konden niet worden benaderd, omdat in de tussentijd het bedrijfsonderdeel waar zij werkten was overgenomen door een andere onderneming en verdere adresgegevens ontbraken, of omdat zij inmiddels waren overleden. De deelname in 2001 was vergelijkbaar met die in 1995: 75 procent van de ex-werknemers zond de vragenlijst retour. In totaal is informatie verkregen over 789 personen die recent zijn uitgetreden uit het arbeidsproces; 58% van de respondenten is van het mannelijk geslacht. De gemiddelde leeftijd in 1995 was 57,1 jaar; op het moment van ondervraging in 2001 bedroeg de gemiddelde periode na uittrede 3,7 jaar. De resultaten van de gevoeligheidsanalyse wijzen uit dat er geen sprake is van selectieve non-response: er zijn geen significante verschillen tussen de respondenten en de non-respondenten op in 1995 gemeten onafhankelijke variabelen. De vragenlijst bevatte vrijwel uitsluitend gesloten vragen. De item non-response was laag (minder dan 3% gemiddeld). Missende waarden zijn vervangen door gemiddelde waarden van de variabelen, berekend op basis van niet-ontbrekende waarden (Anderson, Baselevsky, & Hume, 1983).

4.2 Meetinstrumenten

Er worden drie aspecten van gezondheid onderscheiden, namelijk medische consumptie, aanwezigheid en ernst van langdurige aandoeningen en ervaren gezondheid. In navolging van onder andere (Kremer, 1985 en Muller & Boaz, 1988) wordt ervan uitgegaan dat gezondheidsproblemen tot uiting komen in *medische consumptie*: het gebruik van medische voorzieningen, zoals bezoek aan de huisarts en/of medisch specialist en gebruik van medicijnen. Zowel in 1995 (pre-) als in 2001 (post-pensioen) zijn gegevens verzameld over het laatste huisartsbezoek (wel/niet; kort/lang geleden), het aantal contacten met de huisarts de afgelopen twee maanden, behandeling door en/of contacten met een medisch specialist en het gebruik van door een arts voorgeschreven medicijnen gedurende de laatste twee weken (wel/niet). Door sommatie van de gestandaardiseerde en ongewogen antwoorden op deze vijf vragen is een schaal geconstrueerd ($\alpha = 0.67$ in 1995; $\alpha = 0.72$ in 2001). De schaal is vervolgens lineair getransformeerd, zodat deze loopt van 0 (zeer geringe) tot 10 (zeer hoge medische consumptie).

Aanwezigheid en ernst van langdurige aandoeningen. Aan de oudere werknemers is zowel in 1995 als in 2001 gevraagd of hij/zij doorlopende gezondheidsklachten hadden, en deze te omschrijven. De antwoorden op deze open vraag zijn gecodeerd op basis van een gemodificeerde versie van de 'Seriousness of Illness Rating Scale' (SIRS) (Wyler, Masuda, & Holmes, 1967, gemodificeerd door Bossé, Aldwin, Levenson & Ekerdt, 1987). Deze schaal kent aan een groot aantal ziekten en aandoeningen een waarde toe die corres-

Tabel 1 Gemiddelde (M), Standaarddeviatie (SD), Algoritme, Bewoording van Survey vragen en Psychometrische eigenschappen van de onafhankelijke variabelen (N=789)

	M	SD	Algoritme	Bewoording	Psychometrische eigenschappen
Tijd verstrekken sinds pensionering	3,7	1,6	Aantal jaren tussen uittrede en interview		n.a.
Gezondheid als reden pensionering	0,06	0,2	Dummy (1= ja)	Subvraag alleen gesteld aan personen die aangaven dat zij (deels) onvrijwillig waren gestopt met werken. • 'Wat was het dat maakte dat uw beslissing onvrijwillig was?' (b) Mijn gezondheid (0= nee, 1 = ja)	
CONTEXT					
Kenmerken transitie				Vraag: • Hebt u de beslissing om (vervroegd) uit te treden geheel vrijwillig genomen, of niet? (2 antwoordcategorieën: 1= ja, 2= nee (deels) onvrijwillig)	Alpha= 0.84
Mate van onvrijwilligheid	3,3	2,7	4-itemschaal in de range 0 = vrijwillig, tot 10 = onvrijwillig	Items: • 'Ik ben eigenlijk met tegenzin met werken gestopt' • 'De keuze om te stoppen met werk was geheel vrijwillig' • 'Ik had best wat langer willen doorwerken' (5 antwoordcategorieën van 1= helemaal mee eens tot 5= helemaal oneens)	
Lengte arbeidsloopbaan	39,6	0,8	Continue variabele loopt van 7 tot 51	Aantal jaren op de arbeidsmarkt geparticipeerd	n.a.
Aantal gelijktijdige gebeurtenissen	0,6	0,7	Som van aantal meege-maakte gebeurtenissen tussen t1 en t2	Heeft u sinds het vorige onderzoek in 1995 één of meer van de onderstaande gebeurtenissen meegemaakt: verhuizing, overlijden partner, echtscheiding, ernstige ziekte van een familielid	n.a.
Kenmerken werk					
Zwaar werk	0,24	0,4	Dummy (1= zwaar werk)	Kenmerk voor huidige baan is: Lichamelijk zwaar werk en/of slechte arbeidsomstandigheden (lawaai, stank, tocht)	n.a.
Werkdruk	3,1	0,9	3-itemschaal in de range 1= weinig werkdruk tot 5 = veel werkdruk	Items: • 'De werkdruk is wel eens zo hoog dat dit tot spanningen leidt' • 'De hoeveelheid werk is soms te groot om alles goed te kunnen doen' • 'Ik moet vaak op mijn tenen lopen om goede prestaties te leveren' (5 antwoordcategorieën van 1= helemaal mee eens tot 5= helemaal oneens)	Alpha = 0.87
Uitdaging in het werk	2,3	1,4	3-itemschaal in de range 1= weinig uitdaging tot 5 = veel uitdaging	Vraag: Kenmerk huidige baan is: veel uitdagende taken (ja/nee) Items: • 'Het werk dat ik doe is de laatste jaren routine geworden' • 'Het werk dat ik doe biedt de laatste jaren weinig uitdaging' (5 antwoordcategorieën van 1= helemaal mee eens tot 5= helemaal oneens)	Alpha = 0.70
Beroepsprestige (t1)	39,6	16,4		Gecodeerd op basis van de CBS Beroepsclassificatie 1992; De scores op de SBC92 zijn gecodeerd naar beroepsprestigieschaal van Sixma & Ultee (1983)	n.a.

