

Moeilijk werken



# Moeilijk werken

Gezondheid en de arbeidsdeelname van migrantenvrouwen

Myra Keizer  
Saskia Keuzenkamp

Sociaal en Cultureel Planbureau  
Den Haag, februari 2011

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:

- a wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
- b bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
- c informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het Bureau verricht zijn taak in het bijzonder waar problemen in het geding zijn die het beleid van meer dan één departement raken. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het Bureau te voeren beleid. Omtrent de hoofdzaken van dit beleid treedt de minister in overleg met de minister van Algemene Zaken, van Justitie, van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, van Financiën, van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, van Economische Zaken, van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2011  
SCP-publicatie 2011-5  
Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag  
Figuren: Mantext, Moerkapelle  
Vertaling samenvatting: Julian Ross, Carlisle, Engeland  
Omslagontwerp: Bureau Stijlorg, Utrecht  
Omslagillustratie: Evelyne Jacq / Hollandse Hoogte

ISBN 978 90 377 0524 9  
NUR 740

Voorzover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.repro-recht.nl](http://www.repro-recht.nl)). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

Sociaal en Cultureel Planbureau  
Parnassusplein 5  
2511 vx Den Haag  
Telefoon (070) 340 70 00  
Fax (070) 340 70 44  
Website: [www.scp.nl](http://www.scp.nl)  
E-mail: [info@scp.nl](mailto:info@scp.nl)

De auteurs van SCP-publicaties zijn per e-mail te benaderen via de website.

## Inhoud

Voorwoord	7
Samenvatting	9
1 Participatie en gezondheid bij niet-westerse vrouwen	14
1.1 Een hogere arbeidsdeelname van vrouwen	14
1.2 Afbakening en begripsbepaling	15
1.3 Onderzoeksvragen en werkwijze	17
Noot	17
2 Participatie en gezondheid: een eerste verkenning	18
2.1 Arbeidsparticipatie	18
2.2 Gezondheid	22
2.2.1 Verschillen in gezondheid volgens huisartsregistraties	23
2.2.2 Verschillen in gezondheid volgens zelfrapportage	25
2.2.3 Oorzaken van verschillen in gezondheid	30
2.3 De invloed van gezondheid op arbeidsdeelname: een kwantitatieve analyse	32
2.3.1 Analyse op basis van POLS-Gezondheid	33
2.3.2 Analyse op basis van het SIM	37
2.4 Samenvatting en conclusies	39
Noten	42
3 Turks- en Surinaams-Nederlandse vrouwen over werk en gezondheid	44
3.1 Focusgroepgesprekken	44
3.2 De werkende vrouwen	46
3.2.1 Het dagelijks leven	46
3.2.2 De ervaren gezondheid	48
3.2.3 Invloed van gezondheid op arbeidsparticipatie	52
3.2.4 Rol van anderen	55
3.2.5 Visie op de toekomst	57
3.2.6 Culturele verschillen	58
3.3 De niet-werkende vrouwen	61
3.3.1 Het dagelijks leven	61
3.3.2 De ervaren gezondheid	63
3.3.3 Invloed van gezondheid op (arbeids)participatie	66
3.3.4 Rol van anderen	70
3.3.5 Visie op de toekomst	72
3.3.6 Culturele verschillen	74
3.4 Tot slot	75

4	Participatie en gezondheid door de ogen van artsen	79
4.1	De arts: het dagelijks werk	80
4.2	De patiënt: soorten klachten, presentatie en coping	81
4.3	De werkvloer	87
4.4	Succesvolle re-integratie	90
4.5	Conclusie	94
	Noten	95
5	Gezondheid en participatie: tussen ziekte en welbevinden	96
5.1	Participatie- en gezondheidsverschillen	96
5.2	De relatie tussen gezondheid en participatie	98
5.2.1	Een analyse op basis van surveydata	98
5.2.2	Ervaringen van Turks- en Surinaams-Nederlandse vrouwen	100
5.2.3	Informatie van artsen	101
5.2.4	Beschouwing	101
5.3	Tot slot	102
	Noten	104
	Summary	105
	Bijlagen (te vinden via <a href="http://www.scp.nl">www.scp.nl</a> bij het desbetreffende rapport)	
	Literatuur	111
	Publicatielijst van het Sociaal en Cultureel Planbureau	114

## Voorwoord

Het VN-Vrouwenverdrag vormt de internationale basis voor het Nederlandse emancipatiebeleid (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, CEDAW). De landen die partij zijn bij dit Verdrag moeten ervoor zorgen dat vrouwen en mannen gelijk zijn voor de wet. Zij zijn bovendien verplicht beleid te maken waardoor vrouwen in het dagelijks leven op elk gebied gelijke rechten en kansen hebben. De Nederlandse regering rapporteert elke vier jaar aan het comité van het VN-Vrouwenverdrag over de uitvoering van het verdrag en op grond van een bijzondere rapportageplicht elke vier jaar aan de Tweede Kamer. De internationale en de nationale rapportageplicht wisselen elkaar af. Voor de nationale rapportage wordt gekozen voor een verdiepend thema.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) heeft op verzoek van de directie Emancipatie van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) dit keer het nationale rapport geschreven. De vraag was in hoeverre gezondheid een belemmerende rol speelt voor de arbeidsdeelname van met name migrantenvrouwen. De indruk bestond namelijk dat gezondheidsproblemen er mede voor verantwoordelijk zijn dat migrantenvrouwen zich minder kunnen ontplooiën in de maatschappij dan autochtone vrouwen. In de *Emancipatiemonitor 2008* werd geconcludeerd dat migrantenvrouwen vaker lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen hebben. Het kabinet heeft het SCP gevraagd nader onderzoek te doen naar de invloed van gezondheid op hun arbeidsparticipatie. Dit rapport laat duidelijk zien dat met name vrouwen van Turkse en Marokkaanse herkomst vaker gezondheidsproblemen hebben en dat het voor het vergroten van de arbeidsparticipatie van belang is daaraan aandacht te besteden.

Veel mensen hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit rapport. Allereerst dank aan de Turks- en Surinaams-Nederlandse vrouwen en de artsen die hebben meegewerkt aan het kwalitatieve deel van het onderzoek. Vanuit de directie Emancipatie van het ministerie van OCW waren drs. Anita de Groot en drs. Renze Portengen betrokken; vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) was dat dr. Jack Hutten; vanuit het programmaministerie voor Wonen, Wijken en Integratie drs. Peter Franx; en vanuit het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) drs. Sigrid van der Laan. Ik dank hen voor de wijze waarop zij dit project hebben begeleid. Een speciaal woord van dank gaat uit naar enkele wetenschappers die op enige afstand meedachten over het project: prof. dr. Marrie Bekker (Universiteit Tilburg), prof. dr. Toine Lagro-Janssen (Radboud Universiteit), prof. dr. Janneke van Mens-Verhulst (emeritus hoogleraar Universiteit voor Humanistiek), prof. dr. Sawitri Saharso (Universiteit Twente / Vrije Universiteit) en prof. dr. Karien Stronks (Universiteit van Amsterdam / AMC). En tot slot in het bijzonder ook dank aan drs. Yolanda Schothorst (Bureau Veldkamp) voor het schrijven van het hoofdstuk over de focusgroepgesprekken met Turks- en Surinaams-Nederlandse vrouwen.

Prof. dr. Paul Schnabel  
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau





## Samenvatting

### Vraagstelling

Een van de centrale doelen van het emancipatiebeleid van de Nederlandse regering is het vergroten van de arbeidsparticipatie van vrouwen. Die participatie is in de afgelopen decennia flink gestegen: in 2009 verrichtte 70% van de vrouwen van 15-64 jaar betaald werk van ten minste één uur per week. Onder vrouwen van Turkse en Marokkaanse herkomst is dat aandeel echter veel lager (resp. 50% en 45%). De verklaringen en oplossingsrichtingen voor die achterblijvende participatie van vrouwen in het algemeen en Turks- en Marokkaans-Nederlandse vrouwen in het bijzonder worden vooral gezocht in tekortschietende beroepskwalificaties, traditionele rolopvattingen en onvoldoende faciliteiten voor het combineren van arbeid en zorg. Omdat er aanwijzingen zijn dat ook gezondheidsproblemen een belangrijke rol spelen, is op verzoek van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (ocw) een verkennend onderzoek uitgevoerd naar de vraag in hoeverre gezondheidsproblemen voor vrouwen en mannen uit verschillende herkomstgroepen belemmerend werken voor hun arbeidsparticipatie. De onderzoeksvragen luiden als volgt:

- 1 Wat is de aard en omvang van verschillen in arbeidsparticipatie en gezondheid tussen vrouwen en mannen uit verschillende herkomstgroepen?
- 2 Op welke manier beïnvloedt (on)gezondheid de arbeidsparticipatie bij vrouwen en mannen uit verschillende herkomstgroepen? Speelt gezondheid bij migrantenvrouwen wellicht een grotere of andere rol bij het al dan niet participeren op de arbeidsmarkt dan bij autochtone vrouwen of dan bij mannen uit hun eigen groep?

De groepen die in dit rapport zijn bestudeerd, zijn vrouwen en mannen van autochtone, Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse herkomst.

### Kernbegrippen

- Onder *arbeidsparticipatie* wordt in dit rapport verstaan het verrichten van ten minste één uur per week betaald werk.
- *Gezondheid* wordt, in navolging van de World Health Organization (WHO), gedefinieerd als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken.

### Methode en bronnen

In het onderzoek is gebruikgemaakt van zowel kwantitatieve als kwalitatieve methoden. Er zijn twee (bestaande) databestanden geanalyseerd. Het Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) is gebruikt om inzicht te krijgen in verschillende elementen van gezondheid, hun onderlinge relatie en hun invloed op participatie. Deze gegevens bieden veel informatie over gezondheid, maar zijn wat selectief als het gaat om de representativiteit voor migranten (alleen degenen die de Nederlandse taal voldoende beheersen zijn in het onderzoek vertegenwoordigd).

De Survey Integratie Minderheden (SIM) van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) geeft een representatief beeld van de verschillende groepen migranten, maar gaat weer niet zo diep op gezondheid in. De twee databestanden vulden elkaar daarom goed aan. Er zijn daarnaast acht focusgroepgesprekken gehouden met vrouwen van Turkse en Surinaamse herkomst, werkend en niet-werkend. In totaal namen 50 vrouwen deel aan deze gesprekken. Daarnaast zijn negen artsen geïnterviewd: bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en huisartsen.

#### Verschillen in arbeidsparticipatie en gezondheid

Hoe groot is de arbeidsparticipatie onder vrouwen en mannen uit verschillende herkomstgroepen? In 2009 had 84% van de autochtone mannen werk van één uur of meer per week, bij autochtone vrouwen gaat het om 72%. Vrouwen van Surinaamse herkomst participeren ongeveer even vaak als mannen uit hun herkomstgroep (resp. 68% en 70%). Vrouwen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond werken veel minder vaak dan de mannen uit die groepen – het sekseverschil in participatie in deze groepen is ruim 20 procentpunten. Verschillen in participatie worden in de literatuur verklaard door leeftijd, opleidingsniveau, gezinssamenstelling in combinatie met rolopvattingen en gezondheid. Daarnaast kunnen conjuncturele omstandigheden en discriminatie een rol spelen, maar deze externe factoren blijven in dit onderzoek buiten beschouwing. Er zijn duidelijke verschillen in gezondheid tussen de groepen. Wanneer de gemelde klachten bij de huisarts worden gezien als indicatie voor gezondheid, zijn vrouwen in Nederland minder gezond dan mannen. 62% van alle gemelde klachten en aandoeningen is afkomstig van vrouwen; iets minder dan de helft van dit verschil wordt verklaard door seksespecifieke vragen (i.v.m. voortplanting, anticonceptie, enz.). Op basis van de beschikbare gegevens van huisartsen konden geen uitspraken over etniciteit gedaan worden. Uit POLS blijkt dat vrijwel alle langdurige aandoeningen vaker door etnische groepen worden gemeld dan door autochtonen, en binnen alle groepen vaker door vrouwen dan door mannen. Vooral hoofdpijn en migraine, rugpijn, nek- en schouderklachten en depressie en angststoornissen komen veel voor.

Alleen de aanwezigheid van aandoeningen zegt onvoldoende over iemands algemene gezondheidstoestand. Aandoeningen kunnen erg of minder erg zijn, en meer of minder beperkingen geven. Bovendien kunnen mensen ook zonder duidelijk gediagnostiseerde aandoeningen lichamelijke of psychische problemen ervaren (zgn. lichamenlijk onverklaarde klachten). Daarom wordt er internationaal een afzonderlijke maatstaf voor gezondheid gehanteerd, bestaande uit een vragenlijst van twaalf items. Deze vragenlijst maakt onderdeel uit van POLS en geeft een score voor lichamenlijk welbevinden en een score voor psychisch welbevinden. Volgens beide maatstaven hebben mannen een hoger welbevinden dan vrouwen en autochtonen een hoger welbevinden dan mensen met een niet-westerse achtergrond. Het welbevinden van autochtone mannen is het hoogst en met name het psychisch welbevinden van vrouwen van Turkse en Marokkaanse herkomst is relatief laag. In dit onderzoek was geen ruimte om uitgebreid in te gaan op de achtergronden van gezondheidsverschillen. Uit de literatuur is echter bekend dat sprake is van een combinatie van biologische factoren, contextuele mechanismen (migratie, sociaaleconomische positie e.d.) en specifieke determinanten die gezamenlijk

bepalend zijn voor de gezondheid (aanleg, ontwikkeling in de kindertijd, levensstijl, leefomgeving, soort werk, traumatische gebeurtenissen, migratie, enz.).

Gezondheidsproblemen als belemmering voor arbeidsdeelname

Op welke manier beïnvloedt (on)gezondheid de arbeidsparticipatie bij vrouwen en mannen uit verschillende herkomstgroepen? Speelt gezondheid bij migrantenvrouwen wellicht een grotere of andere rol bij het al dan niet participeren op de arbeidsmarkt dan bij autochtone vrouwen of dan bij mannen uit hun eigen groep? Om een antwoord op deze vragen te kunnen geven zijn drie deelprojecten uitgevoerd: analyse van surveydata, focusgroepgesprekken met vrouwen van Turkse en Surinaamse herkomst en interviews met artsen.

Resultaten uit de secundaire analyses van twee surveys: POLS en SIM

Uit de analyse van POLS blijkt dat met name psychisch en lichamelijk welbevinden met participatie samenhangen. Aandoeningen zijn uiteraard wel van invloed, maar indirect: via het welbevinden. Met andere woorden, het zijn niet zozeer de aandoeningen op zichzelf die bepalen of mensen wel of niet betaald werk verrichten, maar de samenhang van deze ziekten met het welbevinden.

Analyse van het SIM laat zien dat de omvang van het effect van gezondheid – opgevat als combinatie van aandoeningen en ervaren gezondheid – op de arbeidsparticipatie per groep verschilt. Gezondheid verklaart een relatief klein deel van het verschil in arbeidsparticipatie tussen autochtone vrouwen en autochtone mannen. Als we echter vrouwen van Turkse en Marokkaanse herkomst vergelijken met autochtone vrouwen, blijkt gezondheid bij de eersten meer gewicht in de schaal te leggen dan bij de autochtonen. Het feit dat Turks- en Marokkaans-Nederlandse vrouwen (en dan vooral die uit de Turkse groep) minder participeren dan autochtone vrouwen, wordt dus voor een groter deel verklaard door gezondheidsproblemen.

Groepsinterviews met Turks- en Surinaams-Nederlandse vrouwen

Uit de focusgroepgesprekken blijkt in de eerste plaats dat vrouwen die niet werken zich door hun aandoening meer beperkt voelen in hun doen en laten dan vrouwen die wel werken. Het is overigens niet duidelijk wat oorzaak en gevolg is. Het zou kunnen zijn dat de vrouwen die niet werken ernstiger aandoeningen hebben en daardoor meer beperkt zijn dan vrouwen die wel werken. Het is echter ook mogelijk dat sommige vrouwen niet werken doordat ze zich meer beperkt voelen dan anderen. In elk geval gaven de geïnterviewde vrouwen die niet werken aan, dit voor het overgrote deel niet als vrije keuze ervaren.

In de tweede plaats zeiden de werkende respondenten vaak voldoende mogelijkheden te ervaren om hun werkzaamheden aan te passen aan wat ze nog wel en niet meer kunnen. De niet-werkende respondenten zeggen ervan uit te gaan dat ze zich voor 100% voor hun werk moeten kunnen inzetten om interessant te zijn voor werkgevers. Ze zijn bang hierin tekort te schieten, en durven de stap terug naar werk dus bij voorbaat niet aan te gaan. Bovendien ervaren ze hun aandoening vaak als onvoorspelbaar en zijn ze bang over hun grenzen heen te gaan. Uit de interviews met de artsen komt naar voren dat werkgevers

inderdaad vaak meer geneigd zijn tot aanpassingen op de werkvloer voor mensen die tot het vaste personeel behoren, dan dat ze bereid zijn mensen van buiten ('met een vlekje') aan te nemen en daarvoor zaken aan te passen. Voor een deel is de perceptie van de niet-werkende vrouwen dus waarschijnlijk correct. Voor een deel laten ze zich echter bij voorbaat te veel ontmoedigen.

Tot slot kwamen in de focusgroepgesprekken enkele verschillen naar voren tussen vrouwen met een Surinaamse achtergrond en vrouwen met een Turkse achtergrond. Surinaams-Nederlandse vrouwen zijn gewend om voor zichzelf en hun kinderen te zorgen zonder daarbij afhankelijk te zijn van een partner. Dit geldt minder voor Turks-Nederlandse vrouwen, met name voor de eerste generatie, voor wie het hebben van een partner vanzelfsprekend is. Dat wil overigens niet zeggen dat de situatie daarom voor hen gemakkelijker is – in veel gevallen worden ze geacht voor hun partner te zorgen, met hun beperking en naast het eventuele werk. Bovendien lijken vrouwen uit de Turks-Nederlandse groep zich sneller dan de Surinaams-Nederlandse vrouwen bezwaard te voelen als ze anderen (familie bijvoorbeeld) om hulp moeten vragen. Een laatste opvallende bevinding betreft de ervaring van de Nederlandse gezondheidszorg. Met name de vrouwen die deze vergelijken met de gezondheidszorg in Turkije, voelen zich in Nederland vaak niet serieus genomen. Dit hangt waarschijnlijk voor een deel samen met taalproblemen, maar het lijkt ook een cultuurkwestie te zijn. Waar de Nederlandse geneeskunde meer afwachtend en terughoudend is, zijn artsen in Turkije meer gericht op handelen en voorschrijven.

#### Informatie van artsen

We interviewden huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. De artsen die we spraken zijn behoorlijk eensgezind in hun observaties. Verschillen tussen mannen en vrouwen en tussen diverse etnische groepen worden door hen wel genoemd, maar steeds ook gerelativeerd. Hun verhalen laten zien dat er eerder sprake is van accentverschillen dan van absolute verschillen. Zo zijn volgens de artsen vrouwen over de hele linie vaak iets meer geneigd rekening te houden met hun thuissituatie dan mannen. Dit versterkt elkaar ook: doordat mannen zich meer op het werk richten, zijn vrouwen de eerst verantwoordelijke wanneer er thuis problemen zijn.

Lichamelijk onverklaarde klachten – vaak in combinatie met sociale of psychische problemen – komen volgens de artsen meer voor bij laagopgeleiden en meer bij mensen van niet-westerse origine. De grens tussen lichamelijk en psychisch is vaak niet scherp te trekken. Psychische aandoeningen zoals depressie leiden vaak tot lichamelijke klachten, lichamelijke aandoeningen tot psychische klachten. Toch moeten lichamelijk onverklaarde klachten niet op een hoop worden gegooid met bijvoorbeeld depressie of angststoornissen – het betreft een ander beeld, met een andere prognose en behandeling.

Uitval uit het arbeidsproces hangt volgens de artsen veelal samen met de manier waarop aandoeningen worden ervaren en de manier waarop ermee wordt omgegaan – zowel door patiënten zelf als door hun omgeving. Het aanpassen van de werkomstandigheden of het bieden van ander werk kan een goede oplossing voor alle partijen zijn, zoals ook uit de gesprekken met de vrouwen bleek, maar het is voor de werkgever niet altijd moge-

lijk. De thuissituatie is van belang – in hoeverre krijgt iemand daar steun – maar ook de manier waarop iemand in het leven staat en de copingstrategieën die men hanteert: vervalt iemand tot inactiviteit uit angst voor het optreden van klachten of probeert ze te ontdekken wat met deze aandoening wel en niet mogelijk is?

Tot slot beschrijven de artsen een maatschappelijke ontwikkeling die in het algemeen van belang is voor de relatie tussen gezondheid en participatie. De arbeidsmarkt is de laatste jaren veeleisender en harder geworden. Dit maakt dat mensen met weinig opleiding, een ingewikkelde sociale situatie, weinig mentale capaciteit of lichamelijke dan wel psychische aandoeningen zichzelf minder goed staande kunnen houden dan vroeger. Wanneer ze dan ook nog ziek worden, blijft er vaak weinig anders over dan arbeidsongeschiktheid – er zijn simpelweg geen functies meer waar ze met hun verminderde capaciteit nog wel inpasbaar zijn. Omdat met name de eerste generatie vrouwen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond vaak in deze groep vallen, lopen die wat dit betreft veel risico.

#### Het belang van gezondheid

Deze studie laat duidelijk zien dat gezondheid een belangrijke factor is bij het verklaren van verschillen in arbeidsdeelname. Vooral Turks- en Marokkaans-Nederlandse vrouwen rapporteren veel gezondheidsproblemen en hun relatief lage arbeidsparticipatie valt hier in belangrijke mate aan toe te schrijven. Behalve het besteden van aandacht aan ‘klassieke’ thema’s als inburgering en de combinatie van arbeid en zorg, blijkt ook gezondheid een kwestie te zijn die specifieke aandacht behoeft. Duidelijk is dat ‘ziekte’ en ‘gezondheid’ meer omvatten dan alleen de aan- of afwezigheid van bepaalde aandoeningen. Het gaat ook om de manier waarop mensen aandoeningen ervaren en hanteren. De ervaring van en de omgang met aandoeningen worden mede bepaald door de verdere constitutie, door de sociale context en door de persoonlijke achtergrond. Zo kan het gebeuren dat een aandoening bij persoon A alleen aanleiding geeft tot tijdelijke aanpassingen op het werk, terwijl dezelfde aandoening bij persoon B leidt tot langdurig verblijf in de ziektewet en uiteindelijk arbeidsongeschiktheid. De aandoening is slechts onderdeel van de totale gezondheid en kan de weegschaal net doen doorslaan naar de verkeerde kant (van werk naar uitval). Zowel in de groepsgesprekken met vrouwen van Turkse en Surinaamse herkomst, als in de gesprekken met artsen komt steeds weer dit complex van factoren naar voren als uiteindelijke oorzaak van de uitval. Zoals een van de artsen het uitdrukte: het gaat altijd om verschillende speelborden waarop je tegelijk moet spelen om uitval te voorkomen. En als iemand dan toch uitvalt, is dat vrijwel nooit vrije keuze – noch van de persoon zelf, noch van de betrokken artsen, noch van de werkgever. Eerder is het, zoals een ander het noemde, een ‘onmachtvraagstuk’; er staan te veel pionnen verkeerd om het spel nog te kunnen winnen.

De belangrijkste conclusie van dit onderzoek is dat gezondheid meer aandacht verdient in het beleid gericht op het vergroten van de arbeidsdeelname van (met name) vrouwen van Turkse en Marokkaanse herkomst. Verschillende actoren spelen daarbij een rol: artsen, werkgevers en uiteraard de vrouwen zelf. Gezien het verkennend karakter van dit onderzoek gaat het doen van concrete aanbevelingen op dit moment te ver, maar duidelijk is wel dat hier nog veel winst te behalen valt.