Tabel 1 Vervolg

	M	SD	Algoritme	Bewoording	Psychometrische eigenschappen
<i>Hulpbronnen</i>					
Huishoudinkomen (t1)	36,1	22,3	Som van het nettojaarinkomen van de oudere werknemer en dat van de eventuele partner 6 tot 154 (*1.000 €)	Inkomensgegevens van de werknemer zijn verstrekt door de salarisadministratie van de betreffende bedrijven. Inkomensgegevens partner zijn afkomstig uit de vragenlijst.	n.a.
Replacement rate	81,3	3,2	Continue variabele loopt van 68,8 tot 88,4	Netto replacement rate: percentage van het maandelijks salaris dat men ontvangt na uitrede (verkregen via salarisadministratie betreffende bedrijf)	n.a.
Support van de partner (t1)	0,2	0,4	Drie dummy's Respondent heeft geen partner Partner, weinig interactie	Op basis van burgerlijke staat en huishoudsituatie en informatie over de mate van interactie tussen de beide partners	n.a.
Aandeel gepensioneerden in sociaal netwerk (t1)	0,4 0,4 3,1	0,5 0,5 1,0	Partner, weinig interactie 2-itemschaal in de range 1= meeste personen in sociaal netwerk op de arbeidsmarkt tot 5= meeste personen uitgetreden	Items: • Het grootste deel van mijn vrienden werkt niet meer • Het grootste deel van mijn broers en zussen werkt niet meer (5 antwoordcategorieën van 1= helemaal mee eens tot 5= helemaal oneens; codering omgekeerd)	Alpha= 0.53
BETEKENIS					
Mate van missen werk (t1)	2,3	0,7	Op basis van somscore. Waarden lopen van 1 (zeer weinig) tot 5 (zeer sterk)	Vraag: Wilt u bij elk hieronder genoemd aspect aangeven in hoeverre u dit denkt te missen als u vervroegd stopt met werken: Geld, sociale contacten, aanzien, eigenwaarde, een regelmatig leven, levensinvulling. (5 antwoordcategorieën van 1= heel erg tot 5= niet; codering omgekeerd)	Alpha= 0.80
Self-efficacy (t2)	6,4	1,9	4-itemschaal in de range 0= laag niveau self efficacy tot 10= hoog niveau	Verkorte versie van de General Self-Efficacy Scale (Scherer et al. 1982). Items: • 'Wanneer ik iets beslissen wil gaat het meestal fout' • 'Ik twijfel aan mijzelf' • 'Wanneer ik de indruk heb dat iets ingewikkeld is, begin ik er niet aan' • 'Wanneer ik plannen maak, ben ik er ook van overtuigd dat ik ze met succes zal uitvoeren' (5 antwoordcategorieën van 1= helemaal mee eens tot 5= helemaal oneens)	Alpha= 0.57

pondeert met de ernst ervan. De waarden zijn door medisch experts toegekend op basis van factoren als prognose, duur, levensbedreiging, fysieke belemmering en mate van ongemak (Wyler et al., 1967) en lopen van 03 (verkoudheid) tot 124 (kanker). In geval van multi-morbiditeit is de aandoening met de hoogste score geselecteerd.

Ervaren gezondheid is gebaseerd op een enkelvoudige vraag naar de subjectieve inschatting van de algemene gezondheidstoestand: 'Hoe is het in het algemeen met uw gezondheid?'. De antwoordmogelijkheden omvatten vijf categorieën lopend van 1 'zeer goed' tot 5 'zeer slecht'. Zelf ervaren gezondheid is thans in Europees verband de meest gebruikte gezondheidsmaat. Ondanks het algemene karakter is het een goed bruikbare en discriminerende maat. Ervaren gezondheid voegt iets toe aan metingen die worden verkregen met meer objectieve metingen van gezondheidsklachten (Deeg & Bath, 2003; Van Sonsbeek, 1996). Een slechte ervaren gezondheid hangt samen met een verhoogd risico op sterfte. Deze relatie blijft overeind als wordt gecontroleerd voor een groot aantal factoren waarvan bekend is dat ze met sterfte samenhangen, zoals objectieve gezondheidsmaten en leefstijlfactoren (Benyamini & Idler, 1999; Idler, Hudson, & Leventhal, 1999).

Informatie over de gebruikte onafhankelijke variabelen is te vinden in tabel 1. Hulpsbronnen, kenmerken van het werk en de mate waarin men werk denkt te gaan missen zijn afkomstig uit de basismeting (t1). Transitiekenmerken en veranderingen in hulpsbronnen zijn afkomstig uit de follow-up (t2). De maat voor self-efficacy was helaas alleen beschikbaar in de follow-up. De hier gebruikte maat meet het vertrouwen in de eigen mogelijkheden om veranderingen *in algemene zin* effectief het hoofd te bieden (Sherer et al., 1982). Dit in tegenstelling tot meer *domein-specifieke* maten, die een verwijzing bevatten naar specifieke situaties of specifiek gedrag. Hoewel self-efficacy deels wordt beïnvloed door eerdere ervaringen in het leven, blijkt dat self-efficacy in algemene zin redelijk stabiel is in de tijd (Hofstetter, Sallis, & Hovell, 1990). Het gebruiken van deze maat als een onafhankelijke variabele in het verklaringsmodel lijkt hiermee gerechtvaardigd.

4.3 Analyseprocedure

Om na te gaan onder welke condities pensionering leidt tot een verandering (verbetering dan wel verslechtering) van de gezondheid wordt gebruikgemaakt van OLS-regressie modellen. Het gehanteerde model is een zogenaamd '*conditional change model*', waarbij de waarde op de betreffende gezondheidsmaat op t2 wordt voorspeld op basis van de waarde op diezelfde variabele op t1, de diverse onafhankelijke variabelen en een random error term (Finkel, 1995). Met behulp van robuuste regressie-analyse zijn standaardfouten geschat met de Huber/White/sandwichmethode (Huber, 1967; STATA, 2003). Omdat er wordt gecontroleerd voor de effecten van de gezondheid van de oudere werknemer op t1, kunnen de significante effecten van de onafhankelijke variabelen worden geïnterpreteerd als factoren die een rol spelen bij de veranderingen in gezondheid. Hoge waarden op de afhankelijke variabelen duiden op een verslechtering in de gezondheid, lagere waarden op een verbetering.⁴

Naast gezondheid in 1995 is een aantal andere controlevariabelen opgenomen. Om te controleren voor het feit dat de kans op gezondheidsklachten toeneemt met het ouder worden, is leeftijd opgenomen. Geslacht is opgenomen omdat in met name de Amerikaanse literatuur wordt verondersteld dat de overgang van werk naar pensioen voor vrouwen gemakkelijker verloopt.⁵ Om te controleren voor mogelijke tijd- of faseafhankelijke variatie in gezondheid, zoals

bijvoorbeeld wordt gesuggereerd door Atchley (1976) en Gall et al. (1997), is een maat voor de tijd verstreken tussen moment van pensionering en de follow up opgenomen. Om te controleren voor gezondheidsveranderingen voorafgaande aan de pensionering én onvrijwillige pensionering vanwege een slechte gezondheidssituatie (zie ook: Szinovacz & Davey, 2005) is een variabele opgenomen die aangeeft of de oudere werknemer (deels) onvrijwillig is uitgetreden vanwege gezondheidsredenen.

5 Resultaten

5.1 Beschrijvende analyse

Tabel 2 geeft een overzicht van de gezondheidssituatie van de oudere werknemers zoals gerapporteerd in 1995, vóór pensionering, en in 2001 ná pensionering. De tabel maakt duidelijk dat er verschillen zijn in medische consumptie in de pre- en post-pensioenfase. Het aandeel ouderen dat onder controle is van een medisch specialist neemt af van 48 naar 31 procent ($\chi^2 = 47.6$, $df = 1$, $p < 0.01$); en het gebruik van medicijnen van 52 naar 46 procent ($\chi^2 = 5,56$ $df = 1$, $p < 0.05$). Ook de gemiddelde score op de schaal voor medische consumptie is in 2001 lager dan in 1995, hetgeen duidt op een afname. De gemiddelde ernst van de langdurige aandoeningen is in 2001 hoger dan in 1995, hetgeen duidt op een lichte toename in de (geobjectiveerde) ernst van de klachten. Deze toe-

Tabel 2 *Score op de drie onderscheiden aspecten van gezondheid in 1995 en 2001, percentages (N = 789)*

	1995 vóór pensioen	2001 na pensioen
Medische consumptie		
<i>'Hoe lang is het geleden dat u voor het laatst de huisarts bezocht?' (*)</i>		
Minder dan twee maanden	33	34
Tussen twee maanden en een jaar	41	43
Langer dan een jaar	26	23
Totaal	100	100
<i>'Bent u onder behandeling of controle van een medisch specialist?' (% ja)</i>		
	48	31
<i>'Heeft u de laatste twee weken een door een arts voorgeschreven medicijnen gebruikt?' (% ja)</i>		
	52	46
Gemiddelde waarde 'Medische consumptie'		
(0 zeer gering-10 zeer hoog)	2,2	2,0
Aanwezigheid gezondheidsklachten		
Gemiddelde waarde 'Ernst langdurige aandoeningen' (*)		
(3 verkoudheid-124 kanker)	33,3	34,0
Subjectief ervaren gezondheid		
<i>'Hoe is het in het algemeen met uw gezondheid?'</i>		
(Erg) goed	82	86
Niet goed/niet slecht	14	11
(Erg) slecht	4	3
Totaal	100	100
Gemiddelde waarde 'Subjectief Ervaren Gezondheid'		
(1 zeer goed - 5 zeer slecht)	1,9	1,8

(*) verschillen tussen 1995 en 2001 niet significant

name is echter niet significant. De beoordeling van de eigen gezondheid (zelf ervaren gezondheid) ná pensionering is daarentegen iets positiever in 2001 – na uittrede, dan toen men nog werkte ($\chi^2 = 6.44$, $df = 2$, $p < 0.05$). Het gemiddeld genomen licht positieve beeld dat uit bovenstaande resultaten naar voren komt, verhult een aanzienlijke diversiteit. Tegenover de groep oudere werknemers waarbij de gezondheid verbetert (circa 25-35%, niet in tabel), staat een groep (circa 10-20%, niet in tabel) waarbij duidelijk sprake is van een verslechtering van de gezondheid.

5.2 Multivariate analyse

Tabel 3 bevat de uitkomsten van de regressieanalyses ter verklaring van veranderingen in gezondheid in de overgang van werk naar pensioen. Voor alle drie de afhankelijke variabelen zijn vier modellen geschat die van elkaar verschillen in de mate van spaarzaamheid. In het eerste model zijn, naast de waarde op de betreffende afhankelijk variabele op t1 en een aantal sociaal-demografische controlevariabelen alleen de kenmerken van de transitie opgenomen (model 1). In het tweede model worden kenmerken van het werk toegevoegd (model 2). In het derde model wordt de toegang tot hulpbronnen toegevoegd (model 3). In het vierde model, ten slotte, wordt nagegaan welke bijdrage individuele betekenisgeving levert aan de verklaring van veranderingen in gezondheid in de overgang van werk naar pensioen (model 4). Door de stapsgewijze aanpak kan worden nagegaan in hoeverre minder spaarzame en dus meer complexe modellen een substantiële en significant betere verklaring leveren van veranderingen in gezondheid na pensionering. Daarnaast kan expliciet worden nagegaan in hoeverre betekenisgeving – naast de context – een eigen, onafhankelijke en substantiële rol speelt bij de verklaring van veranderingen in gezondheid.

Uit de resultaten voor model 1 in tabel 3 blijkt dat *kenmerken van de transitie* een rol spelen bij de verklaring van veranderingen in medische consumptie (model 1A) en ervaren gezondheid (model 1C). Onvrijwillige uittrede hangt negatief samen met ervaren gezondheid. De kans dat een oudere werknemer de gezondheid als slechter ervaart na pensionering is groter naarmate de transitie minder vrijwillig is. Voor beide andere aspecten van gezondheid (medische consumptie en ernst van de aandoeningen) is er geen significante samenhang. *Hypothese 1b* lijkt daarmee slechts deels bevestigd. Verder is er voor medische consumptie een samenhang met de totale hoeveelheid verandering in de pensioneringsfase. De kans op een toename in de medische consumptie is groter naarmate men in de periode rondom pensionering meer andere transities meemaakte. *Hypothese 1c* wordt hiermee deels bevestigd.

Toevoeging van *kenmerken van het werk* aan de regressievergelijking (model 2) leidt niet tot een significante verbetering in de verklaringskracht van de gebruikte modellen. Kenmerken van het werk lijken van weinig betekenis bij de verklaring van veranderingen in gezondheid. De veronderstelling dat pensionering leidt tot een reductie van stress als het werk belastend is, doordat het zwaar is (*hypothese 2a*) of de werkdruk hoog (*hypothese 2b*) wordt niet bevestigd. Er is weliswaar een samenhang ($p < 0.16$) tussen de zwaarte van het werk en de ernst van langdurige aandoeningen, maar het verband is niet in de veronderstelde richting: de kans op een toename van langdurige gezondheidsklachten ná pensionering is juist groter voor mensen die zwaar werk verrichtten. De hypothese dat pensionering stressvoller is – en daarmee een grotere kans geeft op een gezondheidsverslechtering – uit een baan met veel uit-