# 1 Participatie en gezondheid bij niet-westerse vrouwen

Myra Keizer en Saskia Keuzenkamp

## 1.1 Een hogere arbeidsdeelname van vrouwen

Het vergroten van de arbeidsdeelname van vrouwen is sinds jaar en dag een belangrijke doelstelling van het emancipatiebeleid van de Nederlandse regering. Daartoe zijn in de afgelopen decennia tal van beleidsmaatregelen getroffen, variërend van het afschaffen van kostwinnerstoelagen tot het vergroten van de beroepskwalificaties van vrouwen, van het verbeteren van de positie van deeltijders tot het uitbreiden van kinderopvang, en van het verbeteren van de mogelijkheden voor vrouwen om een eigen bedrijf op te richten tot de invoering van diverse verlofregelingen. Het aandeel vrouwen dat betaald werk verricht is in de loop der jaren fors gestegen. Had in 1975 nog maar 29% van de vrouwen van 15 tot en met 64 jaar een baan van ten minste een uur per week, in 2009 was dit 70% (StatLine september 2010). Aan deze toename liggen verschillende factoren ten grondslag; naast het beleid speelt ook het gestegen opleidingsniveau van vrouwen een belangrijke rol, evenals de veranderde opinie over de rolverdeling tussen de seksen. Er zijn grote verschillen tussen groepen vrouwen in arbeidsdeelname: oudere generaties, lageropgeleiden en migrantenvrouwen (met name die van Turkse en Marokkaanse herkomst) werken veel minder vaak dan de jongeren, hogeropgeleide, autochtone en Surinaamse vrouwen. De beleidsinspanningen worden daarom nog altijd voortgezet en uitgebreid, waarbij soms sprake is van maatregelen die voor de gehele (potentiële) beroepsbevolking gelden (zoals afschaffing van de ‘aanrechtssubsidie’) en soms van specifieke maatregelen die bijvoorbeeld op migranten zijn gericht. Veel van de maatregelen om arbeidsparticipatie te bevorderen, hebben betrekking op de combinatie van arbeid met zorgtaken. Minder aandacht is uitgegaan naar de invloed van gezondheid op participatie. In de *Sociale atlas van vrouwen uit etnische minderheden* (Keuzenkamp en Merens 2006) en in de *Emancipatiemonitor 2008* (Merens en Hermans 2009) werd wel aandacht besteed aan verschillen tussen vrouwen en mannen in diverse etnische groepen op het gebied van gezondheid. Vrouwen rapporteren gemiddeld genomen een minder goede gezondheid dan mannen; migranten rapporteren een minder goede gezondheid dan autochtonen. Vrouwen noemen dit punt ook vaker als reden om niet, of minder uren, maatschappelijk actief te zijn. Zo blijkt uit gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) dat in het eerste kwartaal van 2010 510.000 (11%) vrouwen van 15 tot 65 jaar in verband met hun gezondheid niet beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt (voor 12 uur of meer). Bij de mannen gaat het om 303.000 personen of 6%. Bij bepaalde groepen niet-westerse migranten zijn de percentages veel hoger: bij Turks-Nederlandse vrouwen 15%, bij Marokkaans-Nederlandse vrouwen 11%, bij Surinaams-Nederlandse vrouwen 14% (StatLine, geraadpleegd juli 2010). Dit betekent dat gezondheidsproblemen belemmerend werken voor de emancipatie.

Gelet op de verschillen in arbeidsparticipatie, in gezondheid en in de relevantie van gezondheidsproblemen voor de arbeidsparticipatie heeft de directie Emancipatie van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) gevraagd te onderzoeken wat de invloed is van gezondheidsproblemen op de participatie van vrouwen.<sup>1</sup> Daarbij is met name aandacht gewenst voor vrouwen uit etnische minderheden, want juist zij zijn weinig actief op de arbeidsmarkt.

In deze inleiding staan we eerst stil bij de begrippen gezondheid, participatie en herkomst zoals deze in dit onderzoek aan de orde zullen komen. Vervolgens presenteren we de onderzoeksvragen en de werkwijze. Dat laatste wordt in de volgende hoofdstukken meer uitgebreid toegelicht.

## 1.2 Afbakening en begripsbepaling

### Participatie

Participatie is een breed begrip. Naast betaalde arbeid, kan het betrekking hebben op vrijwilligerswerk of mantelzorg; onderwijs en inburgering; culturele activiteiten of verenigingsactiviteiten; sociale contacten of vakantie. In het emancipatiebeleid gaat het bij participatie uiteindelijk vooral om arbeidsparticipatie. Betaald werk is in onze samenleving niet alleen bron van financiële zelfstandigheid, maar ook belangrijk voor onder meer zelfontplooiing en sociale contacten. Hoewel andere vormen van participatie eveneens waardevol kunnen zijn voor de samenleving en voor mensen zelf, kijken we in dit onderzoek alleen naar betaald werk. Onder arbeidsparticipatie verstaan we in dit rapport, tenzij anders vermeld, het hebben van betaald werk. Dat is een andere definitie dan het CBS meestal gebruikt – netto arbeidsparticipatie – waarbij wordt uitgegaan van 12 uur per week betaalde arbeid of meer.

### Gezondheid

Van gezondheid zijn verschillende definities in omloop. Het meest gangbaar is de definitie van de World Health Organization (WHO) uit 1948: gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken. Een belangrijk aspect van deze definitie is dat hierin wordt erkend dat gezondheid breder is dan de afwezigheid van een gediagnosticeerde ziekte. Voor de WHO is iemands gezondheid een complex samenspel van haar of zijn fysiologische en anatomische eigenschappen en mogelijke stoornissen daarin, activiteiten en beperkingen daarvan, externe factoren (sociaal en fysiek), en de manier waarop iemand al deze factoren combineert (mede bepaald door persoonlijke geschiedenis). In dit onderzoek beschouwen we gezondheid in het verlengde hiervan als combinatie van de afwezigheid van ziekten en optimaal lichamelijk en psychisch welbevinden. Meer hierover in hoofdstuk 2.

## Herkomst

In dit rapport worden in totaal tien groepen met elkaar vergeleken:

- autochtoon-Nederlandse vrouwen en mannen
- Turks-Nederlandse vrouwen en mannen
- Marokkaans-Nederlandse vrouwen en mannen
- Surinaams-Nederlandse vrouwen en mannen
- Antilliaans-Nederlandse vrouwen en mannen.

Wanneer we spreken over vrouwen en mannen uit verschillende herkomstgroepen, bedoelen we deze groepen. Vrouwen en mannen uit andere groepen, bijvoorbeeld Afghaanse of Iraanse Nederlanders, laten we hier – mede door gebrek aan bestaande data – noodgedwongen buiten beschouwing.

Verder maken we regelmatig onderscheid tussen leden van de eerste en de tweede generatie. Mensen van de eerste generatie zijn zelf in het buitenland geboren, mensen van de tweede generatie zijn in Nederland geboren. Als ten minste één van beide ouders in het buitenland geboren is, noemen we deze persoon niet autochtoon-Nederlands maar behorend tot de groep waartoe die ouder behoort. De correcte aanduiding van eerste en tweede generatie samen zou ‘Turks-Nederlandse (of Marokkaans-Nederlandse, enz.) vrouwen en mannen en hun kinderen’ zijn. Omdat dit de leesbaarheid van het rapport niet bevordert, spreken we verder over Turkse Nederlanders. Tenzij anders vermeld gaat het daarbij om eerste en tweede generatie samen (Dagevos en Gijsberts 2009).

Het CBS telde op 1 december 2009 ruim 16,5 miljoen Nederlanders. Hieronder bevonden zich 185.000 Turks-Nederlandse vrouwen, 179.000 Surinaams-Nederlandse vrouwen, 168.000 Marokkaans-Nederlandse vrouwen en 69.000 Antilliaans-Nederlandse vrouwen. In tabel 1 is onderscheid gemaakt naar eerste en tweede generatie. Ruim de helft van de vrouwen uit deze groepen behoort tot de eerste generatie.

Tabel 1.1

Bevolking van Turks-, Marokkaans-, Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse herkomst, naar sekse en generatie, 2010 (in absolute aantallen)

		Turks		Marokkaans		Surinaams		Antilliaans	
		v	m	v	m	v	m	v	m
totale bevolking	1e generatie	94945	101470	79168	88188	101688	83250	41226	39767
	2e generatie	90396	96725	89271	91800	77318	79201	28103	28763
20 tot 65 jaar	1e generatie	84490	88810	70767	74695	87381	72335	33413	32677
	2e generatie	28804	31609	23089	23204	34364	34053	10270	10441

Bron: CBS (StatLine januari 2010)

De leeftijdsopbouw van de niet-westerse migrantengroepen is ongelijk aan die van de autochtoon-Nederlandse bevolking. 38% van de autochtoon-Nederlandse vrouwen valt in de groep tussen de 20 en 50 jaar, daar waar de arbeidsparticipatie het hoogst zou moeten zijn. Voor de migrantengroepen ligt dit rond de 50% (StatLine januari 2010).



### 1.3 Onderzoeksvragen en werkwijze

De centrale vraag in dit rapport luidt: in hoeverre werken gezondheidsproblemen voor vrouwen en mannen uit verschillende herkomstgroepen belemmerend voor hun arbeidsparticipatie. Om daarop een antwoord te geven zullen de volgende vragen aan de orde komen:

- 1 Wat is de aard en omvang van verschillen in arbeidsparticipatie en gezondheid tussen vrouwen en mannen uit verscheidene herkomstgroepen?
- 2 Op welke manier beïnvloedt (on)gezondheid de arbeidsparticipatie bij vrouwen en mannen uit verscheidene herkomstgroepen? Speelt gezondheid bij migrantenvrouwen wellicht een grotere of andere rol bij het al dan niet participeren op de arbeidsmarkt dan bij autochtone vrouwen of dan bij mannen uit hun eigen groep?

Om deze vragen te beantwoorden gaan we op verschillende manieren te werk. In hoofdstuk 2 wordt eerst nader beschreven hoe het is gesteld met de arbeidsparticipatie en gezondheid van vrouwen en mannen uit etnische groepen in Nederland. Ook gaan we kort in op de verklaring van die verschillen, voor zover bekend uit eerder onderzoek. Daarna volgen enkele analyses op basis van grootschalige enquêtes onder de Nederlandse bevolking. Zo proberen we een eerste antwoord te geven op de vraag hoe groot de invloed is van gezondheid bij het verklaren van verschillen in arbeidsdeelname en of er sprake is van verschillen in de manier waarop gezondheid de deelname van die groepen beïnvloedt. Zoals gezegd ligt de focus in dit onderzoek op vrouwen; mannen zullen alleen vergelijkenderwijs aan de orde komen. In hoofdstuk 3 komen vrouwen zelf aan het woord; we doen verslag van focusgroepgesprekken met Surinaamse en Turkse vrouwen, werkend en niet werkend, van de eerste en van de tweede generatie. In hoofdstuk 4 is het de beurt aan artsen; er worden analyses gegeven van interviews met huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. De conclusies van het onderzoek zijn verwoord in hoofdstuk 5.

#### Noot

- 1 Het onderzoek vindt plaats in het kader van artikel 3 van het VN-vrouwenverdrag, waarin het gaat om de verzekering van ontplooiing en ontwikkeling van vrouwen.

## 2 Participatie en gezondheid: een eerste verkenning

Saskia Keuzenkamp, Myra Keizer en Jurjen Iedema

Voordat de relatie tussen participatie en gezondheid onderzocht kan worden, is het van belang eerst inzicht te bieden in de stand van zaken op deze terreinen. Daarom beginnen we dit hoofdstuk met een beschrijving van de verschillen in arbeidsparticipatie tussen vrouwen en mannen van verschillende etnische herkomst en staan daarbij kort stil bij de oorzaken van deze verschillen (§ 2.1). In paragraaf 2.2 staat de gezondheid centraal: wat is gezondheid eigenlijk, hoe groot zijn de verschillen in gezondheid tussen vrouwen en mannen en tussen diverse herkomstgroepen en welke determinanten liggen daaraan ten grondslag? Tot slot presenteren we de bevindingen van onze analyses met behulp van twee kwantitatieve databestanden (§ 2.3).

### 2.1 Arbeidsparticipatie

Voor het beschrijven van de arbeidsdeelname gaan we zoals gezegd uit van een brede definitie waarbij iedereen die werkt wordt meegenomen.<sup>1</sup> Er zijn onder de bevolking behoorlijk grote verschillen in participatie. Zowel bij autochtonen als bij migranten is het aandeel werkzame mannen hoger dan dat van werkzame vrouwen. Bij Surinaamse Nederlanders is het sekseverschil erg klein (2 procentpunten), bij Turkse Nederlanders het grootst (21 procentpunten). De hoogste participatie is te vinden bij de autochtone mannen, gevolgd door de Turks-Nederlandse mannen; de laagste zien we bij de Marokkaans- en Turks-Nederlandse vrouwen.

Tabel 2.1

Arbeidsdeelname (een uur per week of meer) naar sekse en etnische herkomst, bevolking van 15-64 jaar, 2009 (in procenten)

	vrouwen	mannen
Turks	50	71
Marokkaans	45	66
Surinaams	68	70
Antilliaans	57	70
autochtonen	72	84

Bron: CBS (StatLine 3 september 2010)

Zoals bekend werken vrouwen vaak in deeltijd. Dat typisch Nederlandse arbeidspatroon is in alle migrantengroepen terug te vinden, maar onder de werkende vrouwen is bij de autochtonen het aandeel deeltijders het grootst (driekwart). De werkende vrouwen van

Surinaamse en Antilliaanse herkomst hebben het vaakst een voltijd baan. In 2008 gold dat voor ruim vier op de tien werkende vrouwen uit die twee groepen (Merens 2009).

#### Verschillen in arbeidsdeelname binnen groepen

Naast verschillen tussen groepen zijn er ook binnen de groepen verschillen in arbeidsdeelname, bijvoorbeeld tussen leeftijdsgroepen. De 25-44-jarigen werken in alle groepen het meest; alleen bij de Marokkaans-Nederlandse vrouwen is het aandeel dat werkt het hoogst onder de groep 15-24-jarigen. Jongeren tot 25 jaar zijn vaak nog bezig met een opleiding of hebben nog geen werk kunnen vinden. Ouderen zijn deels al op enig moment uitgestroomd, bijvoorbeeld vanwege arbeidsongeschiktheid of (bij vrouwen) vanwege de zorg voor kinderen. Onder Turks- en Marokkaans-Nederlandse vrouwen van 45 jaar of ouder is de arbeidsdeelname gering (resp. 20% en 13% in 2006). Dit hangt onder meer samen met de verschillen in arbeidsparticipatie tussen de eerste en tweede generatie migranten. Het beeld is wat generatieverschillen betreft niet in alle groepen gelijk. Bij de Turks-, Marokkaans- en Surinaams-Nederlandse mannen heeft de eerste generatie vaker een baan dan de tweede generatie. Bij de vrouwen van Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse herkomst heeft de tweede generatie vaker werk.

Tabel 2.2

Arbeidsdeelname (een uur per week of meer) van vrouwen en mannen (15-64 jaar) naar etnische herkomst, leeftijd, generatie, opleiding en positie in het huishouden, 2006 (in procenten)

	autochtoon		Turks		Marokkaans		Surinaams		Antilliaans	
	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m
leeftijd										
15-24 jaar	64	65	41	50	47	49	48	53	40	44
25-44 jaar	82	96	46	79	41	74	77	82	68	84
45-64 jaar	60	76	20	39	13	46	64	72	58	70
generatie										
eerste			36	66	32	64	70	76	55	69
tweede			48	58	51	51	58	65	66	69
opleiding <sup>a</sup>										
max. bao	42	53	31	60	21	56	48	61	42	53
vmbo	50	80	46	71	36	67	65	75	50	80
mbo/havo/vwo	75	87	51	74	61	83	82	83	75	87
hbo, wo	88	94	-	-	-	-	93	91	88	94
huishoudenspositie										
inwonend kind	62	70	40	55	48	48	45	55	35	44
alleenstaand	67	75	-	-	-	57	62	75	61	61
met partner	61	77	47	58	50	63	75	64	62	77
met partner en kinderen	81	95	40	72	28	67	78	90	86	91
alleenstaand ouder	-	-	-	-	-	-	66	-	50	-

- = te klein aantal respondenten (< 50)

a Hoogst behaalde opleidingsniveau onder de niet-schoolgaanden.

Bron: SCP (SIM'06)

In alle etnische groepen is onder zowel de vrouwen als de mannen de arbeidsdeelname hoger naarmate het opleidingsniveau hoger is. Marokkaans-Nederlandse en Turks-Nederlandse laagopgeleide vrouwen (met hooguit (enkele jaren) basisonderwijs) kennen de laagste arbeidsdeelname (resp. 21% en 31%). Het is duidelijk dat er samenhang is tussen opleiding, leeftijd en generatie. De zeer laagopgeleide vrouwen zijn meestal ouder en behoren relatief vaak tot de eerste generatie.

Een laatste relevant verschil dat veelvuldig in de literatuur wordt genoemd betreft de positie in het huishouden. Mannen en vrouwen met een partner hebben in de meeste groepen vaker betaald werk dan de alleenstaanden en de inwonende kinderen. De aanwezigheid van kinderen in het huishouden gaat in het bijzonder bij vrouwen van Turkse en Marokkaanse herkomst gepaard met een lage arbeidsdeelname.

#### Determinanten van participatie

Met de schets van de verschillen in arbeidsdeelname tussen de groepen is al het een en ander gezegd over de vraag welke factoren samenhangen met arbeidsparticipatie. Uit de (bivariate) beschrijving wordt echter niet duidelijk wat er nu het meest toe doet. Zoals gezegd is er samenhang tussen leeftijd en opleiding. Jongeren zijn immers hoger opgeleid dan ouderen. Het is daarom denkbaar dat verschillen in participatie tussen leeftijdsgroepen vooral moeten worden toegeschreven aan opleiding. In onderzoek wordt derhalve gewerkt met zogenoemde multivariate analyses, waarbij de verschillende determinanten tegelijkertijd in de analyse worden meegenomen. Deze onderzoeken wijzen eveneens op het grote belang van opleiding (zie Groeneveld et al. 2004; Dagevos 2007), die vaak de belangrijkste motor voor emancipatie en integratie wordt genoemd. Voor Marokkaans-Nederlandse vrouwen geldt bovendien dat de kans op arbeidsdeelname hoger is als zij geen kinderen en geen partner hebben. Bij vrouwen van Surinaamse en Antilliaanse herkomst daarentegen vertoont de zorg voor kinderen geen samenhang met arbeidsdeelname en heeft een partner een positief effect (Groeneveld et al. 2004). De migratieachtergrond blijkt eveneens een belangrijke factor te zijn, vooral bij mensen van Turkse en Marokkaanse herkomst, waar de eerste generatie (vooral de vrouwen) vaak niet (meer) werkt.

Bij het verklaren van verschillen in arbeidsdeelname wordt bovendien bij vrouwen een samenhang gevonden met rolopvattingen, zowel van henzelf als in hun omgeving. Modernere opvattingen gaan gepaard met een grotere kans op arbeidsdeelname. Een opvallend afwezige verklarende factor in de genoemde onderzoeken betreft de rol van ziekte en gezondheid (Keuzenkamp 2007), het onderwerp van deze studie.

Voor de goede orde zij nog opgemerkt dat naast deze determinanten, die te maken hebben met kenmerken van de migranten zelf, ook andere factoren van invloed zijn op de arbeidsdeelname. Te denken valt aan de beschikbaarheid van banen en discriminatie (Andriessen et al. 2007, 2010). Beide kunnen leiden tot onvrijwillige werkloosheid.

#### Werkloosheid

Versillen in arbeidsparticipatie tussen de groepen kunnen voor een deel het gevolg zijn van een hoger aandeel werklozen bij sommige groepen. Werkloos zijn volgens de officiële definitie van het Centraal Bureau voor de Statistiek personen die geen baan

hebben van ten minste 12 uur per week en die actief op zoek zijn naar werk. Het werkloosheidspercentage wordt afgemeten aan de zogenoemde beroepsbevolking; dit zijn de werkenden én de werklozen. De noemer is hier dus anders dan bij het bepalen van de arbeidsparticipatie (want daar gaat het om het aandeel binnen de totale bevolking van 15-64 jaar).

Migranten zijn vaker werkloos dan autochtonen en dat geldt zowel voor mannen als voor vrouwen. Marokkaans-Nederlandse mannen en Turks-Nederlandse vrouwen zijn volgens de CBS-definitie het meest werkloos; autochtone mannen het minst. Sinds jaar en dag kennen autochtone vrouwen een hoger werkloosheidspercentage dan autochtone mannen. Dit sekseverschil is ook zichtbaar bij de Turks- en Antilliaans-Nederlandse vrouwen, maar in de andere migrantengroepen is het werkloosheidspercentage hoger onder de mannen.

Tabel 2.3

Werkloosheid (binnen de beroepsbevolking) naar sekse en etnische herkomst, 2009 (in procenten)

	vrouwen	mannen
Turks	12,8	8,6
Marokkaans	12,0	12,6
Surinaams	8,4	11,9
Antilliaans	11,4	10,8
autochtoon	4,6	3,5
totaal	5,3	4,5

Bron: CBS (StatLine 5 augustus 2010)

### Arbeidsongeschiktheid

Naast werkloosheid kan arbeidsongeschiktheid een mogelijke verklaring vormen voor het verschil in arbeidsdeelname tussen groepen. Dit thema hangt nauw samen met het onderwerp van ons onderzoek: de relatie tussen participatie en gezondheid. Volgens de huidige wetgeving is iemand arbeidsongeschikt als hij of zij twee jaar ziek is geweest en gezamenlijke inspanningen van werkgever en werknemer om tot re-integratie te komen geen succes hebben gehad. Een specifieke groep arbeidsongeschikten betreft de ontvangers van een Wajonguitkering: mensen zonder of met een heel beperkt arbeidsverleden. Vooral Turkse en Marokkaanse Nederlanders zijn relatief vaak afhankelijk van een arbeidsongeschiktheidsuitkering (10% in 2009). Het hoge aandeel Turks-Nederlandse vrouwen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering is opmerkelijk, zo is al eerder vastgesteld (Merens 2004). Het percentage is bij hen het hoogst van alle groepen vrouwen en ligt op hetzelfde niveau als het aandeel bij de Turks-Nederlandse mannen, terwijl de arbeidsparticipatie van de vrouwen uit die groep beduidend lager ligt dan die van de mannen. Factoren die bepalend zijn voor de hoge mate van arbeidsongeschiktheid bij mensen van Turkse en Marokkaanse herkomst in het algemeen zijn het lage opleidingsniveau en het hogere risico op arbeidsongeschiktheid van laag opgeleiden (vanwege relatief ongunstige arbeidsomstandigheden), hun slechtere gezondheid, een afwijkende

ziektebeleving en -presentatie en communicatieproblemen tussen keuringsartsen en werknemers (Tesser et al. 1999; Duyvendak et al. 2002). Voor Turks- en Marokkaans-Nederlandse vrouwen zou bovendien gelden dat zij te maken hebben met culturele conflicten (Duyvendak et al. 2002), maar onduidelijk blijft waarom het percentage bij de Turks-Nederlandse vrouwen veel hoger ligt dan bij de Marokkaans-Nederlandse vrouwen.

Tabel 2.4

Aandeel met arbeidsongeschiktheidsuitkering<sup>a</sup> naar sekse en etnische herkomst, bevolking van 15-64 jaar, 2009 (in procenten)

	vrouwen	mannen
Turks	10	10
Marokkaans	5	10
Surinaams	8	7
Antilliaans	4	4
autochtoon	7	8
totaal	7	8

a Uitkeringen op basis van de WAO, WIA, WAZ en Wajong.

Bron: CBS (StatLine 5 augustus 2010)

De cijfers maken al met al duidelijk dat de arbeidsdeelname het laagst is onder vrouwen van Turkse en Marokkaanse herkomst. Het verschil tussen hun participatiegraad en die van autochtoon-Nederlandse vrouwen en van mannen uit hun eigen groep is veruit het grootst. Zij kennen bovendien een hoog werkloosheidspercentage en met name de Turks-Nederlandse vrouwen zijn vaak arbeidsongeschikt.