Veranderingen in gezondheid in de overgang van werk naar pensioen

Tabel 3 *Regressie-analyse ter verklaring van veranderingen in gezondheid*

Deel 1 Medische consumptie

	<i>Medische consumptie op t2</i>							
	<i>Model 1A</i>		<i>Model 2A</i>		<i>Model 3A</i>		<i>Model 4A</i>	
	<i>β</i>	<i>coëf</i>	<i>t</i>	<i>β</i>	<i>coëf</i>	<i>t</i>	<i>β</i>	<i>coëf</i>
Constant		0,97		0,99		-0,55		-0,43
waardeafhankelijke variabele op t1	0,20	* 5,81	0,21	* 5,76	0,21	* 5,78	0,21	* 5,76
geslacht (man= 1)	0,08	† 2,02	0,08	1,73	0,01	0,27	0,02	0,39
leeftijd	-0,01	-0,34	-0,02	-0,39	-0,01	-0,18	-0,01	-0,26
gezondheid als reden pensionering	0,16	* 4,50	0,17	* 4,55	0,17	* 4,61	0,17	* 4,54
tijd sinds pensionering	0,02	0,57	0,03	0,62	0,02	0,44	0,03	0,62
CONTEXT								
<i>Kenmerken van de transitie</i>								
mate van onvrijwilligheid	0,01	0,35	0,01	0,31	0,02	0,56	0,01	0,22
lengte arbeidsloopbaan	-0,03	-0,67	-0,03	-0,67	-0,01	-0,21	-0,01	-0,24
aantal gelijktijdige gebeurtenissen	0,11	* 3,21	0,11	* 3,17	0,11	* 3,10	0,11	* 3,19
<i>Kenmerken werk</i>								
zwaar werk			-0,03	-0,88	-0,03	-0,76	-0,03	-0,71
werkdruk			0,01	0,37	0,02	0,52	0,01	0,28
uitdaging in het werk			0,00	-0,09	-0,02	-0,42	-0,01	-0,13
beroepsprestige			0,00	-0,02	-0,02	-0,41	0,00	-0,08
<i>Hulpbronnen</i>								
<i>Financieel:</i>								
Huishoudinkomen					0,11	1,79	0,10	1,72
Replacement rate					0,06	1,36	0,06	1,33
<i>Support van de partner</i>								
Respondent heeft géén partner (ref)								
Partner aanwezig - weinig interactie					0,10	† 1,95	0,11	† 2,24
Partner aanwezig - veel interactie					0,12	† 2,40	0,13	† 2,55
<i>Sociaal netwerk:</i>								
Aandeel netwerk reeds uitgetreden					0,02	0,46	0,02	0,48
BETEKENISGEVING								
mate waarin men werk verwacht te missen							0,03	0,90
self efficacy							-0,08	† -2,08
R2		9,3		9,4		10,7		11,3
Sign. F-change		0,00		0,93		0,07		0,06

lage waarden op de afhankelijke variabele: lage medische consumptie/weinig klachten/goede ervaren gezondheid

hoge waarden op de afhankelijke variabele: hoge medische consumptie/veel klachten/slechte ervaren gezondheid

† $p < 0.05$

* $p < 0.01$

daging (*hypothese 2c*), en een hoog beroepsprestige (*hypothese 2d*) wordt niet bevestigd.

Ook de toevoeging van *hulpbronnen* aan de regressievergelijking (model 3) leidt niet tot een significante verbetering in de verklaringskracht. Er is geen significante samenhang tussen de hoogte van het huishoudeninkomen en veranderingen in gezondheid na pensionering (*hypothese 3b*). Ditzelfde geldt voor sociale contacten (*hypothese 3c*). Er is wél een significante samenhang tussen

Tabel 3 *Regressie-analyse ter verklaring van veranderingen in gezondheid*

Deel 2 Ernst van aandoeningen

	<i>Ernst van aandoeningen op t2</i>							
	<i>Model 1B</i>		<i>Model 2B</i>		<i>Model 3B</i>		<i>Model 4B</i>	
	<i>β coëf</i>		<i>t</i>	<i>β coëf</i>	<i>t</i>	<i>β coëf</i>	<i>t</i>	<i>t</i>
Constant				0,81		0,66		0,01
			-0,11					
waardeafhankelijke variabele op t1	0,33 *	9,89	0,33 *	9,63	0,33 *	9,56	0,34 *	9,86
geslacht (man= 1)	0,01	0,39	-0,01	-0,14	-0,02	-0,37	0,00	-0,09
leeftijd	-0,01	-0,17	0,00	-0,10	-0,01	-0,20	-0,02	-0,49
gezondheid als reden pensionering	0,19 *	5,49	0,19 *	5,34	0,19 *	5,36	0,19 *	5,36
tijd sinds pensionering	0,02	0,57	0,02	0,48	0,01	0,35	0,03	0,85
CONTEXT								
<i>Kenmerken van de transitie</i>								
mate van onvrijwilligheid	0,01	0,27	0,01	0,39	0,02	0,54	-0,01	-0,23
lengte arbeidsloopbaan	-0,03	-0,78	-0,02	-0,64	-0,02	-0,67	-0,03	-0,73
aantal gelijktijdige gebeurtenissen	0,03	0,87	0,03	0,97	0,03	1,00	0,04	1,13
<i>Kenmerken werk</i>								
zwaar werk			0,05	1,40	0,05	1,31	0,04	1,21
werkdruk			-0,01	-0,32	-0,01	-0,38	-0,02	-0,46
uitdaging in het werk			-0,04	-0,93	-0,03	-0,73	-0,03	-0,72
beroepsprestige			0,06	1,44	0,06	1,13	0,08	1,48
<i>Hulpbronnen</i>								
Financieel:								
Huishoudinkomen					0,04	0,66	0,04	0,68
Replacement rate					0,03	0,63	0,04	0,82
Support van de partner								
Respondent heeft géén partner (ref)								
Partner aanwezig - weinig interactie					0,00	0,00	0,02	0,41
Partner aanwezig - veel interactie					-0,02	-0,49	-0,01	-0,26
Sociaal netwerk:								
Aandeel netwerk reeds uitgetreden					0,04	1,20	0,04	1,27
BETEKENISGEVING								
mate waarin men werk verwacht te missen							0,10 †	2,81
self efficacy							-0,01	-0,30
R2		17,7		18,1		18,4		19,3
Sign. F-change		0,00		0,42		0,77		0,02

lage waarden op de afhankelijke variabele: lage medische consumptie/weinig klachten/goede ervaren gezondheid

hoge waarden op de afhankelijke variabele: hoge medische consumptie/veel klachten/slechte ervaren gezondheid

† p < 0.05

* p < 0.01

medische consumptie ná pensionering en de aanwezigheid van een partner (model 3A), maar de richting van het verband is anders dan verondersteld (*hypothese 3a*). Een toename van medische consumptie ná pensionering komt vaker voor bij personen mét een partner dan bij personen zonder partner. De kwaliteit van de relatie levert aanvullend geen bijdrage aan de verklaring van gezondheidseffecten. In deze studie zien we niet bevestigd dat verandering in het niveau van hulpbronnen (met name verlies) samenhangt met gezondheidsproblemen. De kans op een gezondheidsverslechtering na pensionering

Veranderingen in gezondheid in de overgang van werk naar pensioen

Tabel 3 *Regressie-analyse ter verklaring van veranderingen in gezondheid*

Deel 3 Ervaren gezondheid

	Ervaren gezondheid t2								
	Model 1C		Model 2C		Model 3C		Model 4C		
	β	coëf	t	β	coëf	t	β	coëf	t
Constant		0,13		0,09		-0,16			-0,04
waarde afhankelijke variabele op t1	0,42	*	12,89	0,42	*	12,33	0,42	*	12,28
geslacht (man=1)	-0,03		-0,92	-0,03		-0,66	-0,04		-0,93
leeftijd	0,03		0,88	0,04		0,99	0,03		0,72
gezondheid als reden pensionering	0,18	*	5,34	0,17	*	5,15	0,18	*	5,23
tijd sinds pensionering	-0,02		-0,63	-0,03		-0,78	-0,03		-0,73
CONTEXT									
<i>Kenmerken van de transitie</i>									
mate van onvrijwilligheid	0,07	†	2,17	0,07	†	2,25	0,08	†	2,50
lengte arbeidsloopbaan	0,04		1,06	0,04		1,04	0,04		1,25
aantal gelijktijdige gebeurtenissen	0,03		0,84	0,03		0,90	0,03		0,90
<i>Kenmerken werk</i>									
zwaar werk				0,04		1,25	0,04		1,12
werkdruk				-0,03		-0,99	-0,04		-1,10
uitdaging in het werk				-0,01		-0,28	-0,01		-0,31
beroepsprestige				0,00		0,07	-0,05		-0,92
<i>Hulpbronnen</i>									
Financieel:									
Huishoudinkomen						0,11	2,01	0,10	1,94
Replacement rate						0,02	0,47	0,02	0,51
Support van de partner									
Respondent heeft géén partner (ref)									
Partner aanwezig - weinig interactie						-0,03	-0,73	-0,01	-0,18
Partner aanwezig - veel interactie						-0,03	-0,74	-0,02	-0,46
Sociaal netwerk:									
Aandeel netwerk reeds uitgetreden						0,05	1,35	0,05	1,42
BETEKENISGEVING									
mate waarin men werk verwacht te missen								0,07	†
self efficacy								-0,10	†
R2			25,3			25,5		26,1	27,5
Sign. F-change			0,00			0,07		0,29	0,00

lage waarden op de afhankelijke variabele: lage medische consumptie/weinig klachten/goede ervaren gezondheid

hoge waarden op de afhankelijke variabele: hoge medische consumptie/veel klachten/slechte ervaren gezondheid

† p < 0.05

* p < 0.01

is níét significant groter naarmate de achteruitgang in financiële positie (*hypothese 3d*) groter is.

De resultaten voor model 4 in tabel 3 maken duidelijk dat *betekenisgeving* een rol speelt bij de verklaring van gezondheidsverandering na pensionering. Voor alle drie de onderscheiden aspecten van gezondheid neemt de verklaaringskracht van het model in deze stap significant toe. Ideeën en verwachtingen die men vooraf heeft over stoppen met werken hebben een effect op de

gezondheid. Naarmate oudere werknemers vooraf meer opzien tegen stoppen met werken, zien we een grotere toename in de aanwezigheid en ernst van langdurige aandoeningen (model 4B); ook voelt men zich ongezonder na pensionering (model 4c) (*hypothese 4a*).

Verder geldt dat oudere werknemers die minder vertrouwen hebben in het eigen vermogen om veranderingen effectief het hoofd te bieden (self-efficacy) zich na pensionering ongezonder voelen (model 4C) en ook een toename in de medische consumptie (model 4A) vertonen (*hypothese 4b*).

6 Conclusie en discussie

In dit artikel bestudeerden we veranderingen in de gezondheid van ouderen in de overgang van werk naar pensioen. In beschrijvende zin kan worden geconcludeerd dat de veranderingen in de gezondheid van de oudere werknemers die stopten met werken eerder positief dan negatief zijn: voor de totale groep oudere werknemers zien we een verbetering van de ervaren gezondheid en een afname van de medische consumptie. Daar staat een lichte toename in de ernst van langdurige aandoeningen tegenover. Afgezet tegen de resultaten van gangbare gezondheidsstudies, waarin een duidelijke negatieve samenhang tussen leeftijd en diverse indicatoren van gezondheid wordt gevonden (zie bijv.: Buckley, Denton, Robb, & Spencer, 2004; Van Lindert, Droomers, & Westert, 2004), is het gemiddeld genomen positieve effect, alhoewel betrekkelijk klein, toch opmerkelijk. Deze resultaten sluiten aan bij die van eerder onderzoek van Durinck, die in de jaren negentig van de vorige eeuw onder ex-werknemers van Phillips een vergelijkbaar (lichte) gezondheidsverbetering signaleerde (Durinck, 1992).

Uit de multivariate analyses naar de condities waaronder bij gepensioneerden sprake is van een verbetering dan wel een verslechtering van de gezondheid blijkt dat zowel contextfactoren als betekenisgeving een rol spelen. Binnen de context lijken vooral de *kenmerken van de transitie* relevant bij de verklaring van gezondheidsveranderingen in de overgang van werk naar pensioen. De vanuit de 'stimulus-based' benadering afgeleide veronderstelling dat transities stressvoller zijn – en er daardoor een grotere kans op gezondheidsverslechtering is – naarmate ze grotere veranderingen met zich meebrengen (Holmes & Masuda, 1974; Thoits, 1983) wordt door dit onderzoek deels empirisch ondersteund. Clustering van ingrijpende gebeurtenissen verhoogt de kans op het ontstaan van gezondheidsklachten. Personen die rondom de transitie naar pensionering ook andere ingrijpende gebeurtenissen meemaakten vertonen een sterkere toename in de medische consumptie. Uit eerder onderzoek is gebleken dat het al dan niet hebben van controle over de beslissing om te stoppen met werken een belangrijke factor is bij de aanpassing aan pensionering: ouderen die onvrijwillig stopten met werken passen zich moeilijker aan aan de pensionering (Moen, 1996; Van Solinge & Henkens, 2005). Dit onderzoek laat zien dat onvrijwilligheid ook zijn weerslag heeft op de gezondheid.

Opvallend is dat *kenmerken van het werk* geen of een slechts geringe rol spelen bij de verklaring van de gezondheidssituatie ná pensionering. Er werd in dit onderzoek geen empirische ondersteuning gevonden voor de veronderstelling van Shultz, Morton & Weckerle (1998) en Wheaton (1990) dat pensioneren uit een baan met stressvol en zwaar werk tot een verbetering van de gezondheid leidt. Het tegendeel lijkt eerder het geval. De data suggereren dat werknemers met zwaar werk een grotere kans hebben op een toename in (de

ernst van) gezondheidsklachten. Deze bevinding is in overeenstemming met de resultaten van andere studies (bijv.: Marmot & Shipley, 1996), die suggereren dat lichamelijk zwaar en laag gekwalificeerd werk leidt tot een snellere veroudering door langdurige belasting. Het zware werk heeft bij uittrede zijn schade reeds aangericht. Het stereotype beeld van de 'fysiek versleten oudere werknemer' duikt hier op. Stoppen met werken kan in zo'n geval dus wel een gevoel van opluchting geven, maar het vertaalt zich niet in een feitelijke verbetering van de gezondheid.

Ook lijkt de toegang tot *hulpbronnen* van beperkt belang bij de verklaring van veranderingen in gezondheid. In dit onderzoek zijn geen aanwijzingen gevonden dat hulpbronnen zoals geld en sociale contacten, of een sterke achteruitgang in het niveau van hulpbronnen een rol spelen bij het ontstaan van gezondheidsproblemen na pensionering. Ook werden geen sterke aanwijzingen gevonden dat door de aanwezigheid van een partner de nadelige gevolgen van stressvolle situaties worden getemperd. Deze zogenoemde bufferfunctie van de partner wordt in veel stressonderzoek verondersteld (bijv.: DuPertuis, Aldwin, & Bossé, 2001; Lin, Ensel, Simeone, & Kouo, 1979; Norris & Murrell, 1984). Wél speelt de partner een rol bij de medische consumptie: oudere werknemers met een partner vertonen na pensionering een grotere toename in het gebruik van medische voorzieningen dan degenen zonder partner. In tegenstelling tot hetgeen verondersteld, is de kwaliteit van de relatie hierbij minder relevant. Uit eerder onderzoek is bekend dat de besluitvorming over pensionering sterk wordt beïnvloed door de partner (Henkens & Van Solinge, 2002) en dat bij de partner vooral gezondheidsoverwegingen een rol spelen als het erom gaat pensionering aan te moedigen of juist niet (Henkens, 1999). Deze 'waakhondfunctie' die de partner vervult in de aanloopfase van de pensionering waar het de gezondheid van de oudere ex-werknemer betreft, zien we ook terug ná pensionering. De partner ziet er op toe dat de oudere werknemer op tijd medische hulp zoekt.