## 2.2 Gezondheid

In hoofdstuk 1 hebben we uiteengezet dat we een brede definitie van gezondheid hanteren: een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. Sociale wetenschappers kunnen voor het onderzoek naar gezondheid gebruikmaken van informatie die via enquêtes is verzameld onder de bevolking (zelfrapportage) of van informatie uit registraties door anderen, bijvoorbeeld artsen. Beide bronnen hebben hun beperkingen. De vraagstelling in enquêtes laat bijvoorbeeld ruimte voor subjectieve interpretatie, het is moeilijk om een representatief beeld van alle groepen te krijgen, taalproblemen kunnen een rol spelen en sommige vragenlijsten lenen zich minder goed voor het meten van gezondheid bij niet-westerse migranten. Rapportage door artsen kent deze nadelen niet: in principe is hun praktijk een afspiegeling van de bevolking van hun regio en zijn zij door hun professionele vaardigheden in staat neutrale beoordelingen te maken, los van de achtergrond van de persoon die ze voor zich hebben. Toch blijkt deze neutraliteit in sommige gevallen problematisch. Zo is veel van de kennis waarop artsen hun diagnose en behandeling baseren, gebaseerd op onderzoek onder

(witte) mannen (Stronks et al. 2008). Dit kan resulteren in een gebrek aan rapportage en behandeling van vrouwen. De gebruikelijke diagnostische categorieën voor psychische klachten, waarmee onder meer angststoornissen en depressie worden gemeten – ontleend aan de DSM-IV –, zijn lang niet altijd van toepassing of bruikbaar voor de klachten van (met name) eerste generatie niet-westerse migranten (Bekker en Van Mens-Verhulst 2008). Bovendien kunnen taalproblemen een rol spelen in het contact tussen arts en patiënt. Een laatste belangrijk nadeel van artsenregistraties is dat ze wel inzicht geven in het vóórkomen van klachtenpatronen en aandoeningen, maar niet in de effecten van die klachten en aandoeningen op het functioneren van mensen.

In het kwalitatieve gedeelte van dit onderzoek, dat in de volgende hoofdstukken wordt beschreven, komen zowel artsen als vrouwen zelf aan het woord. In het kwantitatieve gedeelte beperken we ons voor het grootste gedeelte tot de resultaten van twee grote enquêtes – daarover dadelijk meer. De informatie van artsen waarover we konden beschikken, betrof wel registratie naar geslacht en leeftijd, maar niet naar herkomst.<sup>2</sup> Omdat verschillen in gezondheid tussen mannen en vrouwen mede onderdeel uitmaken van onze vraagstelling, staan we om te beginnen kort stil bij deze registraties.

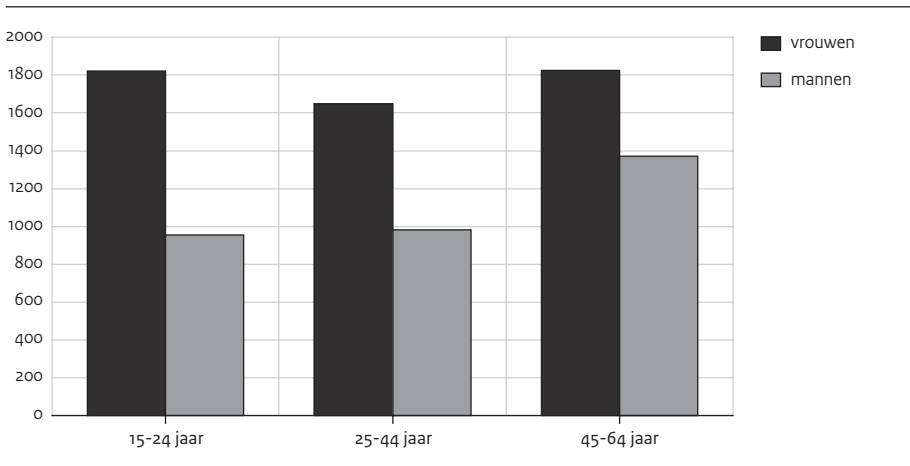
### 2.2.1 Verschillen in gezondheid volgens huisartsregistraties

Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), ondergebracht bij het Nivel, telde in 2007 87 geautomatiseerde huisartspraktijken met bijna 340.000 ingeschreven patiënten ([www.linh.nl](http://www.linh.nl)). LINH bevat gegevens uit deze praktijken over aandoeningen, verrichtingen, geneesmiddelgebruik en doorverwijzingen. Door koppeling van de gegevens aan het Sociaal Statistisch Bestand kan informatie worden gegenereerd over etnische verschillen op deze punten, maar voor ons onderzoek was dat helaas niet mogelijk.

Uit de LINH-gegevens blijkt dat vrouwen bijna twee keer zo vaak klachten bij de huisarts melden als mannen (figuur 2.1). Deze bevinding is in overeenstemming met onderzoek van ruim tien jaar geleden (Lagro-Janssen 1997), waarin deze scheve verdeling werd verklaard door geslachtsgebonden klachten. Vrouwen bezoeken de huisarts relatief vaak met vragen rond anticonceptie, zwangerschap, screening op borst- en baarmoederhalskanker, enzovoort.

Figuur 2.1

Incidentie<sup>a</sup> van alle gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk 2007, per 1000 ingeschreven patiënten uit betreffende leeftijdsgroep



a De incidentie geeft het aantal nieuwe episodes per jaar aan van de betreffende diagnose of aandoening.

Bron: [www.linh.nl](http://www.linh.nl), december 2009

Uit nadere analyses van de LINH-data blijkt echter dat dit soort vragen nog niet de helft van het verschil tussen de seksen verklaart. In figuur 2.2 is te zien welk gewicht de diverse categorieën van klachten in de schaal leggen voor het verklaren van het verschil in meldingen tussen mannen en vrouwen. Dan blijkt bijvoorbeeld dat klachten aan de luchtwegen 11% van het totale verschil tussen vrouwen en mannen verklaren, vragen rond zwangerschap, bevalling en anticonceptie 16%. Zelfs als we urineweginfecties ook als geslachtsgebonden opvatten (meer vrouwen dan mannen hebben daar last van) wordt slechts 45% van het verschil in klachtmeldingen tussen vrouwen en mannen hierdoor verklaard. De overige 55% is verdeeld over andersoortige klachten en aandoeningen.

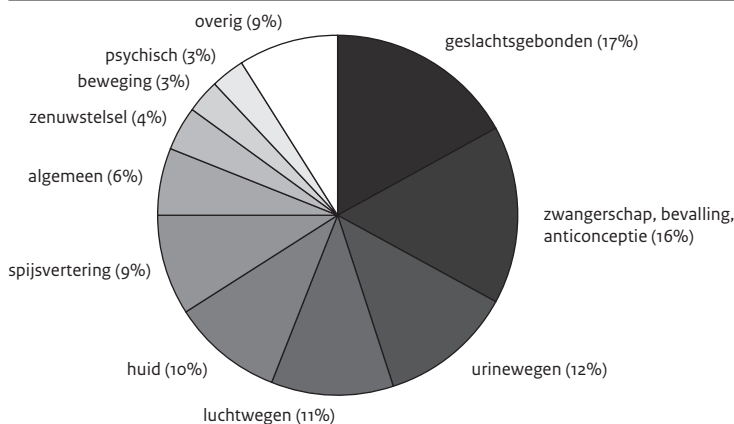
Vrouwen komen dus vaker dan mannen bij de huisarts. Wat zegt dit over de gezondheid van vrouwen ten opzichte van die van mannen? Vragen rond anticonceptie, vruchtbaarheid en zwangerschap houden niet per se verband met de gezondheid, maar ook als we deze buiten beschouwing laten is het verschil in klachtmelding tussen vrouwen en mannen aanzienlijk. Een deel van dit verschil wordt verklaard door het feit dat sommige aandoeningen vaker voorkomen bij vrouwen dan bij mannen. Een ander deel hangt waarschijnlijk samen met verschillen in de ervaring van lichamelijke klachten en aandoeningen door vrouwen en mannen. Zo is bekend dat vrouwen vergeleken met mannen lichamelijke veranderingen eerder opmerken, die eerder in termen van ziekte interpreteren en eerder geneigd zijn om ze als zodanig te benoemen (Gijsbers van Wijk et al. 1999). Mannen negeren klachten vaker of merken ze niet eens op, vrouwen gaan sneller naar



de huisarts. Dat hoeft niet te betekenen dat mannen onzorgvuldig met hun gezondheid omgaan of dat vrouwen kleinzerig zijn. Het zegt alleen iets over verschillen in ervaring van lichamelijke symptomen en verschillen in de presentatie en het hanteren daarvan.<sup>4</sup>

Figuur 2.2

Gewicht van diverse categorieën klachten voor verklaring van het totale verschil in meldingen bij de huisarts door vrouwen en mannen, bevolking van 15-64 jaar (in procenten)<sup>3</sup>



Bron: [www.linh.nl](http://www.linh.nl), december 2009

### 2.2.2 Verschillen in gezondheid volgens zelfrapportage

De gegevens uit huisartsenregistraties bieden vooralsnog geen inzicht in gezondheidsverschillen tussen autochtonen en migranten. Daarvoor zijn we te rade gegaan bij bevolkingsenquêtes. De informatie over de gezondheid van vrouwen en mannen uit etnische minderheden is echter ook daarin over het algemeen gebrekkig. In de belangrijkste landelijk representatieve enquêtes over gezondheid zitten vaak kleine aantallen migranten, waardoor niet altijd onderscheid kan worden gemaakt tussen de verschillende herkomstgroepen. Bovendien zijn de migranten die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen niet in het onderzoek vertegenwoordigd. Dat betekent dat niet met zekerheid is te zeggen of de gevonden informatie representatief is voor alle migranten.

De belangrijkste bron voor gedetailleerde informatie over gezondheid is de gezondheidsvragenlijst van P O L S (Periodiek Onderzoek Leefsituatie, CBS).<sup>5</sup> Om voldoende aantallen migranten in de dataset te hebben, is een aantal jaren van de P O L S-enquête samengenomen (voor Antillianen gaat het dan nog steeds om een te klein aantal respondenten om apart over te rapporteren). Die samenvoeging van jaren lost het probleem van selectiviteit van respondenten uit migrantenkring echter niet op, dus de bevindingen moeten met een zeker voorbehoud worden bekeken. Daarom presenteren we tevens gegevens uit de Survey Integratie Minderheden (S I M) uit 2006, waarvoor beide bezwaren

niet gelden: de aantallen zijn groot genoeg en door de wijze waarop het onderzoek is vormgegeven, is het wel representatief voor migranten. Die enquête bevat evenwel weinig informatie over gezondheid.

#### Twee elementen van gezondheid

In P.O.L.S wordt gezondheid op verschillende manieren onderzocht. In de eerste plaats wordt gevraagd naar kortdurende (griep, infecties, blessures, enz.) en langdurige aandoeningen. In de tweede plaats wordt gevraagd naar de algemene gezondheidstoestand, hoe mensen zich voelen. Deze twee elementen (aandoeningen en ervaring) zijn samen bepalend voor de gezondheid.

#### Langdurige aandoeningen

In de gezondheidsvragenlijst van P.O.L.S wordt gevraagd of mensen in de afgelopen 12 maanden last hebben gehad van een groot aantal aandoeningen. Om te beginnen vallen bij de antwoorden de hoge percentages op van mensen met hoofdpijn en migraine. In bijna alle groepen (behalve bij autochtone en Surinaams-Nederlandse mannen) zeggen twee op de tien mensen daaraan te lijden. Bij de Turks-Nederlandse vrouwen gaat het zelfs om vier op de tien. Veelvoorkomende aandoeningen zijn verder: rugpijn (twee op de tien mannen van Turkse herkomst) en pijn in nek en schouder (bij twee op de tien Turks-, Surinaams- en Marokkaans-Nederlandse vrouwen). Rugpijn komt overigens ook veel voor bij Turks-Nederlandse vrouwen en Marokkaans-Nederlandse mannen (resp. 15% en 16%) en nek- en schouderklachten komen veel voor bij Turks- en Surinaams-Nederlandse mannen (resp. 18% en 15%). Tot slot is nog het hoge percentage diabetes bij Marokkaans-Nederlandse mannen opvallend (15%).

Overigens moet bij deze cijfers worden bedacht dat het om een brede leeftijdsgroep gaat en dat de leeftijdsopbouw van de niet-westerse migranten gemiddeld jonger is. Wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijdsopbouw blijkt dat alle langdurige aandoeningen die in de top-10 van de meest voorkomende staan in de leeftijdsgroep van 25 tot 60 jaar meer voorkomen bij niet-westerse migranten dan bij autochtonen. Zowel voor autochtonen als voor migranten geldt bovendien dat elke langdurige aandoening uit de top-10 meer voorkomt bij vrouwen dan bij mannen (Keuzenkamp en Van Mens-Verhulst 2009).

Veel voorkomende klachten zijn ook depressie en angststoornissen (zie lager in de tabel). Deze cijfers zijn niet helemaal te vergelijken met die daarboven, omdat de vraagstelling verschilde – er werd hier niet gevraagd naar het afgelopen jaar, maar naar ‘ooit’. Ook deze aandoeningen komen aanzienlijk vaker voor bij vrouwen en vaker bij migranten dan bij autochtonen.

Tabel 2.5

Voorkomen van aandoeningen<sup>a</sup> naar herkomst en sekse, bevolking van 25-64 jaar, 2005-2008  
(in procenten)

	Turks		Marokkaans		Surinaams		autochtonen	
	v	m	v	m	v	m	v	m
rugpijn	15	20	8	16	14	12	11	12
hoofdpijn, migraine	42	24	30	22	34	13	21	9
artrose	8	5	-	12	15	9	11	8
pijn nek en schouder	22	18	20	5	20	15	13	8
astma	10	5	8	5	12	10	7	6
pijn hand en pols	11	8	8	12	18	10	7	5
diabetes <sup>b</sup>	4	6	15	9	10	9	3	4
eczeem	3	4	-	4	2	5	4	4
psoriasis	1	-	-	1	-	1	2	3
gewrichtsontsteking	1	1	-	3	2	1	6	3
darmklachten	5	4	5	5	3	3	4	2
hartklachten	1	2	-	2	2	2	1	1
vaatproblemen	3	2	-	3	2	3	1	1
incontinentie	8	1	-	3	5	-	6	1
duizeligheid, vallen	11	4	8	12	11	3	2	1
depressie <sup>c</sup>	39	29	27	24	39	23	33	21
angststoornis <sup>d</sup>	38	24	41	32	40	20	35	20
kanker <sup>e</sup>	2	-	-	-	4	2	6	3
beroerte <sup>e</sup>	-	1	-	-	1	2	1	2
hoge bloeddruk	11	7	5	9	20	14	13	12
hartinfarct <sup>e</sup>	1	6	1	1	-	5	1	2

- = te kleine aantallen

a In de afgelopen 12 maanden (ernstige) last gehad van deze aandoening.

b Heeft u suikerziekte?

c Heeft u ooit een periode gehad waarin u erg somber of depressief was, minstens 2 weken achter elkaar?

d Heeft u ooit een periode gehad waarin u ernstig angstig of bezorgd was, minstens 2 weken achter elkaar?

e Heeft u ooit (x) gehad?

Bron: CBS (POLS-Gezondheid'05-'08)

## Welbevinden

We vatten gezondheid breder op dan alleen de afwezigheid van ziekte of andere gebreken. In POLS is een aantal vragen opgenomen die de zogenoemde functionele gezondheid meten: de S(hort) F(ormat)-12.<sup>6</sup> Hierbij wordt onder meer gevraagd naar problemen bij inspanning en bij tillen, naar lichamelijke pijn en naar somberheid. Op basis van statistische analyses van twaalf vragen kunnen vervolgens twee samenvattende maten worden berekend: een voor lichamenlijk en een voor psychisch welbevinden (Ware et al. 2002).<sup>7</sup> Deze maten worden in internationaal gezondheidsonderzoek veel gebruikt,

bijvoorbeeld om te achterhalen in hoeverre bepaalde aandoeningen invaliderend zijn, of om de gezondheid van verschillende populaties met elkaar te vergelijken. We gebruiken hier het woord ‘welbevinden’ als vertaling van ‘health’, omdat we langdurige aandoeningen ook in het begrip gezondheid willen betrekken. In Nederlandse literatuur wordt ook wel gesproken van ‘ervaren gezondheid’ ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)), maar die term verwijst naar slechts één onderdeel van de SF-12, het item waarin mensen gevraagd wordt naar hun algemene gezondheid. De itemlijst die we hier gebruiken, omvat veel meer dan dat.

In tabel 2.6 is het gemiddelde welbevinden voor de hele Nederlandse bevolking op 100 gesteld. Boven de 100 is het welbevinden dus beter dan gemiddeld – dit geldt alleen voor autochtone mannen. Autochtone vrouwen komen iets onder dit gemiddelde uit, niet-westerse mannen en vrouwen zitten daar nog behoorlijk onder, met het psychisch welbevinden van Marokkaans-Nederlandse vrouwen als uitschieter naar beneden.

Tabel 2.6

Verskil ten opzichte van gemiddeld (=100) welbevinden in Nederland, naar herkomst en sekse, bevolking van 25-64 jaar (indexcijfers)

	lichamelijk welbevinden		psychisch welbevinden	
	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen
Turks	85	92	81	90
Marokkaans	86	85	75	83
Surinaams	85	94	86	93
autochtoon	98	103	98	103

Bron: CBS (PoLS-Gezondheid'05-'08)

#### Ervaren gezondheid en gezondheidsklachten in SIM

Zoals gezegd is een belangrijke beperking van PoLS-Gezondheid dat het aantal migranten in de steekproef klein is en dat degenen die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen niet goed vertegenwoordigd zijn in de data. Daarom presenteren we hier eveneens gegevens uit een onderzoek specifiek onder migranten: het SIM (Survey Integratie Minderheden). Het aantal vragen hierin over gezondheid is echter beperkt. Allereerst gaan we in op de ervaren gezondheid. In het SIM wordt gevraagd: ‘Hoe goed is over het algemeen uw gezondheid?’ In alle groepen beoordeelt de meerderheid die als (zeer) goed, maar er zijn wel duidelijke verschillen. Autochtone mannen vinden zichzelf het vaakst heel gezond (88%), gevolgd door Antilliaans-Nederlandse mannen (84%) en autochtone vrouwen (82%). De groep die de eigen gezondheid het minst als (zeer) goed kwalificeert is die van Turks-Nederlandse vrouwen (58%), gevolgd door de mannen uit die groep (67%) en door Marokkaans-Nederlandse vrouwen (68%).

Tabel 2.7

Ervaren gezondheid van mannen en vrouwen, naar sekse en herkomst, bevolking van 15-64 jaar, 2006 (in procenten)

	vrouwen			mannen		
	(zeer) goed	gaat wel	(zeer) slecht	(zeer) goed	gaat wel	(zeer) slecht
Turks	58	29	12	67	12	1
Marokkaans	68	23	9	77	24	9
Surinaams	74	20	6	79	15	8
Antilliaans	75	23	3	84	16	5
autochtoon	82	15	2	88	14	2

Bron: SCP (SIM'06)

Bij de uitkomsten van dergelijke 'single-item' vragen kunnen overigens wel kanttekeningen worden geplaatst. Agyemang en collega's (2006) hebben de validiteit van deze vraag getoetst op basis van analyses van het SPVA-onderzoek<sup>8</sup> uit 2003, de voorloper van het SIM. Ze vroegen zich af of de bevinding (uit het SPVA) dat 8% van de autochtone Nederlanders en 26% van de Turkse Nederlanders hun gezondheid als 'slecht' bestempelde, wees op een evenredig gezondheidsverschil tussen deze groepen. Ze merkten op dat onder meer diabetes, migraine en astma voor autochtonen geen verband leken te houden met 'slechte gezondheid', terwijl dat voor mensen van Turkse herkomst juist wel zo was. De onderzoekers verklaarden dit verschijnsel door de uiteenlopende betekenissen die in verschillende culturen aan uitspraken als 'goede' of 'slechte' gezondheid worden gehecht. Ondanks dit terechte bezwaar tegen single-item vragen over gezondheid, blijken de resultaten in tabel 2.7 aardig overeen te komen met de resultaten uit tabel 2.6, waar sprake was van een vragenlijst met twaalf items.

Een tweede vraag in het SIM over gezondheid luidt: 'Heeft u last van langdurige gezondheidsklachten, een langdurige ziekte of handicap?' Die vraag is in het kader van ons onderzoek extra interessant vanwege de vervolgvraag die degenen die instemmend antwoord gaven daarna kregen: 'Kunt u door deze gezondheidsklachten uw dagelijkse bezigheden minder goed doen?' Deze antwoorden bieden immers zicht op de mogelijke relatie met arbeidsparticipatie.

Vrouwen geven in grotere getale te kennen dat zij langdurige gezondheidsklachten, ziekten of handicaps hebben; alleen bij de groep van Marokkaanse herkomst is er geen verschil tussen de seksen. Onder vrouwen is het beeld het meest ongunstig bij die van Turkse herkomst, waar een derde zegt dat dit het geval is en het meest gunstig bij autochtone en Antilliaans-Nederlandse vrouwen. Bij die laatste groepen gaat het overigens nog altijd om bijna een kwart. Onder de mannen is het verschil tussen de groepen vergelijkbaar, met dien verstande dat de Marokkaanse en Turkse Nederlanders vrijwel evenveel aangeven langdurige gezondheidsklachten te hebben.

Tabel 2.7

Aandeel personen met langdurige gezondheidsklachten, ziekte of handicap en mate van belemmeringen daardoor bij dagelijkse bezigheden, naar sekse en herkomst, bevolking van 15-64 jaar, 2006 (in procenten)

	Turks	Marokkaans	Surinaams	Antilliaans	autochtoon
<i>vrouwen</i>					
langdurige gezondheidsklachten of handicap (% ja)	34	27	28	23	24
indien ja: belemmert dagelijkse bezigheden					
ernstig	43	49	36	40	29
licht	50	37	47	40	49
nee	7	15	17	20	23
<i>mannen</i>					
langdurige gezondheidsklachten of handicap (% ja)	29	27	22	15	17
indien ja: belemmert dagelijkse bezigheden					
ernstig	48	48	38	28	30
licht	41	33	34	32	45
nee	11	19	28	39	25

Bron: SCP (SIM'06)

De percentages in de bevolking met langdurige klachten op het terrein van gezondheid zijn weliswaar behoorlijk hoog, maar meestal vormen die klachten geen ernstige belemmering voor het dagelijks functioneren. De mate waarin dat wel zo is, verschilt tussen de etnische groepen. Turkse en Marokkaanse Nederlanders zeggen dat het meest (bijna de helft) en autochtonen het minst (ongeveer 30%). Binnen de herkomstgroepen verschillen de seksen nauwelijks van elkaar. Alleen onder de Antilliaanse Nederlanders vormen de gezondheidsklachten voor een grotere groep vrouwen dan mannen een belemmering in het dagelijks functioneren.

De gegevens uit POLS en SIM wijzen dus uit dat er duidelijk sprake is van verschillen tussen vrouwen en mannen uit de vijf etnische groepen op het gebied van gezondheid. Vooral Turks- en Marokkaans-Nederlandse vrouwen springen er in ongunstige zin uit. Zij hebben vaak last van langdurige psychische en fysieke aandoeningen, hebben een relatief slechte ervaren gezondheid en een lager welbevinden dan autochtonen.

### 2.2.3 Oorzaken van verschillen in gezondheid

De oorzaken van gezondheidsachterstanden van niet-westerse migranten zijn de laatste jaren zowel in Nederland als internationaal object van onderzoek geweest (Kunst et al. 2008). Vast staat dat vele determinanten meespelen en dat die op diverse manieren de

gezondheid beïnvloeden. Stronks et al. (2003) maken onderscheid tussen genetische factoren, contextuele mechanismen (migratie, acculturatie, sociaaleconomische positie, maatschappelijke context) en specifieke determinanten (leefstijl, fysieke omgeving, sociale omgeving, psychosociale stress, gebruik van zorg). Deze mechanismen en factoren staan veelal niet los van elkaar, maar beïnvloeden elkaar over en weer en bepalen zo de incidentie van gezondheidsproblemen (zie ook Van Mens-Verhulst en Bekker 2005). Ook arbeidsparticipatie kan invloed hebben op de gezondheid, zowel in negatieve als in positieve zin. Zo is al vaak aangetoond in Nederlands en internationaal onderzoek dat bepaalde soorten werk eerder leiden tot uitval door gezondheidsklachten. Duyvendak et al. (2002) laten zien dat een op de drie vrouwen van Turkse en Marokkaanse herkomst in de WAO voorheen werkte als schoonmaker of voor een uitzendbureau en dat betekent hoge werkdruk, slechte arbeidsomstandigheden en weinig binding met de werkgever. Het verband tussen het soort werk en arbeidsongeschiktheid staat ook centraal in een recent artikel van Van Hooff, Smulders en De Vroome (2009). Zij bekijken op basis van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2005 in hoeverre gezondheidsverschillen tussen niet-westerse migranten en autochtonen door werkomstandigheden kunnen worden verklaard. De werkomstandigheden van vooral Turks- en Marokkaans-Nederlandse werknemers blijken in ongunstige zin af te wijken van die van autochtone werknemers (sekses is in dit onderzoek niet meegenomen): ze werken vaker 's avonds, 's nachts of in het weekend, hebben een hoger werktempo, minder autonomie, hogere fysieke belasting en verrichten meer repeterende bewegingen. De conclusie van dit onderzoek luidt dat niet-westerse migranten een minder goede gezondheid hebben dan autochtone werknemers. Wanneer echter in een multivariate analyse voor achtergrondkenmerken (zoals opleidingsniveau) wordt gecontroleerd, blijkt het verschil in werkomstandigheden alleen nog een verklarende rol te vervullen voor het algemene ervaren gezondheidsverschil tussen Turks-Nederlandse werknemers en autochtoon-Nederlandse werknemers. Bij alle andere indicatoren van gezondheid bleven de verschillen tussen autochtonen en de diverse migrantengroepen na correctie voor verschillen in werkkenmerken onverklaard. Met andere woorden: werkomstandigheden spelen wel een rol, maar het is zeer de vraag of ze doorslaggevend zijn voor de gevonden gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen. Specifiek voor vrouwen wordt wel gesuggereerd dat de combinatie van rollen belastend kan zijn en kan leiden tot gezondheidsproblemen. Ander onderzoek wijst echter uit dat dit niet het geval is. Klumb en Lampert (2004) concluderen in hun overzichtsstudie van ruim 190 internationale onderzoeken dat arbeidsparticipatie hetzij een positief effect, hetzij geen effect heeft op de gezondheid van vrouwen. Ook de recente Nederlandse studie van Plaisier (2009) over de effecten van het combineren van meerdere rollen op de psychische gezondheid wijst uit dat er geen negatieve gevolgen zijn. Het gaat niet zozeer om het aantal rollen of de rolcombinaties die een vrouw heeft. Veeleer is het de kwaliteit van die rollen die een belangrijke indicator is voor psychische gezondheid op de langere termijn.

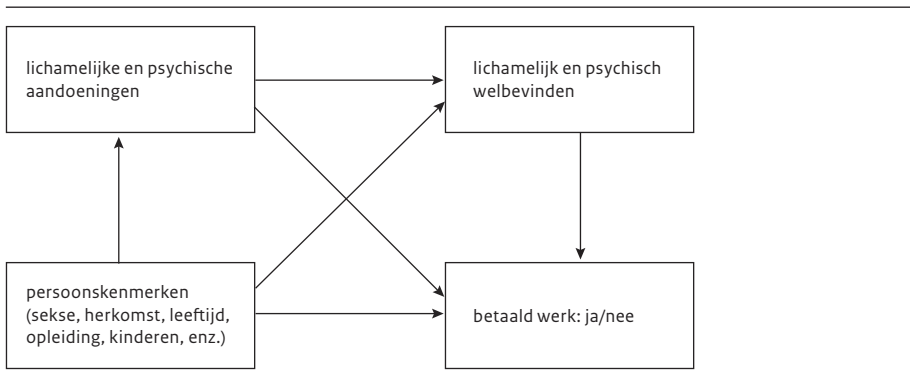
### 2.3 De invloed van gezondheid op arbeidsdeelname: een kwantitatieve analyse

Dit rapport is gericht op de vraag in hoeverre een slechte gezondheid belemmerend werkt voor de arbeidsparticipatie van met name migrantenvrouwen. Daarbij gaat het niet alleen om de omvang van het effect (is gezondheid bij de ene groep een grotere belemmering dan bij de andere), maar ook om het effect van gezondheid; het is denkbaar dat de ene groep anders reageert op dezelfde klachttypen dan andere groepen. Hiernaar is vrijwel geen onderzoek gedaan.<sup>9</sup> Een verklaring is wellicht dat de beschikbare gegevens over de gezondheid van migranten beperkt zijn. Maar ook als het niet specifiek om migranten gaat, is dit een weinig onderzochte kwestie. Het feit dat in het beleid de mogelijkheden voor het vergroten van de arbeidsdeelname van migranten vooral worden gezocht in meer beroepskwalificaties en als het om vrouwen gaat om verbetering van het combineren van arbeid en zorg, kan daarbij een rol spelen.

Op basis van de informatie uit de voorgaande paragrafen en mede geïnspireerd door Van Campen en Iedema (2007), hebben we een conceptueel model ontwikkeld waarin de determinanten van arbeidsdeelname schematisch zijn weergegeven (figuur 2.3).<sup>10</sup> De te verklaren variabele is het al dan niet verrichten van betaald werk en daarbij zijn we primair geïnteresseerd in de rol van gezondheid. We maken onderscheid tussen het effect van het hebben van aandoeningen enerzijds en het welbevinden (zoals gemeten met de SF-12, zie § 2.2.2) anderzijds. De arbeidsdeelname wordt zoals gezegd ook bepaald door andere persoonskenmerken, zoals het opleidingsniveau en de leeftijd, en die hangen weer samen met de gezondheid. In de data die ons ter beschikking staan, zijn overigens niet alle mogelijke invloeden op het welbevinden meegenomen. Het zou bijvoorbeeld goed kunnen zijn dat migratiegeschiedenis, woonomgeving, aard van het werk en sociale contacten ook invloed hebben op het welbevinden. We laten deze factoren hier noodgedwongen buiten beschouwing.

Figuur 2.3

Conceptueel model samenhang aandoeningen, welbevinden en participatie





Hierna zullen we dit model op twee manieren toetsen. We beginnen met een analyse op basis van de POLS-data, waarbij we het conceptueel model volgen en gebruikmaken van een vrij geavanceerde statistische techniek. Daarna volgt een analyse met behulp van het SIM, waarin we een wat eenvoudiger analyse toepassen vanwege de beperktere meting van de gezondheid. De twee typen analyses verschillen echter ook in hun doel: met de eerste gaan we in op de manier waarop gezondheid en arbeidsdeelname samenhangen, dus de vraag hoe dat proces verloopt. Met de tweede analyse gaan we na hoe groot het gewicht is van gezondheid bij het verklaren van verschillen in arbeidsdeelname tussen groepen vrouwen en mannen van verschillende herkomst.

### 2.3.1 Analyse op basis van POLS-Gezondheid

#### Technische toelichting op de analyse

Om de verschillende typen determinanten van arbeidsdeelname te toetsen, zijn met behulp van AMOS vijf modellen geschat: eerst een voor de totale bevolking van 25-64 jaar en vervolgens apart voor Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en autochtone Nederlanders (de aantallen Antillianen in de steekproef zijn zoals gezegd te klein om in de analyse te kunnen betrekken).<sup>11</sup>

In de analyse zijn de twee maten voor welbevinden en de volgende persoonskenmerken betrokken: sekse, leeftijd, leeftijd in het kwadraat,<sup>12</sup> opleiding en de aanwezigheid van kinderen in het huishouden.<sup>13</sup> De diverse soorten aandoeningen zijn (at random) in vier clusters gegroepeerd.<sup>14</sup>

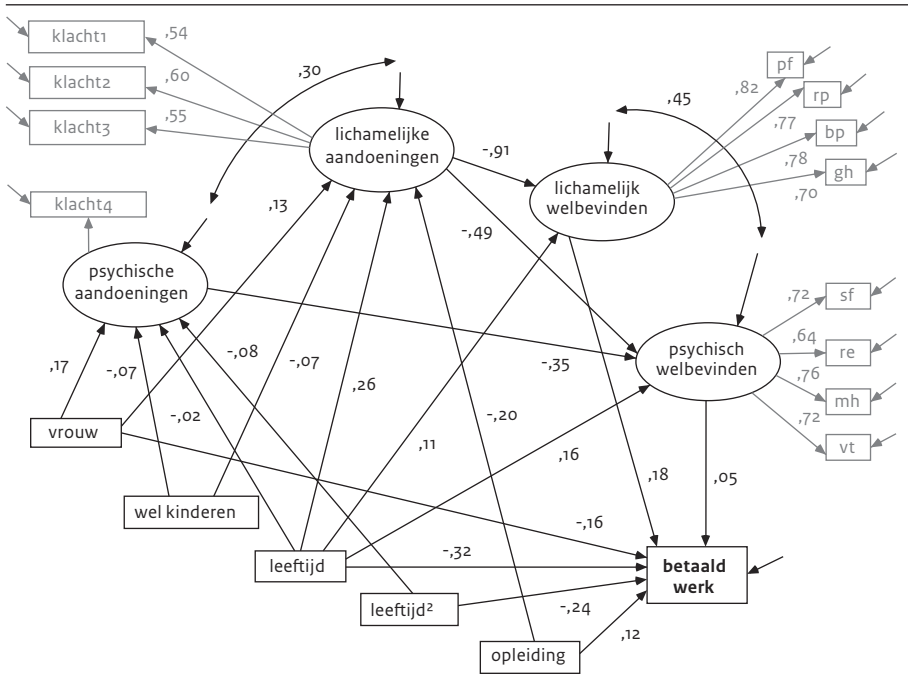
Omdat we verschillen tussen herkomstgroepen willen onderzoeken, hebben we de modellen per herkomstgroep apart geschat. Vervolgens zijn de modellen met elkaar vergeleken om na te gaan of er sprake is van significante verschillen tussen de groepen. Figuur 2.4 geeft de uitkomsten voor de totale populatie van 25-64 jaar<sup>15</sup> en tabel 2.8 geeft een beknopte weergave van de verschillen tussen de groepen (de volledige tabel is te vinden in de bijlagen).

#### Bevindingen

In figuur 2.4 zijn de verbanden tussen de variabelen weergegeven. Omdat gebruik is gemaakt van gegevens die op één moment zijn verzameld, kan strikt genomen niet worden vastgesteld of er daadwerkelijk sprake is van invloed maar alleen van samenhang. We zijn geïnteresseerd in het effect van gezondheid op arbeidsdeelname, maar zoals eerder in dit hoofdstuk werd beschreven, kan het soms om een omgekeerd effect gaan (aandoeningen als gevolg van het werk). In hoeverre dat het geval is, is in een aparte analyse getoetst en dat blijkt niet zo te zijn. Wel moet bij de interpretatie in het achterhoofd worden gehouden dat lang niet alle invloeden op het welbevinden hier kunnen worden meegenomen (zie ook § 2.3).

Figuur 2.4

Determinanten van betaald werk, bevolking van 25-64 jaar (AMOS-model, gestandaardiseerd, alleen significante verbanden)<sup>16</sup>



Bron: CBS (POLS-Gezondheid'05-'08)

De getallen in de figuur laten de sterkte van de verbanden zien; alleen de significante verbanden zijn weergegeven – waar geen verband werd gevonden, staat geen pijl. Bij een negatieve waarde is het verband negatief. Zo blijkt uit figuur 2.4 bijvoorbeeld dat de kans op werk bij vrouwen kleiner is (-.16) dan bij mannen, ook als rekening wordt gehouden met het feit dat vrouwen en mannen op bepaalde punten (bijv. gezondheid) van elkaar afwijken (in statistische termen: als gecontroleerd is voor andere factoren).

Allereerst valt in de figuur op dat er geen direct verband is tussen lichamelijke en psychische aandoeningen en de arbeidsparticipatie. Voor zover aandoeningen invloed hebben op de arbeidsdeelname is dat indirect, via het lichamelijk en psychisch welbevinden. Dat welbevinden wordt uiteraard wel (sterk) bepaald door het hebben van aandoeningen.

Als we nagaan welke factoren de grootste samenhang vertonen met arbeidsparticipatie, legt leeftijd het zwaarste gewicht in de schaal. Met het stijgen van de leeftijd neemt de arbeidsdeelname af. Het lichamelijk welbevinden komt op de tweede plaats: een hogere score op het lichamelijk welbevinden gaat gepaard met een hogere arbeidsdeelname – de samenhang met psychisch welbevinden is beduidend geringer. Zoals verwacht hangen ook sekse en opleiding sterk met arbeid samen: de kans dat een vrouw werkt is klei-

ner en hoe hoger de opleiding, hoe groter de participatiegraad. Opvallend is ten slotte het feit dat de aanwezigheid van kinderen tot 18 jaar in een huishouden geen significante samenhang vertoont met arbeidsdeelname. Ook uit ander onderzoek is bekend dat het hebben van kinderen tegenwoordig voor vrouwen zelden een reden is om te stoppen met werken – voor mannen was dat nooit het geval.

In de figuur zien we verder dat vrouwen meer psychische en lichamelijke aandoeningen hebben dan mannen, maar er is geen significant sekseverschil in de relatie tot het welbevinden. Ook de andere persoonskenmerken hangen soms samen met gezondheid, maar aangezien het ons daar nu niet om te doen is, gaan we daar niet verder op in.

In antwoord op de vraag in hoeverre ongezond zijn belemmerend werkt voor de arbeidsdeelname, kunnen we voor de Nederlandse bevolking dus concluderen dat het hebben van aandoeningen op zichzelf niet doorslaggevend is. Van groter belang is het welbevinden en dan vooral het lichamenlijk welbevinden. Vrouwen hebben meer lichamenlijke en psychische aandoeningen, hetgeen gepaard gaat met een lager welbevinden en dat draagt bij tot een geringere arbeidsdeelname.

Vervolgens is de vraag in hoeverre gezondheid bij de hier bestudeerde migrantengroepen op eenzelfde manier samenhangt met arbeidsdeelname als bij autochtonen. Om een antwoord hierop te geven, is dit model ook geschat voor de etnische groepen afzonderlijk. Indien de coëfficiënten in alle groepen even groot zijn, is de samenhang met gezondheid in alle groepen even groot. Dat zou erop kunnen wijzen dat migranten in hun arbeidsmarktgedrag hetzelfde reageren op gezondheidsproblemen als autochtonen. Het laat echter onverlet dat bijvoorbeeld Turkse Nederlanders in grotere getale last hebben van aandoeningen, waardoor de relevantie van gezondheid op groepsniveau groter zal zijn dan bij autochtonen (zie ook § 2.3.2). Als de coëfficiënten bij autochtonen echter afwijken van die bij migranten, betekent dit dat de samenhang met gezondheid tussen de groepen verschilt. Autochtonen en migranten reageren dan kennelijk anders op gezondheidsproblemen, hetgeen zijn weerslag vindt in een verschil in arbeidsdeelname. In tabel 2.8 zijn de uitkomsten van de analyses weergegeven, waarbij we ons hier hebben beperkt tot de coëfficiënten van de directe significante relaties met betaald werk. De totale tabel is als bijlage B2.1 aan het eind van dit hoofdstuk opgenomen. In de eerste plaats is er een significant verschil tussen de vijf groepen wat betreft de rol van sekse. In alle groepen werken vrouwen minder dan mannen – tot zover niets nieuws. Maar bij Marokkaanse Nederlanders is de samenhang sterker dan bij autochtonen en Surinaamse Nederlanders. Vrouw-zijn werkt onder Marokkanen dus nog nadeliger uit voor de arbeidsparticipatie dan onder autochtonen en Surinamers. Het effect van leeftijd verschilt niet tussen de groepen, maar dat van opleiding wel. Opleiding heeft in alle groepen een significant positief effect op de arbeidsdeelname, maar bij Marokkaanse Nederlanders is het positieve effect groter dan bij autochtonen en Surinaamse Nederlanders. In geen van de groepen heeft het hebben van kinderen effect op de arbeidsdeelname.

Tabel 2.8

Gestandaardiseerde coëfficiënten van determinanten van betaald werk, naar herkomst

	Turks	Marokkaans	Surinaams	autochtoon	significantie van verschillen <sup>a</sup>
vrouw → betaald werk	-0,28	-0,37	-0,12	-0,16	Marokkaanse Nederlanders significant lager dan autochtonen en Surinaamse Nederlanders
leeftijd → betaald werk	-0,07	-0,20	-0,33	-0,32	geen verschil naar herkomst
leeftijd <sup>2</sup> → betaald werk	-0,20	-0,12	-0,27	-0,25	geen verschil naar herkomst
opleiding → betaald werk	0,24	0,38	0,08	0,12	Marokkaanse Nederlanders significant hoger dan autochtonen en Surinaamse Nederlanders
lichamelijk welbevinden → betaald werk	0,16	0,21	0,22	0,18	geen verschil naar herkomst
psychisch welbevinden → betaald werk	0,04	0,02	0,15	0,05	Surinaamse Nederlanders significant hoger dan autochtonen
(n)	146	89	183	13.954	

a Voor het toetsen van verschillen zijn de ongestandaardiseerde coëfficiënten gebruikt.

Bron: CBS (POLS-Gezondheid'05-'08)

Kijken we naar de samenhang met gezondheid, dan kunnen we constateren dat net als in het totale model, het hebben van aandoeningen in geen van de herkomstgroepen direct van invloed is op de arbeidsdeelname, maar het welbevinden wel. Dat geldt vooral voor het lichamelijk welbevinden; wat dit betreft zijn er geen significante verschillen tussen de etnische groepen. Bij het psychisch welbevinden is dat in geringe mate wel het geval: bij Surinaamse Nederlanders gaat een hoger psychisch welbevinden in nog sterkere mate gepaard met een grotere arbeidsdeelname dan bij de andere groepen.

Het welbevinden wordt sterk bepaald door het hebben van aandoeningen – dat geldt zowel voor autochtonen als voor migrantengroepen (zie de tabel in de bijlage). Opvallend is echter dat het hebben van lichamelijke aandoeningen bij autochtonen sterker samenhangt met lichamelijk welbevinden dan bij de andere groepen.

Ook is opvallend dat lichamelijke aandoeningen bij Turkse Nederlanders een sterker negatief effect hebben op het psychisch welbevinden dan het geval is in de andere groepen.

Uit deze gegevens blijkt dus dat het hebben van gezondheidsproblemen bij migranten vrijwel hetzelfde effect heeft als bij autochtonen. Lichamelijke en psychische aandoeningen leiden tot een geringer lichamelijk en psychisch welbevinden en dat leidt weer tot

een geringere arbeidsdeelname. Er is geen verschil in de manier waarop gezondheidsproblemen doorwerken in de arbeidsparticipatie tussen autochtonen, Turkse, Marokkaanse en Surinaamse Nederlanders. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat de groep respondenten selectief is, met name wat betreft de personen van Turkse en Marokkaanse herkomst; alleen degenen die de Nederlandse taal voldoende beheersen zijn in het onderzoek vertegenwoordigd.

### 2.3.2 Analyse op basis van het SIM

Het SIM bevat zoals gezegd slechts twee vragen over gezondheid: hoe ervaart men deze en heeft men (ernstig) last van langdurige gezondheidsklachten, ziekte(n) of handicap(s). Daar staat tegenover dat het aantal migranten van verschillende herkomst in de steekproef groot genoeg is om onderscheid te maken tussen mannen en vrouwen uit de vijf groepen die in dit hoofdstuk aandacht krijgen en dat het om een steekproef gaat die ook is afgenomen onder degenen die de Nederlandse taal niet goed beheersen. Om na te gaan in hoeverre gezondheid een rol speelt bij het verklaren van verschillen in arbeidsparticipatie hebben we een multivariate analyse uitgevoerd (lineair kansmodel) met een stapsgewijze procedure waarbij alle vijf de etnische groepen tegelijkertijd in de analyse zijn meegenomen. Eerst zijn de verschillen tussen etnische groepen weergegeven en is binnen de groepen onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen. Vervolgens hebben we gekeken naar de rol van de 'traditionele' determinanten (zoals opleiding en leeftijd) en als derde stap hebben we gezondheid in de analyse betrokken. De uitkomsten staan weergegeven in tabel 2.9.

Het basismodel (de eerste kolom) laat duidelijk zien dat Turks- en Marokkaans-Nederlandse vrouwen minder vaak betaald werk verrichten dan autochtoon-Nederlandse vrouwen. De kans dat een Turks-Nederlandse vrouw een betaalde baan heeft, is 32% kleiner dan bij autochtone vrouwen. Bij Marokkaans-Nederlandse vrouwen is die kans 35% kleiner. Tussen Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse en autochtone vrouwen zijn geen significante verschillen in arbeidsparticipatie.

De autochtone vrouwen zijn in deze analyse de referentiegroep, dus ook de mannen uit de vier migrantengroepen worden met hen vergeleken. Voor ons onderzoek is echter vooral het vergelijken van mannen en vrouwen binnen dezelfde etnische groep interessant. Uit aanvullende toetsen blijkt dat de sekseverschillen in alle etnische groepen significant zijn.

In het tweede model (tweede kolom tabel 2.9) is te zien in hoeverre de verschillen tussen de groepen te verklaren zijn door verschillen in opleidingsniveau, leeftijd, het al dan niet samenwonen met een partner, de leeftijd van het jongste kind en opvattingen over de rollen van vrouwen en mannen. Toevoeging van deze factoren draagt bij aan het verklaren van de verschillen tussen de groepen (zie de hogere  $R^2$ ). We zien vooral een groot effect van opleiding (hoe hoger, hoe groter de arbeidsparticipatie) en leeftijd (de kans dat iemand van 45 jaar of ouder werkt, is beduidend kleiner dan dat iemand van jongere leeftijd dat doet<sup>17</sup>).

Tabel 2.9

Determinanten van arbeidsdeelname, linear kansmodel (in relatieve kansen)

	basis (sekse en etniciteit)	+ sociaal- demografische kenmerken	+ gezondheid
autochtone vrouw (= ref.)			
autochtone man	<b>0,14</b>	<b>0,15</b>	<b>0,12</b>
Turks-Nederlandse man	-0,04	0,01	0,07
Turks-Nederlandse vrouw	<b>-0,32</b>	<b>-0,27</b>	<b>-0,18</b>
Marokkaans-Nederlandse man	-0,07	0,01	0,04
Marokkaans-Nederlandse vrouw	<b>-0,35</b>	<b>-0,30</b>	<b>-0,25</b>
Surinaams-Nederlandse man	<b>0,09</b>	<b>0,19</b>	0,25
Surinaams-Nederlandse vrouw	0,05	0,06	0,11
Antilliaans-Nederlandse man	<b>0,08</b>	<b>0,11</b>	<b>0,09</b>
Antilliaans-Nederlandse vrouw	-0,24	<b>-0,23</b>	<b>-0,23</b>
opleiding max. bao (= ref.)			
vbo/mavo		<b>0,13</b>	<b>0,11</b>
mbo/havo/vwo		<b>0,21</b>	<b>0,18</b>
hbo/wo		<b>0,26</b>	<b>0,20</b>
leeftijd 15-24 jaar (= ref.)			
25-44 jaar		-0,08	-0,04
45-64 jaar		<b>-0,29</b>	<b>-0,20</b>
alleenwonend (= ref.)			
samenwonend		0,02	-0,01
leeftijd jongste kind (geen kind = ref.)			
0-3 jaar		<b>0,08</b>	0,06
4-11 jaar		0,05	0,04
12-17 jaar		<b>0,14</b>	<b>0,14</b>
≥ 18 jaar		<b>0,20</b>	<b>0,17</b>
emancipatoire opvattingen		0,04	0,04
gezondheid (zeer) goed (= ref.)			
gezondheid gaat wel			<b>-0,16</b>
gezondheid (zeer) slecht			<b>-0,36</b>
geen langdurige gezondheidsklachten (= ref.)			
langdurige gezondheidsklachten			<b>-0,13</b>
intercept (constante)	<b>0,72</b>	<b>0,49</b>	<b>0,55</b>
R <sup>2</sup>	0,05	0,18	0,25
(n)	4019	3974	3973

a Significante verbanden ( $p < 0,05$ ) zijn vet gedrukt.