De resultaten van deze studie ondersteunen de centrale assumptie van de 'cognitive stress approach' dat *betekenisgeving* een centrale rol speelt in de relatie tussen de gebeurtenis en de uitkomst (Lazarus & Folkman, 1984). Onder oudere werknemers die erg tegen de pensionering opzien zien we een toename in de ernst van de gezondheidsklachten, zowel in meer objectieve (ernst van de aandoeningen) als in subjectieve (ervaren gezondheid) zin. Dit staat los van de feitelijke kenmerken van het werk (zoals maatschappelijk aanzien, uitdaging, stress, zwaarte et cetera).

Daarnaast is het vertrouwen in het eigen vermogen veranderingen effectief het hoofd te bieden (self-efficacy) van invloed op het ontstaan van gezondheidsklachten. Weliswaar leidt een hoge score op self-efficacy niet tot een betere gezondheid na pensionering sec: dat wil zeggen, de objectieve feiten (in termen van de ernst van de aandoeningen) veranderen niet. Wél is er een samenhang met een beter gevoel van gezondheid (ervaren gezondheid) en een verminderd gebruik van medische voorzieningen (medische consumptie).

We keren nu terug naar de centrale vraag naar de condities waaronder pensionering tot een verslechtering dan wel verbetering van de gezondheid leidt. De resultaten van dit onderzoek laten duidelijk zien dat controle een belangrijke rol speelt bij de wijze waarop oudere werknemers reageren op de pensionering. Niet alleen de feitelijke controle (de mate van vrijwilligheid) over de transitie, maar ook de mate waarin de oudere werknemer ervaart regie te hebben over

transities en belangrijke gebeurtenissen in het leven (self-efficacy) is van invloed op het ontstaan van gezondheidsklachten na pensionering. Oudere werknemers die onvrijwillig met (vervroegd) pensioen gaan en personen die weinig vertrouwen hebben in het eigen vermogen veranderingen in het leven aan te kunnen, vormen een duidelijk herkenbare risicogroep in verband met de gezondheid. Spiegelbeeldig geldt dat pensionering een positief effect heeft op de gezondheid als in vrijheid kan worden besloten over (de timing van) de pensionering. Personen voor wie stoppen met werken een weloverwogen, positieve keuze is, voelen zich ná pensionering beter. De pensionering is voor hen een investering in de gezondheid.

Op deze plaats wordt aandacht gevraagd voor enkele tekortkomingen van deze studie.

Een eerste punt betreft het feit dat de analyses uitsluitend betrekking hebben op personen die in de periode tussen de basismeting in 1995 (t1) en de follow-up in 2001 (t2) met de VUT of (pre)pensioen gingen. Omdat slechts vier van de oorspronkelijke respondenten *niet* stopten met werken kon geen zinvolle controlegroep worden samengesteld van personen die doorwerkten. Hierdoor kan niet worden vastgesteld of veranderingen in gezondheid tussen t1 en t2 zijn toe te schrijven aan pensionering als zodanig, of het gevolg zijn van het ouder worden of andere (ongemeten) factoren. Het feit evenwel dat in algemene zin eerder sprake is van een verbetering dan een verslechtering van de gezondheid doet vermoeden dat het verouderingseffect geen dominante allesoverheersende rol speelt. Voor de centrale onderzoeksvraag naar de condities waaronder zich bij oudere werknemers in de overgang van werk naar pensioen veranderingen in de gezondheid voordoen, is de afwezigheid van een controlegroep echter minder relevant. Desondanks verdient het ons inziens de voorkeur bij vervolgonderzoek ook informatie te verzamelen over degenen die *niet* stopten met werken.

Een tweede aandachtspunt betreft de gehanteerde gezondheidsmaten. Er zijn in dit onderzoek drie maten gebruikt die elk een ander aspect van de gezondheidssituatie meten en verschillen in de mate van objectiviteit. Ervaren gezondheid is uitdrukkelijk subjectief. Medische consumptie en ernst van gezondheidsklachten zijn min of meer objectieve registraties van de gezondheid, hoewel het feit dat alle informatie is verkregen via door de betrokkenen zélf ingevulde schriftelijke vragenlijsten maakt dat deze informatie (deels) subjectief gekleurd kan zijn. In samenhang met elkaar bieden de maten een gevarieerd beeld van veranderingen in gezondheid. Afzonderlijk kan echter wel worden afgedongen op de validiteit als indicator voor veranderingen in gezondheid. De meetinstrumenten zijn vatbaar voor verbetering. Aangezien stoppen met werken ook, of misschien juist wel vooral, gevolgen heeft voor de mentale gezondheid, is bovendien een uitbreiding met één of meer psychische gezondheidsmaten aan te bevelen.

Een ander punt betreft de generaliseerbaarheid. Een vraag die daarbij opkomt is in hoeverre de steekproef, door de dataverzameling bij twee grote Nederlandse ondernemingen, lijdt aan selectiviteit. De steekproef lijkt echter voldoende variatie te bezitten op belangrijke variabelen als geslacht, beroepsklasse en gezondheid (zie voor meer informatie: Henkens, 1998). Het feit dat de dataverzameling slechts binnen twee concerns heeft plaatsgevonden kan bovendien genuanceerd worden, aangezien binnen de concerns meer dan dertig zeer uiteenlopende werkmaatschappijen en bedrijfsonderdelen zijn vertegenwoordigd. Desondanks is de steekproef niet zonder meer als representatief te beschouwen voor de totale populatie oudere ex-werknemers in

Nederland, werkzaam in andere arbeidsmarktsectoren, zoals zorg en onderwijs of het MKB.

Wat is de betekenis van deze studie voor de praktijk binnen organisaties? De uitkomsten van dit onderzoek maken duidelijk dat er voor het management aangrijpingspunten zijn om een bijdrage te leveren aan een 'gezonde pensionering' van de werknemers, doch dat sturingsmogelijkheden niet moeten worden overschat. Het al dan niet ontstaan van gezondheidsklachten in de overgang van werk naar pensioen hangt voor een belangrijk deel samen met het vermogen tot zelfmanagement van de werknemer en diens mogelijkheid tot zelfsturing van de loopbaan.

Het vermogen tot zelfmanagement is een persoonlijke eigenschap, waarop het management weinig invloed heeft. Wél kan men alert zijn op werknemers waarvan men merkt dat zij erg tegen de pensionering opzien. Aan hen kunnen mogelijkheden worden aangeboden om zich door middel van een cursus reëel voor te bereiden op de pensionering.