Bron: SCP (SIM'06)

Als we rekening houden met deze determinanten (in onderzoeksjargon: de achtergrondkenmerken constant houden) blijven echter tussen de groepen significante verschillen

in participatie zichtbaar, zo is bijvoorbeeld de kans dat vrouwen van Turkse en Marokkaanse herkomst niet werken groter dan bij autochtonen (resp. 27% en 30%). Voor een deel zal dat te maken hebben met determinanten die nu niet in de analyse zijn betrokken, zoals taalbeheersing (hoewel die deels zit vevat in de variabele opleiding) en verblijfsduur in Nederland. Maar relevant voor onze vraagstelling is uiteraard vooral de rol van gezondheid.

In het derde model (derde kolom tabel 2.9) zijn de waardering van de eigen gezondheid en het al dan niet last hebben van een langdurige aandoening meegenomen. Dat leidt opnieuw tot een betere verklaring van de onderlinge verschillen (de hogere  $R^2$ ). Vooral bij de Turks-Nederlandse vrouwen blijkt het toevoegen van gezondheid veel gewicht in de schaal te leggen. Was in de basisanalyse nog sprake van een kleinere kans op arbeidsdeelname van Turks-Nederlandse vrouwen ten opzichte van autochtone vrouwen van 32%, controle voor de achtergrondkenmerken zoals leeftijd en opleiding maakt dat het verschil 5 procentpunten kleiner wordt en toevoeging van gezondheid doet dit verschil vergeleken met autochtone vrouwen met nog eens 9 procentpunten afnemen. De kans dat Turks-Nederlandse vrouwen werken is dan nog 'slechts' 18% kleiner dan die van autochtone vrouwen. Bij de Marokkaans-Nederlandse vrouwen gaat het om een totale vermindering met 10 procentpunten, iets minder dan bij de Turkse vrouwen. Het effect van het toevoegen van gezondheid als verklaring voor de verschillen is 5 procentpunten. De Surinaams-Nederlandse vrouwen verschilden al niet significant van autochtone vrouwen in hun arbeidsdeelname, als we corrigeren voor de andere factoren blijft dat zo. Het verschil in participatie tussen vrouwen van Antilliaanse herkomst en autochtone vrouwen blijft onveranderd als rekening wordt gehouden met gezondheid, maar zoals we eerder zagen is ook hier het gezondheidsverschil tussen de twee groepen ook niet groot (zie § 2.3).

Uit de analyses op basis van het SIM blijkt de samenhang tussen arbeidsdeelname en gezondheid te verschillen tussen de groepen: voor Turkse vrouwen vormt gezondheid een belangrijker verklaring dan voor Marokkaanse. Gezien de slechtere gezondheid van Turkse vrouwen is dat niet zo vreemd.

#### 2.4 Samenvatting en conclusies

In 2009 had 84% van de autochtoon-Nederlandse mannen betaald werk; bij autochtoon-Nederlandse vrouwen gold dat voor 72%. Vergelijking van autochtonen met de vier grootste migrantengroepen in Nederland laat zien dat in alle groepen de arbeidsdeelname bij de mannen hoger is dan bij de vrouwen. Vooral vrouwen van Marokkaanse en Turkse herkomst kennen een geringe arbeidsdeelname (resp. 45% en 50%). Surinaams-Nederlandse vrouwen werken vrijwel even vaak als autochtone vrouwen; Antilliaans-Nederlandse vrouwen houden wat betreft hun arbeidsdeelname het midden tussen de andere groepen vrouwen (57%).

Wat de gezondheid betreft is het beeld ongeveer hetzelfde. Autochtone mannen bezoeken het minst vaak de huisarts en rapporteren vrijwel alle lichamelijke aandoeningen minder vaak dan autochtone vrouwen en mannen en vrouwen van niet-westerse

herkomst. Opnieuw springen de vrouwen van Marokkaanse en Turkse herkomst er in ongunstige zin uit.

De centrale vraag in dit hoofdstuk is in hoeverre een slechte gezondheid belemmerend werkt voor de arbeidsparticipatie en welke verschillen er in dat opzicht zijn tussen vrouwen en mannen uit verschillende etnische groepen. De analyses wijzen uit dat gezondheid een belangrijke verklarende factor is voor arbeidsdeelname – naast uiteraard bekende determinanten als opleiding en leeftijd. Aangezien migranten en in het bijzonder vrouwen van Turkse en Marokkaanse herkomst vaker problemen met de gezondheid hebben dan autochtonen, is per saldo de rol van gezondheid bij hen van groter belang voor het verklaren van hun arbeidsdeelname. De manier waarop gezondheidsproblemen doorwerken op de arbeidsparticipatie verschilt echter niet tussen de groepen. Duidelijk werd dat lichamelijke en psychische aandoeningen op zichzelf geen direct effect hebben op de participatie. Gezondheidsproblemen dragen wel vaak bij aan een geringer lichamenlijk en psychisch welbevinden. Naarmate het welbevinden lager is (vooral het lichamenlijk welbevinden), is de arbeidsparticipatie eveneens lager.

De analyses van de beide bestanden vullen elkaar mooi aan. In de P<sub>OLS</sub>-data zitten diverse gezondheidskenmerken, zodat op een enigszins selectieve steekproef de samenhang tussen gezondheidskenmerken en arbeidsdeelname modelmatig in kaart kan worden gebracht. De S<sub>IM</sub>-data bevatten een steekproef die representatief is voor de vier grote migrantengroepen (en voor autochtonen). Daarmee kunnen precieze schattingen worden gegeven van de kans op werk, die al dan niet gecorrigeerd zijn voor enkele gezondheidskenmerken. Vanwege de kleine aantallen migranten in P<sub>OLS</sub>, konden er helaas geen aparte analyses worden gedaan voor vrouwen en mannen. Of de rol van gezondheid bij vrouwen uit deze groepen anders uitwerkt op arbeidsdeelname dan bij mannen konden we dus niet nagaan.



Bijlage B2.1  
 Gestandaardiseerde coëfficiënten van determinanten van betaald werk, naar herkomst<sup>a</sup>

	autochtoon	Turks	Marokkaans	Surinaams	
vrouw → psychische aandoeningen	0,17	0,20	0,24	0,22	geen verschil naar herkomst
vrouw → lichamelijke aandoeningen	0,13	0,24	0,03	0,16	geen verschil naar herkomst
vrouw → betaald werk	-0,16	-0,28	-0,37	-0,12	Marokkanen sign. lager dan autochtonen, Surinamers en Antillianen
kinderen → psychische aandoeningen	-0,07	-0,08	-0,18	0,02	geen verschil naar herkomst
kinderen → lichamelijke aandoeningen	-0,07	-0,11	-0,05	0,05	geen verschil naar herkomst
leeftijd → psychische aandoeningen	-0,02	0,10	0,39	0,04	autochtonen en Surinamers sign. lager dan Marokkanen
leeftijd <sup>b</sup> → psychische aandoeningen	-0,08	0,03	0,04	-0,04	geen verschil naar herkomst
leeftijd → lichamelijke aandoeningen	0,26	0,39	0,35	0,35	Turken en Surinamers sign. hoger dan autochtonen
leeftijd → lichamelijk welbevinden	0,11	-0,04	-0,13	0,07	autochtonen sign. hoger dan Marokkanen
leeftijd → psychisch welbevinden	0,16	0,13	0,02	0,15	geen verschil naar herkomst
leeftijd → betaald werk	-0,32	-0,07	-0,20	-0,33	geen verschil naar herkomst
leeftijd <sup>b</sup> → betaald werk	-0,25	-0,20	-0,12	-0,27	geen verschil naar herkomst
opleiding → lichamelijke klachten	-0,20	-0,17	-0,18	-0,23	geen verschil naar herkomst
opleiding → betaald werk	0,12	0,24	0,38	0,08	Marokkanen sign. hoger dan autochtonen en Surinamers
psychische aandoeningen → psychisch welbevinden	-0,35	-0,29	-0,46	-0,32	geen verschil naar herkomst
lichamelijke aandoeningen → lichamelijk welbevinden	-0,91	-0,92	-0,70	-0,93	autochtonen sign. lager dan alle andere groepen <sup>b</sup> ; Surinamers sign. lager dan Marokkanen
lichamelijke aandoeningen → psychisch welbevinden	-0,49	-0,81	-0,34	-0,59	Turken sign. lager dan autochtonen en autochtonen sign. lager dan Marokkanen; de overige groepen wijken niet sign. af
lichamelijk welbevinden → betaald werk	0,18	0,16	0,21	0,22	geen verschil naar herkomst
psychische welbevinden → betaald werk	0,05	0,04	0,02	0,15	Surinamers sign. hoger dan autochtonen
psychische aandoeningen « lichamelijke aandoeningen	0,30	0,40	0,63	0,47	Marokkanen en Surinamers sign. hoger dan autochtonen
lichamelijk welbevinden « psychisch welbevinden	0,45	0,49	0,63	0,49	Marokkanen sign. hoger dan autochtonen en Turken
(n)	13.954	146	89	183	

a Multipele groep analyse met behulp van Amos 7. De factorloadingen zijn invariant tussen groepen (om vergelijking van andere coëfficiënten tussen groepen mogelijk te maken). Enkele fitmaten van het model:  $\chi^2(595) = 6757,23$ ;  $p < 0,01$ ; CFI = 0,923; RMSEA = ,027.

b De coëfficiënten in de tabel betreffen gestandaardiseerde coëfficiënten. Om te toetsen of de verschillen significant zijn, zijn echter de ongestandaardiseerde coëfficiënten gebruikt.

## Noten

- 1 Met deze brede definitie wijken we af van de officiële definitie van het Centraal Bureau voor de Statistiek, waar een ondergrens wordt gehanteerd van ten minste 12 uur per week werkend (de nettoparticipatie). Omdat vrouwen relatief vaak in banen met minder uren werken, hanteren we hier een brede definitie. Dit is overigens ook internationaal gebruikelijk.
- 2 Overigens heeft het CBS de gegevens van LINH onlangs gekoppeld aan het Sociaal Statistisch Bestand, waardoor ook analyses naar herkomst mogelijk zijn geworden.
- 3 Voor deze figuur is het verschil per categorie tussen vrouwen en mannen gedeeld op het totale verschil in incidentie tussen vrouwen en mannen. Bijvoorbeeld: incidentie van klachten aan de luchtwegen is bij vrouwen 231, bij mannen 145, verschil 86.  $86/769$  (totale verschil V-M) = 11%. Klachten aan de luchtwegen verklaren dus 11% van het totale verschil tussen vrouwen en mannen.
- 4 Op eenzelfde manier als er verschillen tussen mannen en vrouwen zijn in de ervaring, presentatie en hantering van klachten, zijn er waarschijnlijk ook culturele verschillen. Jonkers en El Fakiri (2009) spreken over 'mediterrane klachtpresentatie'.
- 5 Een interessante bron is overigens de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk, waarbij een grote groep Nederlanders is ondervraagd, onder wie ruim 1300 migranten. De gegevens zijn wel al tamelijk oud (verzameld in 2001) en waren niet voor nadere analyse beschikbaar.
- 6 De Short Format-12 is een verkorte versie van de International Quality of Life Assessment Project, een psychometrisch instrument voor het meten van functionele gezondheid. Het is een internationaal bekend en gevalideerd meetinstrument, dat veel wordt gebruikt in bevolkingsenquêtes.
- 7 Voor de berekening van de in dit rapport gebruikte maten is niet de totale door Ware gepresenteerde procedure gevolgd. Dit betekent dat de gebruikte cijfers niet te vergelijken zijn met (internationaal) ander onderzoek. Voor de verhoudingen tussen de hier vergeleken groepen heeft de versimpelde methode echter geen effect.
- 8 De naam van deze enquête is voluit: Sociale Positie en Voorzieningsgebruik Allochtonen.
- 9 Het krijgt uiteraard wel aandacht in onderzoek naar de verklaring van ziekteverzuim en WAO-instroom (zie bijv. Jehoel-Gijsbers 2007), maar niet direct in onderzoek naar al dan niet participeren.
- 10 Van Campen en Iedema (2007) gaan in hun artikel op zoek naar de relatie tussen welbevinden en participatie bij mensen met langdurige aandoeningen. Hun conclusie luidt dat participatie tot een hogere kwaliteit van leven kan leiden, maar dat dit wel afhankelijk is van de kwaliteit van de participatie.
- 11 AMOS is een statistisch programma waarmee zogenaamde 'padanalyses' uitgevoerd kunnen worden, die binnen een model de onderlinge samenhang tussen diverse variabelen toetsen.
- 12 Behalve leeftijd is ook leeftijd in het kwadraat meegenomen, omdat er sprake is van een curvilineair verband (de participatie is relatief laag bij jongeren, hoog op middelbare leeftijd en laag bij ouderen).
- 13 Gevraagd werd of kinderen onder de 18 jaar deel uitmaken van het huishouden.
- 14 De lichamelijke aandoeningen uit tabel 2.5 zijn ad random geclusterd. Klacht 1 omvat gewrichtsontsteking, darmstoornissen, chronisch eczeem, migraine, ooit beroerte, gewrichtsslijtage en hartaandoeningen. Klacht 2: nek of schouder, incontinentie, vernauwde bloedvaten, ooit hartinfarct, astma en longklachten, duizeligheid, en overige klachten. Klacht 3: hoge bloeddruk, psoriasis, suikerziekte, rugklachten, elleboog, pols of hand, en kanker. De clustering was nodig om de vele termen evenwichtig in het model op te kunnen nemen. De coëfficiënten vanuit 'lichamelijke klachten' laten

zien dat ze inderdaad ongeveer gelijk van gewicht zijn. Klacht 4 betreft psychische stoornissen: angst en depressie.

- 15 Bij AMOS gaat het erom het model zo goed mogelijk bij de data te laten passen, zogezegd een goede 'fit' te verkrijgen. Enige fitmaten met tussen vierkante haken de vuistregel voor een goede fit zijn:  $\chi^2 (111) = 6093,73$ ,  $p < 0,001$  [zou idealiter niet-significant moeten zijn, maar dat is uiterst zeldzaam bij grotere steekproeven]; comparative fit index = 0,93 [ $> 0,90$ ]; root mean square error of approximation = 0,061 [good fit:  $\leq 0,06$ ]; standardized RMR = 0,040 [goede fit:  $< 0,05$ ]. Formeel gesproken mag voor AMOS alleen een lineaire afhankelijke variabele worden gebruikt. Vergelijking met 'uren werk' vertoont in dit geval echter weinig verschil, waardoor we het toch legitiem achten (het model is nagerekend met MPlus, waarin deze bewerking wel mogelijk is).
- 16 Niet weergegeven, maar wel onderdeel van het model zijn 'errortermen': invloeden van buiten het model.
- 17 Degenen die nog naar school gaan, zijn in deze analyse buiten beschouwing gelaten.

### 3 Turks- en Surinaams-Nederlandse vrouwen over werk en gezondheid

Yolanda Schothorst (Veldkamp)

#### 3.1 Focusgroepgesprekken

De kwantitatieve analyses uit het vorige hoofdstuk maken duidelijk dat gezondheid van invloed is op de arbeidsdeelname en dat de relatief geringe arbeidsdeelname van met name Turkse en Marokkaanse vrouwen voor een belangrijk deel daardoor verklaard kan worden. Hoe dat nu feitelijk is zijn werk gaat, blijkt echter niet uit dit soort analyses. Interviews bieden daartoe betere mogelijkheden. Wij hebben focusgroepgesprekken georganiseerd om zicht te krijgen op de argumenten die er volgens mensen toe doen, de kwesties waarover zij zich zorgen maken en de latente gevoeligheden inzake het onderwerp van gesprek. Het doel van dergelijk kwalitatief onderzoek is dus niet om een representatief beeld te geven, maar om meer inzicht in de achtergronden van het gedrag te verkrijgen.

Idealiter zouden we met personen uit alle groepen gesprekken hebben gevoerd, maar dat ging de mogelijkheden van dit project ver te boven. Een keuze was noodzakelijk en die viel op het ondervragen van vrouwen van Turkse en Surinaamse herkomst. Beide groepen hebben relatief veel gezondheidsproblemen vergeleken met autochtone vrouwen. Onder Turks-Nederlandse vrouwen is bovendien sprake van een veel kleinere arbeidsdeelname. Het aandeel werkenden onder de Surinaams-Nederlandse vrouwen is even groot als bij de autochtone vrouwen.

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de vraag hoe gezondheid een rol speelt in het dagelijks leven van vrouwen, hoe dat hun arbeidsdeelname beïnvloedt en in hoeverre anderen de vrouwen steunen in hun dagelijks leven en (indien van toepassing) hun arbeidsparticipatie. Alleen vrouwen met langdurende gezondheidsproblemen werden ondervraagd, zowel werkenden als niet-werkenden.

Er zijn acht groepsgesprekken georganiseerd met in totaal 50 vrouwen. De groepen zijn samengesteld op basis van herkomst, generatie, werkzaamheid en opleidingsniveau:

- groep 1: Turks-Nederlandse vrouwen, eerste generatie, werkend, maximaal mbo-opleiding;
- groep 2: Turks-Nederlandse vrouwen, eerste generatie, niet-erkend, maximaal mbo-opleiding;
- groep 3: Turks-Nederlandse vrouwen, tweede generatie, werkend, mbo-wo-opleiding;
- groep 4: Turks-Nederlandse vrouwen, tweede generatie, niet-werkend, mbo-wo-opleiding;
- groep 5: Surinaams-Nederlandse vrouwen, eerste generatie, werkend, maximaal mbo-opleiding;

- groep 6: Surinaams-Nederlandse vrouwen, eerste generatie, niet-werkend, maximaal mbo-opleiding;
- groep 7: Surinaams-Nederlandse vrouwen, tweede generatie, werkend, mbo-wo-opleiding;
- groep 8: Surinaams-Nederlandse vrouwen, tweede generatie, niet-werkend, mbo-wo-opleiding.

Als leeftijdsgrens werd in verband met de participatie op de arbeidsmarkt 55 jaar aangehouden. Alle deelnemers hadden klachten of aandoeningen waarvoor ze minimaal sinds een jaar onder behandeling van huisarts of specialist waren. Deelnemers die niet werkten, moeten ooit gewerkt hebben. De deelnemers zijn geworven door een gespecialiseerd selectiebureau. De gesprekken met eerste generatie Turks-Nederlandse vrouwen hebben in de eigen taal plaatsgevonden.

Uiteindelijk hebben 50 vrouwen deelgenomen aan de groepsdiscussies. Een overzicht van de achtergrondgegevens van de deelnemers is opgenomen in bijlage B3.1 (te vinden via [www.scp.nl](http://www.scp.nl) bij het rapport). Hieruit blijkt dat de vrouwen die in het land van herkomst zijn geboren, wat ouder zijn dan de vrouwen die in Nederland zijn geboren of opgegroeid. Maar de afstand tussen eerste en tweede generatie is, mede gezien de leeftijdsgrens die we bij dit onderzoek hebben aangehouden, niet groot. Ook de eerste generatie vrouwen is voor een groot deel in Nederland opgegroeid. In die zin zijn ze eerder als ‘anderhalve’ generatie te beschouwen. Wat verder in alle herkomstgroepen opvalt, is dat de vrouwen vooral veel klachten aan het bewegingsapparaat en/of psychische klachten hebben. Psychische klachten komen echter meer voor bij de tweede dan bij de eerste generatie vrouwen die we spraken.

De gesprekken zijn gevoerd aan de hand van een gesprekspuntenlijst, waarbij varianten zijn gemaakt voor de werkende vrouwen en de niet-werkende vrouwen. Voor de groepsdiscussies met de eerste generatie Turkse vrouwen is een ietwat gewijzigde vragenlijst gehanteerd (zie bijlagen B3.2 en B3.3).

#### Impressie van de gesprekken

De wijze waarop een discussie verloopt, zegt vaak iets over de mate waarin mensen betrokken zijn bij een onderwerp. Ook geeft het een indruk van de openheid in een gesprek: laat men zich vrijelijk uit over het onderwerp van gesprek, roept het hevige controverses op of niet. Vandaar dat we het van belang vinden enkele opmerkingen hieraan te wijden.

De deelnemers aan de groepsdiscussies – zowel de Turkse- als de Surinaams-Nederlandse vrouwen – stelden zich zeer actief en betrokken op. Voor alle deelnemers bleek het onderwerp veel aanknopingspunten te bieden en men had weinig schroom om de klachten en ervaringen met elkaar te delen, ook bij de meer psychisch getinte klachten. De toon van de gesprekken was vooral in de groepen werkende vrouwen te kenschetsen als hartelijk, gezellig en geïnteresseerd. Die interesse bleek ook uit het feit dat de vrouwen elkaar vragen stelden en waar nodig bemoedigend toespraken of tips gaven. De sfeer in de groepen niet-werkende vrouwen was iets afstandelijker, deze vrouwen hadden duidelijk meer moeite met de situatie. Dat bleek ook uit de manier waarop men

tegen het onderwerp aankeek. Hadden de werkende vrouwen over het algemeen een houding van ‘kom op, we laten ons niet kisten’, de niet-werkende vrouwen hadden meer het idee dat hen iets was overkomen waar ze zelf geen invloed op hebben gehad. In de gesprekken die in het Turks zijn gevoerd, kwam veel waardering voor deze aanpak naar voren. Ondanks de redelijk goede Nederlandse taalbeheersing had men het gevoel sommige dingen in de moedertaal beter te kunnen uitdrukken, waardoor de vrouwen zich meer op hun gemak voelde. De Turkse interviewster kenschetste de groep niet-werkende vrouwen als traditioneel ingesteld, voor de buitenwereld plaatsen zij zich achter hun man; de groep werkende vrouwen was volgens haar meer zelfstandig en zelfbewust. Tot slot. Dat we gesprekken hebben gevoerd met vrouwen met veelal klachten aan het bewegingsapparaat was duidelijk zichtbaar doordat de vrouwen regelmatig moesten gaan verzitten, staan of anderszins hun lichaam moesten ontspannen tijdens het gesprek.

### 3.2 De werkende vrouwen

#### 3.2.1 Het dagelijks leven

Om te beginnen is de vrouwen gevraagd wat meer te vertellen over hoe hun leven er, naast het werk, uitziet. Wat voor activiteiten doen de vrouwen, hebben ze voldoende tijd voor dit soort activiteiten, hoe tevreden zijn ze over de invulling van het dagelijkse leven?

#### Surinaams-Nederlandse vrouwen

De meeste Surinaamse vrouwen hebben naast hun werk de zorg voor huishouding en (opgroeïende) kinderen. Kenmerkend is dat de vrouwen veel activiteiten combineren en regelmatig meerdere banen blijken te hebben: ‘Ik werk 32 uur per week en heb daarnaast nog een bijbaantje bij een boekwinkel.’ De Surinaamse vrouwen zijn over het algemeen behoorlijk actief. Hoewel zij behoorlijk veel uren werken, maken zij naast het werk tijd vrij voor vrijwilligerswerk, sport, studie en hobby’s: ‘Ik ga best wel vaak uit en de kinderen gaan best wel vaak mee. Ik krijg ontzettend veel nieuwsbrieven van dingen door heel Nederland, dan hebben ze bijvoorbeeld weer een monumentendag in Middelburg over slavernij. Maar ik ga ook naar festivals of naar de Libelleweek.’ Vrouwen die werk, huishouden en zorg voor jongere kinderen combineren, hebben vaak minder energie om daarnaast erg actief te zijn. De respondente die de zorg heeft voor een dochter van vijf en twee opgroeiende jongens accepteert dat als een gegeven: ‘Het staat nu even op een laag pitje, maar aan de andere kant denk ik, ik heb genoeg gefeest hoor.’ De soms beperkte mogelijkheid om actief te zijn, heeft onder meer te maken met het feit dat ze er vaak alleen voor staan, ook als ze een partner hebben: ‘En je man die doet niks’, ‘Die heeft het al druk met zijn eigen werk, nee, ik kan van hem niet verwachten dat ie gaat strijken.’ Zowel de eerste als tweede generatie vrouwen zijn redelijk tevreden over de invulling van hun leven, ook al zouden sommige vrouwen actiever willen zijn en hebben andere vrouwen spijt van hun partnerkeuze. Kenmerkend is dat zij deze tekortkomingen herkennen, maar vooral de eerste generatie vrouwen lijkt er niet onder gebukt te gaan. Het

is nu eenmaal zo, of het is een bewuste keuze geweest om het leven op deze manier in te richten: 'Maar van mijn relatie, ja daar heb ik spijt van, maar anders moest ik mijn kinderen alleen opvoeden, dus het is wel goed zo', 'Ik heb het wel druk, maar tot nu toe klaag ik niet en het stoort me ook niet.' Uit de verhalen komt naar voren dat deze vrouwen zelf beslissen wat ze wel en niet doen en daar over het algemeen tevreden over zijn. De tweede generatie vrouwen heeft wat meer moeite met het niet toekomen aan allerlei activiteiten en piekeren daar soms over: 'Als ik om elf uur in bed lig, dan denk ik, ja ik had nog zo veel dingen willen doen en de dag is voorbij gevlogen.'