De mogelijkheden voor zelfsturing aan het einde van de loopbaan worden voor veel werknemers beperkt of doorbroken door ontwikkelingen in de macro-context van de organisatie. Ook de komende jaren kan worden verwacht dat nog vele oudere werknemers in reorganisaties (deels) onvrijwillig het arbeidsproces zullen verlaten. Tegen deze achtergrond is het van belang dat leidinggevenden zich realiseren dat de mate waarin de werknemer de uittrede als opgelegd ervaart kan worden beïnvloed. Goede voorbereiding, open en eerlijke communicatie, alsmede een afscheid dat recht doet aan de vaak jarenlange bijdrage die een werknemer aan de organisatie heeft geleverd dragen bij aan een positieve kijk op de pensionering (Henkens & Van Solinge, 2003), en in het verlengde hiervan een grotere kans op een gezonde pensioenfase.

Noten

- 1 'Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity' (WHO, 1946).
- 2 Strikt genomen zijn 1 en 2 geen objectieve maten omdat ze door de respondent zelf worden gerapporteerd (Frese & Zapf, 1988).
- 3 Deze vier personen zijn niet in de analyses opgenomen.
- 4 In de analyses is zowel gekeken naar de directe effecten van de diverse verklarende variabelen als naar interacties tussen hulpbronnen en betekenisgeving en kenmerken van de transitie en het werk. Aangezien geen van de interactietermen een significant effect had op de diverse afhankelijke variabelen zijn zij niet opgenomen in de analyses in tabel 3.
- 5 Deze veronderstelling is gebaseerd op het feit dat vrouwen meer ervaring hebben met de overgang van werk naar niet-werk door onderbreking van hun loopbaan, én omdat de werkrol voor vrouwen (die meestal niet fulltime werken) niet zo centraal zou staan (Zie: Slevin & Wingrove, 1995 voor een overzicht van deze literatuur).

Dankwoord

De auteur dankt Kéne Henkens, Frits Tazelaar, Frans van Poppel en de anonieme referenten voor hun waardevolle commentaar en suggesties.

Literatuur

- Anderson, A.B., Baselevsky, A., & Hume, D.P.J. (1983). Missing data: a review of the literature. In P.H. Rossi & J.D. Wright & A.B. Anderson (eds.), *Handbook of survey research* (pp. 415-494). New York: Academic Press.
- Atchley, R.C. (1976). *The sociology of retirement*. New York: John Wiley and Sons.
- Barnes-Farrell, J.L. (2003). Beyond health and wealth: Attitudinal and other influences on retirement decision-making. In G.A. Adams & T.A. Beehr (eds.), *Retirement. Reasons, Processes and Results* (pp. 159-187). New York: Springer.
- Benyamini, Y., & Idler, E.L. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality. *Research on Aging, 21*, 392-401.
- Bossé, R., Aldwin, C.M., Levenson, R., & Ekerdt, D.J. (1987). Mental health differences among retirees and workers: findings from the Normative Aging Study. *Psychology and Aging, 2*(4), 383-389.
- Bossé, R., Aldwin, C.M., Levenson, R., & Workman-Daniels, K. (1991). How stressful is retirement? Findings from the Normative Aging Study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 46*(1), P9-14.
- Buckley, N.J., Denton, F.T., Robb, A.L., & Spencer, B.G. (2004). The transition from good to poor health: an econometric study of the older population. *Journal of Health Economics, 23*, 1013-1034.
- Deeg, D.J.H., & Bath, P.A. (2003). Self-rated health, gender, and mortality in older persons. Introduction to a special section. *The Gerontologist, 43*(3), 369-371.
- Dreentea, P. (2002). Retirement and Mental Health. *Journal of Aging and Health, 14*(2), 167-194.
- DuPertuis, L.L., Aldwin, C.M., & Bossé, R. (2001). Does the source of support matter for different health outcomes? *Journal of Aging and Health, 13*(4), 494-510.
- Durinck, J.R. (1992). Gezondheid, veroudering en werk. *Gedrag & Organisatie, 5*(6), 496-510.
- Ekerdt, D.J. (1987). Why the notion persists that retirement harms health. *The Gerontologist, 454-457*.
- Ekerdt, D.J., Baden, L., Bossé, R., & Dibbs, E. (1983). The effect of Retirement on Physical Health. *American Journal of Public Health, 73*(7), 779-783.
- Ekerdt, D.J., Bossé, R., & LoCastro, J.S. (1983). Claims that retirement improves health. *Journal of Gerontology, 38*(2), 231-236.
- Finkel, S.E. (1995). *Causal Analysis with Panel Data*. London: Sage.
- Fletcher, W.L., & Hansson, R.O. (1991). Assessing the social components of retirement anxiety. *Psychology and Aging, 6*(1), 76-85.
- Frese, M., & Zapf, D. (1988). Methodological issues in the study of work stress. Objective versus subjective measurement of work stress and the question of longitudinal studies. In C.L. Cooper & R. Pain (eds.), *Causes, coping and consequences of stress at work* (pp. 375-411). Chichester: Wiley and Sons.
- Gall, T.L., Evans, D.R., & Howard, J. (1997). The retirement adjustment process: changes in well-being of male retirees across time. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 52B*(3), S110-S117.
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review, 102*(2), 284-304.
- Helmer, C., Barberger-Gateau, P., Letteneur, L., & Dartigues, J.-F. (1999). Subjective health and mortality in French elderly women and men. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 54B*(2), S84-S92.
- Henkens, K. (1998). *Older workers in transition. Studies on the early retirement decision in the Netherlands*. Utrecht University, Utrecht.
- Henkens, K. (1999). Retirement intentions and spousal support: A multi-actor approach. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 54B*, S63-S74.