#### Turks-Nederlandse vrouwen

De oudere, eerste generatie Turks-Nederlandse vrouwen heeft meestal samen met een partner de zorg voor opgroeiende kinderen. De meeste kinderen wonen nog thuis, een deel is de deur al uit. Hun leven concentreert zich rond het werk, de huishouding en de activiteiten die ze in het kader van vrijwilligerswerk doen: 'Ik werk 32 uur en daarnaast ben ik contactvrouw bij een buurthuis. En bij een ander buurthuis neem ik deel aan diverse bijeenkomsten', 'Bij de moskee zit ik in de vrouwencommissie, ik ben de voorzitter.' Andere genoemde activiteiten zijn wandelen, kookcursus volgen en mozaïeken. Voor het merendeel van de respondenten geldt dat ze aan de combinatie werk en huishouden hun handen vol hebben: 'Het huishouden neemt ook veel tijd in beslag.' De tweede generatie, wat jongere Turks-Nederlandse vrouwen combineert werk vaak met vrijwilligerswerk of met een opleiding: 'Ik werk 32 uur per week bij een welzijnsorganisatie als telefoniste. En een dag per week ga ik naar school, ik doe een mbo-opleiding.' Daarnaast hebben zij de zorg voor jongere, nog thuiswonende kinderen. De combinatie werk, huishouding en opvoeden, maakt dat er weinig tijd is voor andere activiteiten. Ontevredenheid met dit bestaan komt bij de wat oudere vrouwen niet echt naar voren, men lijkt er vrede mee te hebben, maar vooral de vrouwen met jonge kinderen ervaren wel stress. De kinderen vragen voordat hun eigen werkdag begint zorg en de respondenten vinden het leuk om samen met de kinderen iets te doen, bijvoorbeeld een boekje lezen. Het leven is voor de meeste van deze vrouwen dan ook te kenschetsen als druk, druk en druk. Een respondent verzucht: 'Werken, werken, werken en meer bestaan heb ik niet.' De wat jongere Turkse respondenten vinden dat ze te weinig worden ondersteund door hun partner, want een Turkse partner verwacht veel van zijn vrouw: 'Mannen vragen heel veel tijd, ze willen ook aandacht natuurlijk', 'Je hebt eigenlijk vier in plaats van drie kinderen in huis.' Bij een aantal vrouwen leeft de wens verandering aan te brengen in hun leven: een respondente wil minder werken en meer verdienen, een andere respondente wil weg uit Nederland. Op een gegeven moment komt naar voren dat men wel moet werken om een bepaalde levensstandaard voor zichzelf en de kinderen te realiseren; dit wordt ervaren als dwang en weinig keuzevrijheid.

#### Samenvattend

Voor de combinatie werk en zorg voor huishouden, kinderen en/of familieleden maakt dat het totale tijdsbeslag voor de werkende vrouwen in ons onderzoek behoorlijk hoog ligt. Toch lijken de eigen activiteiten van vooral de Surinaams-Nederlandse vrouwen daar niet onder te lijden. Wel betekent dit voor sommigen dat die activiteiten moeten wach-

ten tot in het weekend of tijdelijk op een laag pitje staan. De acceptatie van deze situatie heeft mede te maken met hun instelling in het leven. De Turks-Nederlandse vrouwen geven wat meer dan de Surinaams-Nederlandse vrouwen aan dat ze een drukbezet leven hebben, waardoor de eigen activiteiten in het gedrang komen. Het hebben van een partner maakt het leven er voor hen niet altijd makkelijker op, terwijl Surinaams-Nederlandse vrouwen er vaak aan gewend zijn om hun leven zonder partner in te richten. Verder valt op dat de Surinaams-Nederlandse vrouwen die we spraken beter voor zichzelf lijken op te komen en de steun van familieleden (waar nodig) afdwingen.

### 3.2.2 De ervaren gezondheid

Alle vrouwen hebben te maken met gezondheidsklachten waarvoor ze onder behandeling staan van een arts. Wat voor soort klachten hebben zij? En hoe ervaren zij hun gezondheid? Hoe belangrijk is gezondheid voor hen?

#### Surinaams-Nederlandse vrouwen

De stelling 'je gezondheid is het belangrijkste in je leven' wordt door alle Surinaamse vrouwen unaniem onderschreven. Zij stellen dat je gezondheid van invloed is op alle andere aspecten van het leven en zij weten uit eigen ervaring of door de confrontatie met de situatie van andere mensen hoe ver die invloed kan gaan. 'Je ziet heel veel om je heen, ongezondheid, ziektes en dat laat mij nadenken over wat ik nu heb.'

De Surinaamse vrouwen hebben vooral te maken met klachten aan het bewegingsapparaat. We noteren rug-, schouder-, knieklachten en reuma, maar ook bronchitis, hoge bloeddruk, eczeem, hooikoorts, chronische blaasontstekingen, spierreuma, schildklierandoening komen bij hen voor. Daarnaast blijkt een aantal van hen, en dan vooral de wat jongeren, ook psychische klachten te hebben: depressie, hyperventilatie, stress, paniekaanvallen. Dit wordt vaak pas in tweede instantie door de respondenten verteld. Hun stelling is dat psychische klachten lastiger zijn dan lichamelijke klachten, omdat psychische klachten je kijk op het leven veel meer kleuren. De gezondheidsklachten zijn soms recentelijk ontstaan (bijvoorbeeld in 2005, 2007) en soms langer geleden (sinds hun vijftiende jaar of altijd al). Soms was er een aanleiding voor, zoals hyperventilatie na een aantal ingrijpende gebeurtenissen of chronische blaasontstekingen na de bevalling. In andere gevallen zijn de klachten spontaan ontstaan.

De meeste vrouwen weigeren om hun klachten een te grote invloed te laten hebben op hun leven: 'We wonen in een land met zo veel mogelijkheden, je kunt alle kanten op, je hoeft dat niet te laten gebeuren', 'Ik heb wel een tijdje dat gevoel gehad. Dan kom je in een dip en dan denk je dat je er niet meer uitkomt. Toen ben ik naar fysiofitness gegaan en toen bleek dat ik me beter kon handhaven en dat het beter ging.' Sommigen relativeren de eigen klachten en halen inspiratie uit het voorbeeld van andere mensen: 'Als ik op televisie zie hoeveel ellende een ander overkomt, waar heb ik het dan over?' Zij nemen zich als gevolg van de klachten in acht, maar proberen dat zo in te kleden dat anderen daar zo min mogelijk last van hebben. 'Als ik een hevige migraineaanval heb, dan ben ik even voor niemand bereikbaar, ook niet voor mijn kinderen. Soms meld ik me ziek, maar dat haal ik dan weer in', 'Ik kijk als ik klachten heb wel even naar mijn dagindeling



en houd daar rekening mee.’ Ook zoeken de vrouwen andere oplossingen, bijvoorbeeld thuis sporten in plaats van in een sportschool, of op gympen lopen in plaats van op hoge hakken. Hun houding ten opzichte van de beperkingen is relaxed. De volgende uitspraak illustreert de sfeer in de groep heel goed: ‘Weet je, in het leven hoeft eigenlijk niks. Ik moet zorgen dat er brood op tafel komt en dat ik adem haal en de rest pas ik gewoon aan. Dat heeft voor mij met acceptatie te maken. Lukt het niet, prima. Gaat het helemaal niet, prima. Maar niks moet.’ Wat opvalt is dat de groep vrouwen van de tweede generatie zich meer in acht lijkt te nemen dan de eerste generatie vrouwen, ze houden meer rekening met hun klachten en lijken bepaalde handelingen of activiteiten te vermijden: ‘Ik kan misschien bepaalde dingen niet doen, maar dan moeten mijn huisgenoten me even helpen’, ‘Ik moet heel veel rust nemen.’ Op deze manier proberen ze te voorkomen dat de klachten een grotere invloed krijgen op het dagelijkse leven, want daar zijn ze beducht voor. Zij lijken zich in de omgang van hun klachten minder rekenschap te geven van hun omgeving en stellen zichzelf voorop.

Ondanks hun gezondheidsklachten beoordelen de meeste Surinaams-Nederlandse vrouwen de eigen gezondheid met een voldoende, variërend van 6 tot 8; alleen de tweede generatie Surinaams-Nederlandse vrouwen met spierreuma geeft zichzelf een 4. De argumentatie voor de cijfers is gelegen in de constatering dat het natuurlijk altijd nog beter kan of dat het veel erger had kunnen zijn. Een aantal voorbeelden van deze rede-  
neerlijnen:

- 8: *Ik heb een redelijke conditie al zou je dat niet zeggen. Ik ben heel zwaar geweest maar mijn dik zijn heeft me eigenlijk nooit belemmerd.*
- 8: *Ik vind het een mooi cijfer omdat ik al oud ben [48 jaar] en het dus erger had kunnen zijn... ik kan de pijn wel wegdenken als ik dingen moet doen.*
- 7 of 8: *Ik vind dit nog niets vergeleken bij wat je allemaal kan hebben hoor.*

De respondente die haar gezondheid een 4 geeft, is sterk beperkt in haar mogelijkheden: ze kan haar eigen huis niet schoonmaken, ze kan niet sporten en op de computer werken lukt ook niet meer. Zij kan niet meer dan twintig uur werken. ‘Dingen die mensen normaal achten, die kan ik gewoon niet.’

#### Turks-Nederlandse vrouwen

Ook de Turks-Nederlandse vrouwen vinden gezondheid het belangrijkste in het leven. ‘Als je niet gezond bent, hoe moet je dan voor anderen zorgen?’, ‘Als je pijn hebt, is dat niet prettig voor jezelf maar ook niet voor je naasten.’ Zij hebben net zoals de Surinaams-Nederlandse vrouwen vooral klachten aan het bewegingsapparaat en psychische stoornissen. Bij de eerste generatie zien we naast respondenten met rugpijn, rughernia en rug-schouderpijn, één respondente met paniekaanvallen, angststoornis en hyperventilatie. Bij de tweede generatie zien we veel rug-, schouder- en nekklachten, soms gecombineerd met migraine en stressklachten. Een andere respondente werkte ondanks haar rug- en schouderklachten, maar daar kwam een keizersnee bij met als gevolg dat ze haar werk nu pas weer een beetje aan het opbouwen is.

Bij de eerste generatie bestaan de klachten al behoorlijk lang (we horen onder andere vanaf 1993, meer dan tien jaar (na operatie aan rughernia), vanaf 1994) en de vrouwen hebben veel ervaring met de behandelende sector. 'Ik heb alles geprobeerd, diverse specialisten bezocht, maar niets heeft geholpen. Op een gegeven moment zeiden de artsen tegen me dat het om overspannenheid gaat', 'Ik heb het al vanaf 1994, volgens de huisarts kwam het door stress, ik ben ook onder behandeling van specialisten geweest, maar de klachten zijn nooit weggegaan.' De vrouwen hebben op medisch gebied veel meegemaakt en hebben het idee dat er door de Nederlandse artsen niet goed naar hun klachten wordt geluisterd. 'Ik heb het gevoel dat ik niet gehoord en begrepen werd', 'De huisarts zei altijd: ach mevrouw er is niets aan de hand, neem maar een pijnstillertje.' Ook duurde het soms (te) lang voordat zij naar een specialist zijn verwezen. De verplichte gang naar de huisarts en de manier waarop de ziektekostenverzekeraars werken, vinden zij onacceptabel. Zij vergelijken deze gang van zaken met de situatie in Turkije en vinden dat de gezondheidszorg daar beter functioneert. Een aantal van hen heeft zich daarom laten behandelen in Turkije en zij horen dat anderen daar eveneens goede ervaringen mee hebben.

Ook bij de wat jongere tweede generatie Turks-Nederlandse vrouwen zien we dat de klachten soms al lang bestaan. Sommige van deze vrouwen kampen al van jongs af aan met een slechte gezondheid en vallen vaak door ziekte uit. Zo heeft een respondent al heel lang last van een ijsertekort wat zich manifesteert door spierpijn. Ook bij de tweede generatie tekenen we op dat de vrouwen zich niet altijd even goed begrepen voelen door de behandelende artsen. Een van hen heeft bijvoorbeeld te horen gekregen dat haar klachten mede het gevolg zijn van haar gewicht, maar deze boodschap wordt door haar niet geaccepteerd. Een andere respondente vindt dat haar behandelaar te weinig begrip had voor haar culturele achtergrond en daardoor met verkeerde adviezen kwam. Ook het advies om medicijnen te gebruiken wordt door hen vaak niet opgevolgd.

Bij een aantal wat jongere respondenten lijkt de invloed van de klachten toe te nemen, de grens te zijn bereikt. 'Het wordt steeds slopender, naarmate ik ouder wordt, komen er veel complicaties bij', 'Ik heb er al vijf jaar last van maar de laatste anderhalf jaar heb ik er wel heel erg last van.' Wat opvalt in de verhalen is dat deze vrouwen veel te kampen hebben met spanningen die van invloed zijn op de ernst van de klachten. Door medicijnen, behandeling of activiteiten worden hun klachten slechts tijdelijk verlicht. Zij verwijzen in dit kader ook naar de druk vanuit de Turkse gemeenschap. Iedereen kent elkaar, er wordt veel over elkaar gepraat en bepaalde situaties stuiten op afkeuring, bijvoorbeeld gescheiden zijn. 'Zo wordt het geleerd, je ouders of andere familie zeggen dat het zo moet en dat andere mensen anders over je gaan roddelen. Dan ga je automatisch nadenken van oh, ze gaan over mij roddelen. Terwijl dat niet hoeft', 'Je wordt geleefd eigenlijk.' Toch staan ook de Turks-Nederlandse vrouwen niet toe dat de lichamelijke beperkingen de overhand krijgen: 'Ik laat me niet gaan', 'Dan denk je aan je kinderen, je wilt voor ze zorgen, je wilt er voor ze zijn.' Maar soms krijgt de pijn de overhand ('en dan ga ik mijn bed in') en bij sommigen is de pijn altijd aanwezig: 'Want je hebt er niets over te zeggen, ook al denk ik leuke dingen, al ben ik in een gesprek bezig, je voelt toch die pijn.' Een Turks-Nederlandse vrouw van de tweede generatie geeft aan dat ze bezig blijft om niet stil te hoeven staan bij haar psychische klachten en steeds op zoek is naar activiteiten

die verlichting kunnen geven: 'Ik heb het graag zo druk mogelijk en dan besef je later van nou, dit is het ook niet.' De klachten lijken echter meer dan in de Surinaams-Nederlandse groep impact te hebben op het dagelijks leven. Bepaalde activiteiten worden waar mogelijk vermeden uit angst dat anders de klachten verergeren. Maar als het niet anders kan, bijvoorbeeld omdat er geen hulp in de omgeving is, dan pakken de vrouwen bepaalde activiteiten toch zelf op.

De vrouwen van Turkse herkomst beoordelen de eigen gezondheid met een cijfer tussen de 5 en een 8. Zij vinden het soms lastig om dit te beoordelen, omdat het cijfer ook samenhangt met het type dag: 'Op drukke dagen tussen 5 en 6, op rustige dagen tussen 7 en 8.' De eerste generatie Turks-Nederlandse vrouwen geeft iets hogere cijfers dan de tweede generatie. De vrouwen geven redelijk hoge cijfers omdat ze hebben leren leven met de klachten en accepteren dat het soms wat minder goed gaat. Een aantal voorbeelden van de manier waarop de eerste generatie hierover praat:

- *Tussen 7 en 8: Door gebruik van medicijnen heb ik het onder controle en zolang ik geen koffie drink heb ik er zo min mogelijk last van.*
- *Op drukke dagen tussen 5 en 6, op rustige dagen tussen 7 en 8: zoals iedereen hier heb ik leren leven met de pijn, ik heb het moeten accepteren.*

Voor de tweede generatie vallen de cijfers wat lager uit. Dat heeft vooral te maken met het niet tevreden zijn met de eigen de situatie en de last die men van de klachten ondervindt in vergelijking tot andere jaren. Een aantal voorbeelden van hun argumentatie:

- *7,5: Ik ben toch wel vaak ziek geweest dit jaar. Dat had ik vorig jaar veel minder. Vorig jaar zou ik een 9 geven.*
- *5: Ik geef een 5 want uiterlijk zie ik er misschien wel oké uit, maar van binnen niet natuurlijk. Ik heb natuurlijk heel veel stress en ik heb natuurlijk ook paniekaanvallen gehad. Daar loop ik al jaren mee en het wordt steeds maar erger.*

### Samenvattend

Een goede gezondheid is volgens Surinaams- en Turks-Nederlandse vrouwen in de focusgroepen van groot belang in het leven. Zonder een goede gezondheid functioneer je niet optimaal, je gezondheid heeft invloed op alle aspecten van het leven. In beide groepen komen zowel veel klachten aan het bewegingsapparaat als psychische klachten voor; bij veel vrouwen lijken deze klachten samen te hangen met door hen ervaren stress. De Surinaams-Nederlandse vrouwen die we spraken, gaan wat laconieker met hun klachten om, accepteren de eventuele beperkingen en laten zich niet kisten door hun klachten. Dat heeft mede te maken met hun positieve kijk op het leven, hun zelfstandige opstelling en met de acceptatie van hun klachten en de beperkingen als gevolg daarvan. De vrouwen uit de Turks-Nederlandse groepen gaan wat zorgelijker met hun klachten om en zijn er niet altijd van overtuigd dat zij in Nederland een goede behandeling krijgen. Wat verder opvalt, is dat de tweede generatie vrouwen, van zowel Surinaamse als Turkse herkomst, zich meer laten beperken door de klachten dan de eerste generatie en met name voor Turks-Nederlandse vrouwen lijkt de combinatie werk en andere verplichtingen lastig vol te houden.

### 3.2.3 Invloed van gezondheid op arbeidsparticipatie

In hoeverre hebben gezondheidsklachten invloed op de arbeidsparticipatie van vrouwen van Surinaamse en Turkse herkomst in Nederland? Wat maakt dat vrouwen werken wel of niet volhouden? Welke gevolgen hebben de klachten op de werkzaamheden? We legden in het kader van dit thema eerst een stelling aan de deelnemers voor: 'Als je gezondheid niet goed is, dan kun je niet werken' en gebruikten de reacties op deze stelling als vertrekpunt voor het vervolg van het gesprek. Veel later in het gesprek is de stelling 'ondanks gezondheidsklachten voel je je beter als je werkt dan als je niet werkt' voorgelegd.

#### Surinaams-Nederlandse vrouwen

Zowel de eerste als de tweede generatie Surinaamse vrouwen wijzen de voorgelegde stelling af, zij zien ook bij een slechtere gezondheid meer voordelen dan nadelen in werken. 'Ik denk dat het je wel op de been houdt dat je werkt. Als je het zo kan draaien dat je werk doet dat binnen je mogelijkheden ligt, dan is dat beter dan alleen maar ziek thuis te zitten, dan kom je in een depressie.' Ze denken dat werken met een niet optimale gezondheid mogelijk is, mits je rekening houdt met de belemmeringen die dat met zich kan meebrengen. Als oplossing voor deze belemmeringen denken de vrouwen aan minder werken, in een ander tempo werken of een ander type werkzaamheden. 'Iemand die rugklachten heeft en die niet kan tillen maar normaal tilwerk doet, die moeten ze ander werk of andere mogelijkheden bieden.' Dat aan een andere manier van werken nadelen verbonden kunnen zijn, wordt onderkend maar men is van mening dat je zelf verantwoordelijk bent om er ook dan wat van te maken.

Werken is niet meer mogelijk als het om een ernstiger klachtenpatroon gaat dan ze zelf hebben. Bijvoorbeeld als iemand een zwaar auto-ongeluk heeft gehad, zwaar reuma heeft of kanker heeft. Al kent men ook in het laatste geval voorbeelden van mensen die toch op hun manier zijn blijven werken: 'Het heeft ook met karakter te maken, juist om te ontsnappen aan het hele ziek-zijn gebeuren ging ze [nichtje met borstkanker] toch weer twee uurtjes per dag naar kantoor. [...] Maar dan moet wel je werkomgeving dat toelaten of aanpassingen doen.' Ook als de stress te hoog is, gaat werken niet meer. Psychische klachten zijn volgens de vrouwen namelijk lastiger met werk te combineren omdat die maken dat je je hoofd er niet bij hebt. Want 'als je lichamelijke klachten hebt, dan neem je een tabletje, maar bij psychische klachten kan dat niet'. Maar in die situatie zitten zij op dit moment niet, al heeft een aantal van hen er wel ervaring mee.

De overtuiging dat werken belangrijk is voor hun welbevinden gaat gepaard met de verantwoordelijkheid die veel van deze Surinaams-Nederlandse vrouwen hebben of hadden voor het gezinsinkomen. Als hun inkomen wegvalt, heeft dat direct grote consequenties voor het gezinsinkomen. Desgevraagd zouden deze vrouwen niet meer werken als dat financieel mogelijk was, maar dan wel direct andere activiteiten uitbreiden of op zich nemen, zoals vrijwilligerswerk of een studie. Duidelijk wordt dat vooral de eerste generatie vrouwen veel voldoening haalt uit het iets kunnen betekenen voor een werkgever of voor een ander. Dit horen we niet bij de tweede generatie vrouwen. De eerste generatie onderschrijft de stelling dat je je ondanks gezondheidsklachten beter voelt als

je werkt, dan ook volmondig, met de kanttekening dat werk niet leuk is als je in een baan zit waarin je je niet prettig voelt. Maar zo stelt een vrouw, ook daar is een mouw aan te passen, want 'dan kan je er uitstappen, je hebt altijd een keuze'.

Over hun huidige baan is de eerste generatie vrouwen van Surinaamse herkomst heel tevreden. Ze zijn bijvoorbeeld te spreken over de flexibiliteit waarmee ze hun werktijden kunnen regelen of vakantie kunnen plannen. Voor een enkeling zou het werk wat meer uitdaging kunnen bieden, maar men realiseert zich dat dit niet altijd samengaat met hun klachten. 'Ik werk nu op mbo-niveau maar het voordeel is dat het stressbestendig werk is.' Ook de groep vrouwen van de tweede generatie heeft op dit moment een baan die redelijk aansluit bij de eigen mogelijkheden en beperkingen. Zo is een vrouw bijvoorbeeld minder gaan werken, een ander heeft veel vrijheid in het werk, weer een ander doet vooral routinewerk en een van hen geeft aan dat het zelf kunnen indelen van het werk veel stress wegneemt. Maar minder dan de eerste generatie is men tevreden over de werksituatie. Een respondente is als gevolg van haar klachten overgeplaatst naar een andere afdeling, maar dat betekent dat ze meer moet reizen en dat bevalt haar niet. Een andere respondente vindt het jammer dat ze onder haar niveau moet werken, omdat ze de stress van een baan op haar eigen niveau niet aankan. En dat kan onprettige werksituaties opleveren, 'want daar staan mensen van in de twintig met mavo en daar sta ik dan tegenover met mijn wo, je wordt dan gewoon weggekeken door die meiden'. De vrouwen lijken soms moeite te hebben om het werken vol te houden, een aantal van hen is al eens langdurig uitgevallen, een van hen voelde zich door de werkgever gedwongen om weer aan het werk te gaan, maar 'als ik een andere baan had kunnen krijgen dan had ik het gedaan'. Ook merkt een respondente op dat ze thuis minder last heeft van haar klachten dan op kantoor: 'Ik denk dus niet dat ik er met plezier naar toe ga.'