- Henkens, K., & Tazelaar, F. (1997). Explaining retirement decisions of civil servants in the Netherlands. *Research on Aging, 19*, 139-173.
- Henkens, K., & van Solinge, H. (2002). Spousal influence on the decision to retire. *International Journal of Sociology, 32*(2), 55-73.
- Henkens, K., & Van Solinge, H. (2003). *Het eindspel: werknemers, hun partners en leidinggevendenden over uittrekking uit het arbeidsproces*. Assen: Van Gorcum/Stichting Management Studies.
- Herzog, A.R., House, J.S., & Morgan, J.N. (1991). Relation of work and retirement to health and well-being in older age. *Psychology and Aging, 6*(2), 202-211.
- Heyma, A. (2001). *Dynamic models of labour force retirement. An empirical analysis of early exit in the Netherlands*. Dissertation: University of Amsterdam, Amsterdam.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of Resources. A new attempt of conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*(3), 513-524.
- Hofstetter, C.R., Sallis, J.F., & Hovell, M.F. (1990). Some health dimensions of self-efficacy: analysis of theoretical specificity. *Social Science Medicine, 31*(9), 1051-1056.
- Holmes, T.H., & Masuda, M. (1974). Life change and illness susceptibility. In B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (eds.), *Stressfull life events: their nature and effects* (pp. 45-72). New York: John Wiley.
- Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*(213-218).
- Huber, P.J. (1967). The behavior of maximum likelihood estimates under non-standard conditions, *Proceedings of the Fifth Berkeley symposium on mathematical statistics and probability* (Vol. I, pp. 221-223). Berkeley, CA: University of California Press.
- Idler, E.L., Hudson, S.V., & Leventhal, H. (1999). The Meanings of Self-Ratings of Health. *Research on Aging, 21*(3), 458-476.
- Kasl, S.V., & Jones, B.A. (2000). The impact of job loss and retirement on health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (eds.), *Social Epidemiology* (pp. 118-136). Oxford: Oxford University Press.
- Kim, J.E., & Moen, P. (2001). Is Retirement good or bad for subjective well-being? *Current directions in psychological science, 10*(3), 83-86.
- Kremer, Y. (1985). The association between health and retirement: self-health assessment of Israeli retirees. *Social Science Medicine, 20*(1), 61-66.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lin, N., Ensel, W.M., Simeone, R.S., & Kouo, W. (1979). Social Support, Stressful Life Events, and Illness: a Model and Empirical Test. *Journal of Health and Social Behavior, 20*, 108-119.
- Marmot, M.G., & Shipley, M. J. (1996). Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 Year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *BMJ, 313*, 1117-1180.
- Marshall, V.W., Clarke, P.J., & Ballantyne, P.J. (2001). Instability in the retirement transition: Effects on health and well-being in a Canadian Study. *Research on Aging, 23*(4), 379-409.
- Mein, G., Martikainen, P., Hemingway, H., Stansfeld, S.A., & Marmot, M.G. (2003). Is retirement good or bad for mental and physical health functioning? Whitehall II longitudinal study of civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health, 57*, 46-49.
- Mein, G., Martikainen, P., Stansfeld, S.A., Brunner, E.J., Fuhrer, R., & Marmot, M.G. (2000). Predictors of early retirement in British civil servants. *Age Ageing, 29*(6), 529-536.
- Midanik, L.T., Soghikian, K., Ransom, L.J., & Tekawa, I.S. (1995). The effect of retirement on health and health behaviors: the Kaiser Permanent Retirement Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 50B*, S59-S61.

- Miller, M.A., & Rahe, R.H. (1997). Life changes scaling for the 1990s. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(3), 279-292.
- Minkler, M. (1981). Research on the Health Effects of Retirement: an Uncertain Legacy. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(2), 117-130.
- Moen, P. (1996). A life course perspective on retirement, gender and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(2), 131-144.
- Mulder, C.H., & Hooimeijer, P. (1999). Residential relocations and the life course. In L.J.G. van Wissen & P.A. Dykstra (eds.), *Population Issues. An Interdisciplinary Focus* (pp. 159-186). New York: Kluwer Academic.
- Muller, C.F., & Boaz, R.F. (1988). Health as a reason or a rationalization for being retired? *Research on Aging*, 10(1), 37-55.
- Murray Parkes, C. (1993). Bereavement as a psychosocial transition: process of adaptation to change. In M. Stroebe & W. Stroebe & R.O. Hansson (eds.), *Handbook of Bereavement: theory, research and intervention* (pp. 91-101). Cambridge: Cambridge University Press.
- Norris, F.H., & Murrell, S.A. (1984). Protective function of resources related to life events, global stress, and depression in older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 424-437.
- Pearlin, L.I. (1989). The Sociological Study of Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3), 241-256.
- Ruwaard, D. (1993). *Volksgezondheid toekomst verkenning: de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010*. Den Haag: Sdu uitgevers.
- Schwarzer, R., & Schulz, U. (2002). The role of stressful life events. In A.M. Nezu & C.M. Nezu & P.A. Geller (eds.), *Comprehensive handbook of psychology, vol. 9: Health psychology*. (pp. 27-49). New York: Wiley.
- Seyle, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: MacGraw-Hill.
- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Shultz, K.S., Morton, K.R., & Weckerle, J.R. (1998). The influence of push and pull factors on voluntary and involuntary early retirees' retirement decision and adjustment. *Journal of Vocational Behavior*, 53, 45-57.
- Slevin, K.F., & Wingrove, C.R. (1995). Women in retirement: A review and critique of empirical research since 1976. *Social Inquiry*, 65(1), 1-21.
- STATA, (2003). *Stata Reference manual, Volume 3* (Vol. 3, N-R (Release 8)). Texas: Stata Press.
- Szinovacz, M.E., & Davey, A. (2005). Predictors of perceptions of involuntary retirement. *The Gerontologist*, 45(1), 26-35.
- Taylor, M.A., & Cook, K. (1995). Adaptation to retirement: Role changes and psychological resources. *The Career Development Quarterly*, 44(1), 67-82.
- Thoits, P.A. (1983). Dimensions of life events that influence psychological distress. An evaluation and synthesis of the literature. In H.B. Kaplan (ed.), *Psychosocial stress. Trends in theory and research* (pp. 33-103). New York: Academic Press.
- Tuomi, K., Järvinen, E., Eskelinen, L., Ilmarinen, J., & Klockars, M. (1991). Effect of retirement on health and work ability among municipal employees. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 17(Supplement 1), 75-81.
- Vallery-Masson, J., Poitrenaud, J., Burnat, G., & Lion, M.-R. (1981). Retirement and Morbidity: a three year longitudinal study of a french managerial population. *Age and Ageing*, 10, 271-276.
- Van Lindert, H., Droomers, M., & Westert, G.P. (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik*. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

- Van Solinge, H., & Henkens, K. (2005). Couple's adjustment to retirement: a multi-actor panel study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 60(1), S11-S20.
- Van Sonsbeek, J. (1996). *Vertel me wat eraan scheelt: betekenis, en methodische aspecten van enquêtevragen naar gezondheid*. CBS, Voorburg/Heerlen.
- Wheaton, B. (1990). Life transitions, role histories and mental health. *American Sociological Review*, 55(April), 209-223.
- WHO, (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. New York.
- Wortman, C.B., Cohen Silver, R., & Kessler, R.C. (1993). The meaning of loss and adjustment to bereavement. In M. Stroebe & W. Stroebe & R.O. Hansson (eds.), *Handbook of Bereavement: theory, research and intervention* (pp. 349-366). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wyler, A.R., Masuda, M., & Holmes, T.H. (1967). Seriousness of Illness Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 363-364.

Summary

Health changes in the transition from work to retirement: a longitudinal study among older employees in the Netherlands

Hanna van Solinge, *Gedrag & Organisatie*, Volume 18, December 2005, pp. 355-377.

This article concerns itself with health changes in the transitional stage between work and retirement. Most research on the consequences of retirement on health restricts itself to the descriptive question whether retirement affects health. Little is known about the conditions in which retirement leads to an improvement or deterioration in health. Using panel data on older employees working in Dutch industry and trade (N = 789), this article examines predictors of health change (medical consumption, seriousness of illness, perceived health) during retirement. The results revealed that extensive knowledge of the retirement context (resources, job characteristics) is not sufficient to predict health changes during retirement; therefore it is important to monitor the way in which older employees react to retirement. The study supports assumptions derived from the cognitive stress approach that psychological factors (pre-retirement fear of retirement and self-efficacy) form a crucial factor in the relationship between the event (retirement) and the outcome (health).

Key words: older people, health, health change, retirement, self-efficacy, control/monitor, panel data, medical consumption, seriousness of illness, perceived health