De eerste generatie Surinaamse vrouwen vindt dat hun klachten weinig invloed heeft op de uitvoering van hun werk. Dat hangt samen met de manier waarop ze hiermee omgaan, de oplossingen die ze zoeken om te blijven functioneren ('als ik geen staand werk kan doen, dan doe ik zittend werk of ze assisteren me met een stoel') en de manier waarop collega's en leidinggevendenden op klachten reageren: 'Ik kan zelfs ochtends bellen dat ik niet kom', 'Ik heb een periode veel last van astma gehad en op dat moment doet mijn direct leidinggevende niet moeilijk.' De basis in de samenwerking is het principe van geven en nemen. 'Toen ik laatst ziek was [...] ben ik in december toch gekomen om de grote facturering te doen.' De band met collega's is goed, zij weten veelal van de klachten en samen komen ze er wel uit. 'We regelen het onderling', 'Ik wissel met mijn rooster-vrije dag als ik me niet goed voel. Als zij zien dat ik me schappelijk opstel, dan zijn zij ook schappelijk.' Soms nemen ze preventieve maatregelen, zoals extra vrije dagen opnemen als je voelt dat je heel moe bent om te voorkomen dat je langer uitvalt of dagen opsparen om vrij te kunnen nemen als een kind een operatie moet ondergaan.

Vooral de wat oudere vrouwen hebben van ervaringen uit het verleden geleerd hoe het niet moet, en gebruiken die kennis om nu wel aan de slag te blijven. Ze realiseren zich dat er in deze slechte economische tijden mensen worden ontslagen en zij willen dat mede door hun inzet graag zien te voorkomen. Een enkeling heeft op het werk niet verteld dat ze een aandoening heeft, mede omdat ze niet wil dat ze daarop beoordeeld

wordt. Maar voor de meesten geldt dat het geen geheim is en dat er vrijuit over wordt gepraat. Alleen dan kun je van je collega's en leidinggevende verwachten dat ze rekening met je houden, 'zeg je niets dan kun je ook niet van je werkgever verwachten dat hij meewerkt'.

De tweede generatie vrouwen is terughoudend in hun communicatie over de klachten. Over het algemeen heeft men het er liever niet over, sommigen willen niet als zeurderig overkomen en 'het gaat ze ook geen ene moer aan'. Bij deze laatste respondent komt dat voort uit slechte ervaringen met collega's die bij de baas gingen klagen over haar werkinzet. Maar de meeste anderen vinden dat leidinggevend en collega's wel enigszins op de hoogte moeten zijn, omdat je alleen op die manier rekening met elkaar kunt houden. De respondent die bij de politie werkt, stelt dat je wel open moet zijn over zowel lichamelijke als psychische klachten, omdat het andere negatieve gevolgen voor de uitvoering van je werk kan hebben. Bij haar type werk wordt dan ook al snel de bedrijfsarts ingeschakeld, 'zelfs bij een ingegroeide teennagel'.

#### Turks-Nederlandse vrouwen

De eerste generatie vrouwen van Turkse herkomst verwerpt de stelling mede omdat ze niet de financiële mogelijkheid hebben om niet te werken: 'Ik vind dat ik moet werken ondanks dat mijn gezondheid niet goed is, want ik moet inkomsten hebben.' Soms koppelen ze deze redenering aan de economische crisis: een te hoog ziekteverzuim kan repercussies hebben. Ze proberen te voorkomen dat ze zich ziek moeten melden en als dat wel nodig is, na een halve dag toch weer aan het werk te gaan. Een andere vrouw merkt op dat ze gewoonweg van hard werken houdt en ondanks alles altijd gewoon doorgaat. De vrouwen halen voldoening uit het werk: 'Ondanks dat ik continu pijn heb, voel ik me beter als ik werk dan als ik niet werk.' Hoewel de gevolgen van hun klachten soms irritatie opriepen bij collega's, hebben de meeste vrouwen vooral steun en begrip op het werk ondervonden: de gelegenheid om te rusten, aangepast meubilair of lichtere werkzaamheden. De meeste vrouwen zijn ervan overtuigd dat ze het werk, ondanks de klachten en de beperkingen als gevolg daarvan, vol kunnen houden. Ze halen voldoening uit het contact met aardige collega's, het werk is niet te zwaar en ze hechten aan het hebben van een eigen inkomen: 'Ik ben niet iemand die bij haar man om geld vraagt.' Zij onderschrijven al met al de stelling dat je je beter voelt als je werkt.

De tweede generatie Turks-Nederlandse vrouwen denkt dat het lastig is om te werken als je gezondheid niet goed is. Dat tast namelijk je concentratie aan: 'Je bent dan niet met je hoofd met je werk bezig.' Het lijkt er op dat ze zich deels gedwongen voelen om ondanks de klachten te blijven werken, dat het minder dan bij de eerste generatie een eigen keuze is. Gesteld wordt bijvoorbeeld dat als klachten erger worden, het steeds lastiger wordt om voor het gezin te zorgen en aandacht aan het gezin te geven en 'dan krijg ik op een gegeven moment een burn-out'. Aan de ene kant staat de wens om goed voor het gezin te zorgen, aan de andere kant staat de uitkeringsinstantie die niet toelaat dat je ziek thuis zit, dus dan moet je toch weer aan het werk: 'En dat is heel stressvol.' Sommige van deze vrouwen lijken bang te zijn dat te lang blijven werken met klachten betekent dat ze op een gegeven moment over een grens heengaan. Als het voor het geld niet nodig was, dan

zou een aantal respondenten zeker overwegen om te stoppen met werken. Maar voor anderen in de groep geeft werken ondanks de klachten juist houvast, het geeft structuur aan het leven en het levert voldoening op.

De ervaringen op het werk zijn niet altijd positief: men voelt zich als stagiaire niet altijd naar waarde geschat of heeft ervaren dat niet goed met hun rechten is omgegaan, 'nu ben je gewoon gedetacheerd en dan denken ze, laat die het vuile werk maar doen'. In de groep ontstaat discussie over werken: waar voor de een geldt dat ze zich met moeite door de dag heen sleept, geldt voor de ander dat door hard te werken de dag tenminste sneller voorbij gaat. Een vrouw geeft naast het werk sportles en probeert op die manier wat meer balans in haar leven te brengen en de stress die op haar werk speelt tegen te gaan. Waar de een op het werk met collega's over de wederzijdse klachten praat, doet de ander dat bij voorkeur niet: 'Ik vergeet gewoon al mijn klachten als ik mijn werk binnen ga.' Want er wordt ook geroddeld op het werk en niet alle collega's zijn bereid om rekening te houden met klachten en beperkingen van anderen. 'Ze denken dat ik, als ik om één uur wegga, dat ik het park in ga, maar ik ga gewoon naar huis. Soms kijken ze je er toch op aan.' De vrouwen kennen echter hun rechten en plichten in werksituaties goed en zijn bereid om daar indien nodig gebruik van te maken. In die zin stellen zij zich zelfstandig op. De stelling dat werken maakt dat je je beter voelt, wordt door hen tot op zekere hoogte onderschreven: het is waar dat je door te werken niet alleen aan je ziekte of je beperkingen denkt, maar een gevaar is wel dat je daarmee onbedoeld over je grenzen heen gaat en dat kan ongewenste gevolgen hebben.

#### Samenvattend

Zowel de Surinaams- als Turks-Nederlandse vrouwen die we spraken, vinden dat gezondheidsklachten tot op zekere hoogte met werk te combineren zijn. Zij zijn daar zelf het voorbeeld van en menen dat 'geven en nemen' ervoor zorgt dat werken mogelijk is en blijft. De Surinaams-Nederlandse vrouwen van de eerste generatie lijken het meest voldoening uit het werk te halen en het meest tevreden over het begrip van collega's en leidinggevenden te zijn. Wederzijdse flexibiliteit en oog voor de mogelijkheden maken dat men kan blijven werken en daarvan zijn zij zich bewust. Andere vrouwen maken mee dat de omgang met hun klachten moeizaam is, zelfs onbegrip en jaloezie oproept. Voor de meeste vrouwen geldt dat werken een financiële noodzaak is; een aantal vrouwen van vooral de tweede generatie maakt zich daarom zorgen over de toekomst.

#### 3.2.4 Rol van anderen

Hoeveel steun ondervinden de vrouwen van anderen in hun omgeving? En speelt de bedrijfsarts een rol?

##### Surinaams-Nederlandse vrouwen

De vrouwen van Surinaamse herkomst zijn goed in staat om voldoende aandacht van het thuisfront te krijgen. Zij vinden dat ze daar recht op hebben en dwingen het waar nodig gewoon af, 'die pak ik gewoon'. Ze hebben er geen moeite mee om zaken uit handen te geven of om te beslissen bepaalde zaken gewoon te laten: 'Ik heb vandaag mijn rooster-

vrije dag maar ik ben niet gaan stofzuigen of zo. [...] De eindmusical op school komt er aan, ik dacht weet je wat en ik ben lekker op de bank blijven liggen. Mijn man kwam om half drie thuis, ik zei weet je wat, ga jij maar even stofzuigen.’ Ze zien het gezin als een samenwerkingsverband waarin iedereen, ook de kinderen, een taak heeft. Sommigen hebben niet dit overwicht op de kinderen, want één respondent ‘moet [...] eerst half dood liggen wil er iets gebeuren’. Over het algemeen is de overtuiging dat als je wilt dat mensen rekening met je houden, je zelf de grenzen moet aangeven. Voor de wat jongere vrouwen geldt dat het niet alleen om steun van het eigen gezin gaat; ze spreken van moeders die inspringen, dochters die bezorgd zijn, buurvrouwen die helpen als het nodig is. De aandacht van een vaste partner is daarbij niet absoluut nodig. Veel Surinaams-Nederlandse vrouwen, zowel van de eerste als de tweede generatie, staan er al lang alleen voor, ‘wat je niet hebt, mis je niet’. Sommigen denken dat een man inderdaad steun kan bieden, maar anderen verwachten daar niet zo veel van.

Een minderheid van de Surinaams-Nederlandse vrouwen heeft wel eens met de bedrijfsarts te maken gehad. De ervaringen zijn niet onverdeeld positief. Men heeft bijvoorbeeld ervaring met een slechte bejegening door de bedrijfsarts, vindt dat bedrijfsartsen vooral het belang van het bedrijf nastreven of was het niet eens met de conclusie van de bedrijfsarts over het wel/niet kunnen werken. Uit het contact met een bedrijfsarts lijken deze vrouwen dus weinig steun te putten en eerder tegenwerking te ervaren bij het weer willen oppakken van de werkzaamheden. Toch zijn er ook goede ervaringen: een bedrijfsarts die iemand helemaal begreep en steun verleende, een bedrijfsarts die uitging van wat nog wel kon, een bedrijfsarts die wel streng was maar toch voldoende rekening hield met de mogelijkheden. En dat maakt terugkeer naar het werk een stuk gemakkelijker. Een enkeling heeft in het kader van ziekte contact gehad met het u w v; deze contacten verliepen meestal redelijk goed.

#### Turks-Nederlandse vrouwen

Sommige partners van de eerste generatie vrouwen van Turkse herkomst doen veel in huis en zijn in die zin een steun voor de vrouwen. Zij helpen bijvoorbeeld met de huishouding en de opvoeding van de kinderen. In hoeverre de vrouwen echt steun ondervinden van hun partners of kinderen wordt in het gesprek niet duidelijk. De moeders binnen de tweede generatie vertellen dat hun kinderen gewend zijn aan de beperkingen van hun moeder en zij schakelen vooral hun dochters in om te helpen bij de huishouding. Een enkeling heeft daar moeite mee, omdat ze eigenlijk vindt dat ze de kinderen niet daarmee moet belasten; het is haar keuze om te werken en daar hoeven de kinderen niet onder te lijden. De vrouwen krijgen soms kritiek te horen: hun partners klagen bijvoorbeeld dat ze alleen maar op de bank liggen en nergens toe komen. Over het algemeen lijken Turks-Nederlandse mannen echter geen tijd maar ook geen zin te hebben om hun vrouw te ondersteunen in het huishouden. We hebben de indruk dat de vrouwen ook niet bij hun partners terecht kunnen met hun klachten, omdat ze daar weinig begrip voor hebben. Maar soms vinden ook de kinderen dat moeders beter minder kunnen werken; ze zouden liever hebben dat hun moeder meer thuis is. Verscheidene vrouwen vinden dat ze hun kinderen een goed voorbeeld moeten geven, dat je kunt laten zien dat je ondanks beperkingen toch kunt werken. Zij vinden het belangrijk



dat vrouwen zelfstandig zijn en dat houdt in dat ze actief zijn op de arbeidsmarkt. De gescheiden Turks-Nederlandse vrouw vertelt dat haar zus en broer heel trots op haar zijn omdat ze het toch allemaal in haar eentje redt. De oudere generaties kijken hier volgens haar heel anders tegenaan, die zien de vrouw niet als zelfstandig.

Het vragen naar contact met de bedrijfsarts levert een negatieve ervaring van een Turks-Nederlandse vrouw uit de eerste generatie op: 'Moeizaam, want ik heb niet het gevoel dat ik gehoord en begrepen werd.' De discussie concentreert zich direct daarna op de manier waarop de Nederlandse gezondheidszorg met patiënten omgaat; al eerder is beschreven hoe de vrouwen die ervaren, mede in het licht van de betere ervaringen in Turkije. Men heeft het idee dat men telkens opnieuw hetzelfde verhaal moet vertellen, zonder dat dit resultaten heeft voor de behandeling. De Nederlandse overtuiging dat veel dingen vanzelf weer overgaan of tijd nodig hebben, valt bij deze Turkse vrouwen niet in goede aarde.

Bij de tweede generatie heeft een beperkt aantal deelnemers weleens contact gehad met een bedrijfsarts. Na wat beginproblemen omdat ze het idee had dat er niet goed geluisterd werd, zijn de ervaringen bij een van de respondenten positiever geworden: als gevolg van de bemoeienis van de bedrijfsarts zijn er aanpassingen op de werkplek gekomen. Een andere vrouw heeft ervaren dat de bedrijfsarts wist wat er allemaal speelde in het bedrijf en opkwam voor de werknemers 'ze stond echt achter de werknemers'.

#### Samenvattend

De vrouwen in de Surinaams-Nederlandse groepen hebben er geen moeite mee om steun te vragen en te ontvangen van man en/of kinderen. De Turks-Nederlandse vrouwen vinden dat vaak lastiger omdat zij hun gezinsleden, en dan met name de kinderen, niet altijd met de gevolgen van hun klachten willen belasten. Veel Surinaams-Nederlandse vrouwen zijn gewend zonder partner door het leven te gaan; zij voelen zich niet altijd verplicht om bepaalde zorgtaken uit te voeren want die kunnen ook wel eens een keer blijven liggen. Spontaan wordt er over de bemoeienis van de bedrijfsarts weinig naar voren gebracht, zij hebben eigenlijk geen rol van betekenis bij het kunnen blijven werken van deze vrouwen. Desgevraagd blijkt bemoeienis van de bedrijfsarts voor sommige vrouwen positief en voor andere vrouwen negatief uit te werken.

#### 3.2.5 Visie op de toekomst

Wat maakt dat de ene vrouw met klachten wel kan werken en de ander niet? En wat verwachten de vrouwen ten aanzien van hun eigen toekomst?

##### Surinaams-Nederlandse vrouwen

Veel vrouwen menen dat het vooral je karakter is dat bepaalt of je wel of niet kunt werken met klachten. 'Sommige mensen vinden het fijn om thuis te zitten en die kunnen daar tegen, maar wij kunnen daar niet tegen.' Een andere mogelijkheid is dat je een partner met een topsalaris hebt. Al snel beweegt de discussie zich richting de invloed van de Surinaamse afkomst op het wel of niet werken: 'Een Surinaamse vrouw is altijd opgevoed

met een baan en gewoon te allen tijde voor jezelf kunnen zorgen.’ Wij gaan op deze vermeende samenhang in de volgende paragraaf nader in. In de groep jongere vrouwen komt naar voren dat het soms ook wel gemakkelijk wordt gemaakt om niet te werken. ‘Ik ken zo veel mensen die stukken minder ziek zijn dan ik en die allemaal thuis zitten met een uitkering’, ‘Een paar jaar terug ging dat heel gemakkelijk.’ Het heeft dus met je instelling en karakter te maken of je daar wel of niet gebruik van maakt. Zij willen dat niet omdat het werk, zoals eerder gezegd, afleiding biedt en de financiële mogelijkheden vergroot. Met een uitkering ben je afhankelijk van het u w v en zonder inkomen ben je afhankelijk van je man. Zaken zoals flexibiliteit, kinderopvang, aangepast meubilair en voorzieningen zijn volgens hen noodzakelijke voorwaarden om wel te blijven werken. Aan die voorwaarden is op dit moment in redelijke mate voldaan.

#### Turks-Nederlandse vrouwen

Bij de eerste generatie is dit thema niet aan de orde geweest. De tweede generatie meent dat het wel of niet kunnen werken met klachten wellicht aan de mannen in hun cultuur ligt: die hebben liever niet dat hun vrouw werkt. Zij komen tegen dat vrouwen niet durven te werken, angst hebben om onder de mensen te komen, maar kunnen zich ook voorstellen dat vrouwen stoppen met werken omdat het financieel niet nodig is. Voor de tweede generatie geldt verder dat zij niet zozeer praten over verschillen in hoe mensen met de combinatie klachten en werk omgaan, maar dat zij ingaan op de omstandigheden en op hoe zij vinden dat het zou moeten zijn: een goed voorbeeld geven aan je kinderen en je eigen zelfstandigheid bevorderen. Voorwaarden om het werk vol te blijven houden zijn voor hen: plezier in het werk, leuke collega’s, steun van je omgeving en salaris. Zo lang aan deze voorwaarden is voldaan, denkt het merendeel van de Turks-Nederlandse vrouwen dat de voordelen van het werken opwegen tegen de nadelen ervan.

#### Samenvattend

De beslissing om wel of niet te werken ondanks gezondheidsklachten heeft volgens de vrouwen vooral met karakter en instelling te maken. Als je wilt werken, dan kan dat meestal omdat met de klachten rekening kan worden gehouden. De meeste vrouwen verwachten dan ook in de toekomst te kunnen blijven werken. Dat wil echter niet zeggen dat iedereen dat daadwerkelijk zal doen, want een aantal vrouwen overweegt naar Turkije terug te gaan en een aantal vrouwen zit tegen de grens van hun mogelijkheden aan.

#### 3.2.6 Culturele verschillen

In hoeverre spelen de Surinaamse en Turkse herkomst een rol van betekenis in de arbeidsparticipatie van vrouwen met gezondheidsklachten? Hoe kijken de vrouwen daar zelf tegenaan? En zijn er verschillen tussen de jongeren en de oudere generaties?

#### Surinaams-Nederlandse vrouwen

De eerste generatie vrouwen is weliswaar geboren in Suriname maar voor het merendeel hebben ze het grootste deel van hun jeugd in Nederland doorgebracht. Zij betitelen hun ouders als de echte eerste generatie. De opvoeding van zowel eerste als tweede generatie

Surinaams-Nederlandse vrouwen is te kenschetsen als echt Surinaams. Zij hebben van jongs af aan geleerd dat je als vrouw voor jezelf moet kunnen zorgen, dat je niet moet verwachten dat een ander voor je zorgt. 'Een man moet in principe een aanvulling zijn.' Zij gaan uit van de gelijkheid van man en vrouw, 'als je beide werkt, hebt je beide wat te zeggen'. Ze vinden autochtone vrouwen vaak te ondergeschikt aan hun man en weten uit verhalen van hun moeder bijvoorbeeld dat autochtone vrouwen vroeger hun naam verloren als ze trouwden of niet meer mochten werken. Ze realiseren zich dat dit niet meer de gewoonte is, maar toch stellen zij: 'de Nederlandse vrouw is altijd gepamperd'. Deze afhankelijke houding van autochtone vrouwen uit zich volgens hen ook bij een scheiding of overlijden. Als een migrantenvrouw alleen komt te staan, gaat ze er tegenaan. Als een autochtone vrouw alleen komt te staan, zakt ze helemaal weg. Ze hebben geleerd om niet te zeuren, niet te klagen, het leven te nemen zoals het komt en uit te gaan van de eigen kracht. 'Ik merkte na het overlijden van mijn man dat ik toch veel op eigen kracht heb gedaan, het was een hele moeilijke periode maar ik ben er zelf doorheen gekomen.' Hun moeder heeft hen veelal alleen opgevoed en werkte daarnaast fulltime. Dit patroon kennen zij ook van andere vrouwen in hun omgeving en zij geven dit weer door aan hun eigen dochters. Een respondent vat het als volgt samen: 'Je moet als Surinaamse vrouw wel iets meer je best doen, en je eist minder de aandacht.' Deze onafhankelijke opstelling is volgens hen terug te zien op de arbeidsmarkt. Zij hebben altijd hard moeten werken om te bereiken waar ze nu zijn.

De Surinaams-Nederlandse vrouwen voeden hun kinderen streng op volgens bovengenoemde principes, maar zij verwachten niet dat de volgende generatie nog bereid is zich op zo'n manier voor werk, studie of gezin in te zetten. Zij zien dat jongeren het nu veel gemakkelijker hebben, minder moeite hoeven te doen en dat zal zeker van invloed zijn op de houding van jongeren ten opzichte van verplichtingen. 'Zij zullen niet meer van die doorgangers zijn, dat heeft gedeeltelijk te maken met de maatschappij die het je te gemakkelijk maakt om op je reet te blijven zitten.' Het is ook niet meer van deze tijd om kinderen te verplichten tot allerlei taken en in de ogen van hun ouders zijn zij 'zelf ook al wel veranderd'.

De Surinaamse achtergrond maakt zich ook op het werk kenbaar. Iedereen is van mening dat je als Surinaams-Nederlandse soms toch net een stapje extra moet doen, niet omdat autochtone collega's dat verwachten, maar omdat je zo bent opgevoed. Soms worden ze door collega's op hun Surinaamse achtergrond aangesproken, bijvoorbeeld als er iets specifiek in Suriname aan de hand is. Echte discriminatie op de werkvloer maken ze nauwelijks mee, hooguit is er verwarring omdat een Hollands klinkende achternaam niet geassocieerd wordt met een donker uiterlijk.

#### Turks-Nederlandse vrouwen

De oudere generatie Turks-Nederlandse vrouwen vindt zichzelf minder assertief dan autochtone vrouwen. Dat heeft mede te maken met het feit dat ze banger zijn om hun baan te verliezen en daardoor minder goed voor zichzelf opkomen. Een respondent heeft de indruk dat haar werkgever een ziekmelding van een autochtone medewerker serieuzer neemt dan van een allochtone medewerker, terwijl er weinig verschil is in de manier waarop autochtone en Turks-Nederlandse vrouwen met hun werk omgaan. Een

deel van de vrouwen ziet wel een verschil met de tweede generatie Turkse vrouwen. Zij hebben geleerd dat ze niet moeten zeuren, altijd moeten doorgaan. De jongere generaties gaan gemakkelijker met gezondheid om, 'om de kleinste dingen melden ze zich ziek'. Deze respondente gebruikt verder in haar omschrijving van de jongeren de termen luier, sneller geen zin, sneller moe, geven sneller op. 'Mijn dochter heeft zich laatst ziek gemeld omdat ze menstruatiepijn had. Toen ik dat hoorde werd ik furieus, dat deed ik nooit.' Een andere respondente wijt dit aan de opstelling van jongeren: vrijer, mondiger en gemakkelijker in hun doen en laten. Toch zijn een paar vrouwen het niet eens met de stelling dat jongeren te gemakkelijk met ziekte en klachten omgaan; zij zien eigenlijk geen verschil en vinden dat ook jongeren een grote inzet hebben: 'Mijn kinderen hebben dezelfde mentaliteit als ik, ze zijn heel verantwoordelijk en melden zich zelden ziek.' Zowel de eerste als tweede generatie Turkse vrouwen vindt dat Turkse vrouwen meer dan autochtone vrouwen altijd doorgaan. 'Wij gaan gewoon door totdat we er bij neervallen. Natuurlijk speelt daarnaast je karakter een rol, maar dat altijd maar doorgaan is toch wel echt Turks. In de Turkse cultuur is het ook niet gebruikelijk te zeuren over iets kleins. Een passend Turks gezegde in dit verband is: 'Als de kat zijn poepgat ziet, dan denkt ie al dat het een wondje is.' Met andere woorden: stel je niet aan!' Vooral de eerste generatie Turks-Nederlandse vrouwen werkt volgens hen hard en zeurt weinig. Dat heeft enerzijds te maken met het verschil in beroepsniveau: de eerste generatie heeft zware werkzaamheden verricht, de tweede generatie heeft eerder een kantoorbaantje. Anderzijds heeft men het gevoel dat de eerste generatie vrouwen minder durft te zeggen, omdat ze niet hebben geleerd om voor zichzelf op te komen. Bovendien werd de eerste generatie vrouwen niet door hun man geholpen terwijl dat in de jongere leeftijdsgroep wel meer gebruikelijk is. Mannen worden moderner en het opleidingsniveau van mannen en vrouwen is gestegen, wat maakt dat er meer sprake is van gelijkwaardigheid. Toch is het volgens de Turks-Nederlandse vrouwen binnen de Turkse gemeenschap in Nederland nog steeds belangrijker voor een man om te werken dan voor een vrouw. Van een vrouw wordt geaccepteerd dat ze thuis blijft en voor de kinderen en het huishouden zorgt.

#### Samenvattend

Zowel Surinaams- als Turks-Nederlandse vrouwen in ons onderzoek menen dat hard werken kenmerkend is voor hun cultuur. Ze hebben van huis uit geleerd niet te klagen en zo lang mogelijk door te gaan. De reden daarvoor verschilt per groep. Surinaams-Nederlandse vrouwen gaan ervan uit dat hun zelfstandigheid een groot goed is en dat betekent dat ze in hun eigen levensonderhoud willen kunnen voorzien. Zij hebben daarvan talloze voorbeelden in de directe omgeving. Bij Turks-Nederlandse vrouwen speelt dat minder, omdat het in hun cultuur niet ongewoon is dat vrouwen thuis blijven. Vooral bij de wat ouderen onder hen geldt ten aanzien van de omgang met ziekte dat ze minder goed voor zichzelf kunnen opkomen en mede daardoor bang zijn hun werk kwijt te raken als ze zich te snel ziek melden. De resultante daarvan is dat ze lang doorgaan. Er vindt naarmate de generaties zich verjongen wel een verschuiving plaats: over het algemeen lijken gedrag en houding van de jongere generaties meer op dat van autochtonen en is de nadruk op flink zijn en doorzetten wat aan het afnemen. De tweede generatie lijkt dat zelf ook te onderkennen.

### 3.3 De niet-werkende vrouwen

#### 3.3.1 Het dagelijks leven

Ook bij de niet-werkende vrouwen is geprobeerd zicht te krijgen op de invulling van hun dagelijkse leven: wat doen zij gedurende de dag, waar vinden de activiteiten plaats, zijn zij tevreden over deze invulling?

#### Surinaams-Nederlandse vrouwen

Zowel de eerste als de tweede generatie niet-werkende vrouwen heeft als dagbesteding vooral de zorg voor het huishouden; de meeste van hun kinderen zijn wat ouder en deels al de deur uit, een aantal vrouwen heeft (ook) nog jongere kinderen thuis. De helft van de vrouwen is alleenstaand. Het leven bestaat voor de een vooral uit huishoudelijke taken: 'Die kleine van mij, die moet 's ochtends opstaan, brood maken, die komt tussen de middag eten en gaat weer naar school. En ja, je kookt, ruimt op, je doet wat boodschappen en meer kan echt niet.' Andere vrouwen besteden daarnaast tijd aan vrijwilligerswerk, 'oude mensen een beetje eten geven', 'met bejaarden gaan praten', of zijn mantelzorger voor een familielid. Een enkeling sport, zet zich in voor een belangenorganisatie, maar een naar buiten actieve indruk maken deze vrouwen niet. Hun activiteiten vinden vooral binnenshuis plaats. Een alleenstaande vrouw dwingt zichzelf ertoe om regelmatig een activiteit buitenshuis te ondernemen, 'omdat je anders in een isolement dreigt te komen'. Degene die bij haar ouders woont, heeft een hond genomen om buiten te komen. Van de wat jongere vrouwen noemt niemand activiteiten in het kader van vrijwilligerswerk of mantelzorg. Wat opvalt is dat de activiteiten op hun mogelijkheden moeten zijn aangepast, want door hun aandoeningen maar ook door hun privéomstandigheden zijn die nogal beperkt. Er is sprake van veel pijn, vermoeidheid en gelatenheid. 'Ik ben gewoon zo moe, dat ik op de bank ga liggen en dan ben je weg', 'Ik wil heel veel, maar als het erop neerkomt, dan heb ik zoiets van nee, weet je', 'Ik heb die twee kinderen, als die van 19 naar school gaat, dan heb ik die kleine nog van 10. Dus ik ben nog gebonden.' Deze laatste respondente verzucht 'soms ben ik het zo beu en zo moe, dat ik zoiets heb van: waarom heb ik dit allemaal?' Een moeder heeft te maken met een kind dat voor drie telt, en dat vraagt erg veel van haar energie. Een andere respondente heeft zich bij haar beperkingen neergelegd en probeert het binnen haar mogelijkheden zo leuk mogelijk te maken.

De niet-werkende Surinaamse vrouwen zijn niet erg tevreden over hun leven. Ze voelen zich beperkt in hun mogelijkheden, hebben hun plannen moeten bijstellen, sommige vrouwen hebben moeite om het allemaal vol te houden en sommigen van hen piekeren over hoe ze rond moeten komen: 'Alleen het bedenken ervan vind ik al te moeilijk.' De financiële problemen spelen voor meer respondenten en opgemerkt wordt dat alle activiteiten die je wilt ondernemen nu eenmaal geld kosten. 'Je gaat wel naar vrienden en kennissen maar je komt steeds met lege handen. En zij zeggen ga je even mee daar en daar heen, maar je moet toch opletten, want of je kan je rekeningen niet meer betalen of je kan het eten niet betalen, dus...' Een ander heeft veel zorgen gehad over haar drukke kind, maar nu bekend is dat hij autistisch is, ziet ze ten minste behandelmogelijkheden.

Het leven lijkt voor degenen die geen zorg meer hebben voor thuiswonende kinderen wat gemakkelijker te zijn dan voor degenen die deze zorg nog wel hebben. Opvallend is dat bij deze vrouwen een negatieve stemming overheerst. 'Soms denk je, is dit het?' Ze geven aan dat het leven hen niet heeft gebracht wat ze hadden verwacht en hebben het daar soms moeilijk mee: 'Ik had wel meer gewild, je mist collega's, je mist gewoon een heel leven naast deze, naast het mama zijn doe je niets. [...] Er is een heel gedeelte weg en dat zou ik wel weer terugwillen', 'Ik dacht altijd als ik nou niet meer werk dan is het echt geweldig, maar dat is niet zo. [...] Ik ben maar doorgegaan en doorgegaan en op een gegeven moment is mijn lijf gaan protesteren en komen een hoop dingen bij elkaar, psychisch en lichamelijk.' Een andere respondente geeft aan het heel frustrerend te vinden dat het stukje uitdaging en voldoening dat aan werk verbonden is, voor haar niet is weggelegd. Een vrouw heeft wel weer geprobeerd om te gaan werken, maar is op een re-integratietraject met jonge meisjes afgeknapt, waardoor haar klachten met volle kracht terugkwamen.

#### Turks-Nederlandse vrouwen

De niet-werkende Turks-Nederlandse vrouwen van de eerste generatie hebben op een na thuiswonende kinderen. Deze kinderen zijn veelal jong en hebben nog zorg nodig. Een van de vrouwen is gescheiden en woont alleen. De vrouwen geven aan dat hun klachten veel invloed hebben op het dagelijks leven. Ze moeten veel rusten en hebben weinig energie voor iets anders dan de huishouding. 'Ik kan heel weinig, ik breng mijn tijd grotendeels thuis door want ik heb constant pijn.' Een respondente heeft huishoudelijk hulp, 'doordat ik zelf geen huishouden kan verrichten, krijg ik een keer per week een schoonmaakster over de vloer. Die moet ik zelf bekostigen, de verzekering betaalt het niet'. Ook een andere respondente klaagt over het niet in aanmerking komen voor vergoedingen van de verzekeraar. Energie voor bijvoorbeeld vrijwilligerswerk of een cursus was er vroeger wel, maar een aantal van hen heeft deze activiteiten noodgedwongen (door de klachten en door de keuze om een hoofddoek te gaan dragen) moeten staken. Degene die wel een cursus volgt, geeft aan dat het haar goed bevalt. De eventuele andere activiteiten beperken zich op dit moment voornamelijk tot de omgang met burens en familie. In het gesprek wordt niet duidelijk of men tevreden is met de huidige invulling van het dagelijkse leven; wel blijkt dat bij deze vrouwen veel problemen spelen en spelen. De lijdensdruk lijkt groot te zijn. We horen verhalen van een moeizame jeugd, het verlies van een of beide ouders, het altijd veel moeten geven en dat op een gegeven moment niet meer aankunnen. Dit gecombineerd met de gezondheidsklachten maakt dat een deel van deze vrouwen een nogal teruggetrokken leven leidt.

De groep tweede generatie niet-werkende Turkse vrouwen bestaat uit dertigers. Zij zijn op twee na getrouwd en hebben deels nog jonge thuiswonende kinderen. Hun dagelijks leven bestaat vooral uit het huishouden en boodschappen doen. Daarnaast komen zij aan weinig activiteiten toe. Dat staat hun klachtenpatroon niet toe: zij zijn te moe of hebben te veel pijn. Zij moeten bij alles oppassen dat ze niet over hun grenzen gaan, want dat levert een uitgeput gevoel op. 'Soms ga je over je eigen grenzen heen en dan til je weer te zwaar en dan ben je de volgende dag kapot.' Andere vrouwen geven aan dat ze bijvoorbeeld wel gaan winkelen met de kinderen, of iets met vriendinnen afspreken,

maar dat ze het dan rustig aan doen. Ook sociale contacten hebben onder hun gezondheid te lijden: 'Als mensen bellen of komen dan denk ik pffff', 'Je moet toch die mensen een beetje vermaken en dat is vermoeiend.' Maar een andere respondente stelt dat ze altijd sociaal is gebleven omdat je elkaar ook nodig hebt. 'Ik heb tijdens mijn ziekte moeten leren accepteren dat ik hulp nodig heb.'

De meeste van deze relatief jonge vrouwen zijn niet tevreden met hun dagelijks leven. Ze kunnen niet goed accepteren dat ze de rest van hun leven met beperkingen moeten leven en dat hun klachten wellicht zullen verergeren. Sommige vrouwen weten niet precies wat de oorzaak van klachten is en dat geeft hen een onzeker gevoel over de toekomst. Aan de ene kant beseffen ze dat hun aandoening niet zo ernstig is als een ongeneeslijke ziekte, aan de andere kant kijken ze niet positief naar de toekomst.

#### Samenvattend

Met uitzondering van de eerste generatie Turks-Nederlandse vrouwen spreken de niet-werkende vrouwen in de groepen zich duidelijk uit over de invulling van het dagelijkse en sociale leven: zij zijn er niet tevreden mee, maar kunnen door hun klachten niet anders. Pijn, vermoeidheid of stemming maken dat ze veel hebben moeten inleveren. De eerste generatie lijkt zich daar meer bij neer te leggen dan de tweede generatie. Er is bij veel vrouwen sprake van een moeizame balans die ze liever niet willen verstoren door te veel of te zware activiteiten. Ze houden steeds rekening met de klachten en richten het leven rond de klachten in.

#### 3.3.2 De ervaren gezondheid

Alle vrouwen hebben klachten waardoor ze op dit moment niet kunnen werken en staan onder behandeling van een arts. Wat is de aard van hun klachten en hoe ervaren zij hun gezondheid? Om te beginnen legden we de stelling 'je gezondheid is het belangrijkste in je leven' voor.

##### Surinaams-Nederlandse vrouwen

De voorgelegde stelling wordt door de eerste en de tweede generatie, jong en oud, unaniem onderschreven. Een goede gezondheid maakt dat je geen belemmeringen hebt, maar gewoon alles kan doen. Zonder een goede gezondheid kan je niet gelukkig worden. 'Je kan nog zo veel geld hebben, maar als je gezondheid niet goed is, dan ben je toch niet gelukkig', 'Je merkt het eigenlijk ook pas als je ziek bent.'

De eerste generatie niet-werkende Surinaams-Nederlandse vrouwen heeft te kampen met rugklachten, diabetes, artrose, reumatische klachten, dubbele hernia, hoge bloeddruk, spit, depressie, burn-out, stress. Vaak gaan de meer lichamelijke klachten samen met psychische klachten, blijkt uit de mededeling dat er naast pijnstillers antidepressiva worden gebruikt. De klachten bestaan meestal nog niet heel lang (tussen de één en vijf jaar), alleen de burn-out kwam tien jaar geleden naar voren. Opvallend is dat men vaak al eerder uit het arbeidsproces is gevallen door een combinatie van gebeurtenissen. Een vrouw vertelt bijvoorbeeld dat haar klachten eigenlijk ontstonden nadat een ouder overleed: 'Toen kreeg ik antidepressiva en daar is het eigenlijk mee begonnen.' Niet-dui-

delijk wordt in hoeverre sommige vrouwen de huidige gezondheidsklachten na een periode van uitval als legitimatie zien om niet te werken. Feit is dat deze vrouwen zichzelf op dit moment niet in staat achten om te werken als gevolg van de gezondheidsklachten. Bij de tweede generatie niet-werkende Surinaams-Nederlandse vrouwen treffen we aan dat er al sinds de jeugd problemen zijn met de gezondheid. We noteren bij hen veel gewrichtsklachten en verder hoge bloeddruk, depressie, diabetes en polsschede-ontsteking. Bij veel vrouwen gaat het zowel lichamelijk als psychisch niet goed met hen. De klachten bestaan soms al lang, soms was er een aanleiding voor het ontstaan van de klachten. De vrouw met RSI vertelt dat ze gelezen heeft dat dit type klachten al in ontwikkeling is terwijl je er nog niets van merkt. Een andere vrouw heeft in haar jeugd een blessure opgelopen waardoor haar rug scheef staat; een combinatie van zwangerschap en computerwerk hebben twaalf jaar geleden geleid tot het ontstaan van chronische ontstekingen: 'Ik ben gewoon doorgedaan met werken en ben door de pijn heengegaan en een jaar geleden ben ik uitgevallen en toen heb ik gezegd, ja, nu moet ik echt aan mezelf denken.' Bij een andere respondent leidde uitval na een keizersnee ertoe dat ze stil ging staan bij haar verleden met de huidige psychische klachten tot gevolg. Bij de vrouw met hoge bloeddruk ontstonden de klachten echter van de een op de andere dag; met medicijnen is het niet goed onder controle te krijgen en dat maakt de omgang ermee zo lastig. De respondente die na een auto-ongeluk zestien jaar geleden whiplashklachten kreeg, heeft er sinds een half jaar psychische klachten bij. Naar aanleiding van een burn-out is een respondente er achtergekomen dat ze nooit geleerd heeft om voor zichzelf op te komen.

De gezondheidsklachten bepalen – zoals al in de beschrijving van het dagelijks leven naar voren kwam – grotendeels het leven van deze vrouwen. Ze hebben er zelf weinig invloed op. Ze vinden dat hun klachten veel impact hebben op hun leven, ze hebben geen andere keuze dan er mee te leven, 'je zou willen dat het anders was'. Dingen die men door de klachten nalaat, zijn bijvoorbeeld sporten, dansen, gaan stappen, werken, lezen en het onderhouden van sociale contacten. De invloed die ze op de klachten kunnen uitoefenen is niet groot. Ze proberen te voorkomen dat de klachten erger worden door het vermijden van bepaalde handelingen, zoals het snijden van groente, sporten, joggen, of internetten, en hun activiteiten buitenshuis hebben onder hun vermoeidheid en pijn te lijden. 'Ik heb pijn, ik ga weer naar huis, ben de hele dag moe, ik kan bijna niets meer. Ik val nu ook bijna in slaap. Ik weet het ook niet meer, het is frustrerend', 'Vroeger ging ik vaak in mijn eentje de stad in maar dat gaat niet meer.' De vrouwen met psychische klachten proberen zo veel mogelijk stress in hun leven te voorkomen, 'ik kom nooit buiten als het niet echt nodig is, ik ga stress nooit opzoeken'. Dat lukt niet altijd, het niet kunnen vinden van de onderzoekslocatie leverde een respondente behoorlijk veel stress op.

De klachten raken niet alleen henzelf maar hebben ook impact op hun omgeving. Omdat een respondente niet goed kan lopen, kan haar kind niet meedoen met de avondvierdaagse. Er is niet altijd begrip van de omgeving voor de klachten en je bent niet altijd gezellig: 'Je wordt ook vaak niet serieus genomen door mensen om je heen, die denken, je stelt je aan. Kom op nou, heb je haar weer. Ben je vandaag weer zo moe? Heb je weer



last? Ze begrijpen het niet, hoe veel je ze ook uitlegt, ze kunnen zich niet plaatsen in jouw situatie. Doe even normaal.' Vooral de psychische klachten zijn lastig, omdat andere mensen die niet kunnen zien, wat het onbegrip alleen maar vergroot. Een respondente met reuma vindt steun in haar contact met andere reumapatiënten: 'Hoe doe jij dat of hoe pak je het aan, dan krijg je toch wat handvatten van mensen die dezelfde problemen tegenkomen, daar heb ik toch wel heel veel aan.'

Er komt in het gesprek naar voren dat veel Surinaams-Nederlandse vrouwen van jongs af aan veel verantwoordelijkheid dragen. Vooral de oudsten in het gezin moesten vanzelfsprekend meedraaien in het huishouden, zorgen voor broertjes en zusjes terwijl ze daar eigenlijk nog niet aan toe waren. Ze hebben daardoor minder gelegenheid gekregen om zichzelf te ontwikkelen. 'Je helpt je moeder die het moeilijk heeft en die moet werken', 'Je staat al op je dertiende te koken omdat je moeder werkt.' De generatie vrouwen boven hen heeft dit ook meegemaakt, maar die waren niet gewend om te protesteren. 'Maar nu, er is hier zo veel vrijheid en je gaat erover nadenken, want het is in principe niet normaal dat je twaalf bent en alles moet doen.' Het inzicht dat deze verantwoordelijkheid niet normaal is en gevolgen kan hebben voor de manier waarop je leven verder verloopt, is volgens deze generatie vrouwen pas van de laatste tijd.

De niet-werkende vrouwen van Surinaamse herkomst beoordelen de eigen gezondheid met een lager cijfer dan de werkende vrouwen. We noteren cijfers tussen de 3 en de 8; de meeste vrouwen geven een 5 of een 6. De cijfers vallen laag uit omdat de gezondheid veel beperkingen voor hen inhoudt; de vrouwen vergelijken vaak met de situatie voordat ze klachten hadden. Ze geven bijvoorbeeld de volgende uitleg aan het door hen gegeven cijfer:

- 6: *Als je nagaat dat ik vijf jaar geleden gewoon zeven dagen per week ging sporten, twee keer per dag. Als je dat opeens niet meer kan... .*
- 8: *Ik doe de laatste tijd fanatiek aan yoga, en dat bevalt me zo goed.*
- 5: *Omdat ik zo veel klachten heb. Mijn rug, en dat ik psychotisch word, van alles, en diabetes.*
- 6: *Omdat het zo wisselvallig is gewoon. Je hebt goede dagen en slechte dagen. Maar je kunt er geen peil op trekken. Over een paar dagen ben ik misschien kippie. Maar morgen is het wat minder.*

#### Turks-Nederlandse vrouwen

De niet-werkende Turks-Nederlandse vrouwen hebben eveneens ervaren dat een goede gezondheid het belangrijkste in je leven is. 'Je wordt de rest van je leven belemmerd als je gezondheid niet goed is.' De eerste generatie vrouwen kampt met migraine, de ziekte van Raynaud, nekhernia, gewrichtsklachten, hernia, knieklachten, suikerziekte, hoge bloeddruk. Volgens sommigen worden deze klachten mede veroorzaakt door stress die zij vaak al van jongs af aan ervaren. 'Ik heb een moeizame jeugd gehad, alle denkbare verantwoordelijkheid van jongs af aan op me genomen. En bovendien heb ik mijn ouders kort achter elkaar verloren.' Sommige vrouwen hebben al lang last van hun klachten, maar zijn desondanks lang doorgegaan met werken. 'Ik vond mijn werk erg leuk, maar na lang volhouden moest ik gedwongen stoppen met mijn baan.' De tweede

generatie Turks-Nederlandse vrouwen kampt met rugklachten, hernia, spondylose, migraine en psychische klachten, waaronder depressie en posttraumatische stressstoornis. Over het algemeen zijn hun klachten vrij recent opgetreden. Desondanks heeft men vaak al veel ervaring met medische hulpverleners. In de Turks-Nederlandse groep is niet altijd duidelijk wat er precies aan de hand is en dat maakt dat sommigen zich niet serieus genomen voelen of onzeker worden. Want 'als je weet wat je hebt, kun je het ook beter accepteren'. Niet weten wat er aan de hand is, leidt ook tot onbegrip in de omgeving, want als zelfs de artsen niets kunnen vinden, is er dan wel iets aan de hand? Niet alle vrouwen laten hun leven beheersen door de klachten. Voor sommige dingen kun je volgens hen ook een oplossing zoeken. Zo liet een vrouw die met kinderen werkte, de kinderen op de trap zitten als ze hun veters moest strikken. Een andere vrouw zegt dat ze zich wel redt, mits ze rekening houdt met haar mogelijkheden. Maar voor de meeste vrouwen geldt dat de klachten veel invloed hebben op hun leven. Zij ondervinden dat in hun sociale leven, want uitgebreid koken lukt niet meer en ze vermijden het om bij anderen langs te gaan, maar het beperkt hen ook in activiteiten als sporten.

#### Samenvattend

Een goede gezondheid is het belangrijkste in het leven, dat hebben de niet-werkende vrouwen zelf ervaren. De eigen gezondheid wordt niet met een hoog cijfer beoordeeld. Zij gaan bij deze beoordeling uit van hun eigen perspectief: ze relateren hun gezondheidstoestand niet aan die van anderen. De gezondheidsklachten hebben grote gevolgen voor de manier waarop zij hun leven leiden, omdat ze activiteiten die pijn of stress kunnen opleveren vermijden. Zij hebben niet het idee dat ze daar veel invloed op kunnen uitoefenen. De (soms onbegrepen) lichamelijke klachten gaan bij hen vaak samen met psychische klachten en de klachten ontstaan nogal eens na een *life event*, zoals een geboorte of sterfgeval. Na een dergelijke gebeurtenis realiseert een aantal vrouwen zich dat ze van jongs af aan veel verantwoordelijkheid hebben moeten dragen, waardoor het gevoel leeft dat ze weinig aan zichzelf zijn toegekomen. Andere vrouwen worden onzeker van het gegeven dat niet duidelijk is waardoor hun klachten zijn ontstaan en voelen zich niet altijd even serieus genomen.

#### 3.3.3 Invloed van gezondheid op (arbeids)participatie

Welke ervaringen hebben de niet-werkende vrouwen op de arbeidsmarkt. Hoe gingen zij met de klachten om, hoe werd er door collega's en leidinggevenden gereageerd? Wat maakt dat vrouwen werken wel of niet volhouden? We legden om te beginnen de stelling 'als je gezondheid niet goed is, dan kun je niet werken' voor.

#### Surinaams-Nederlandse vrouwen

De eerste generatie niet-werkende Surinaams-Nederlandse vrouwen vindt dat het met sommige klachten wel mogelijk is om te werken, maar trekt de grens bij mensen die veel medicijnen gebruiken, bedlegerig zijn, niet geconcentreerd kunnen zijn. Zij zijn van mening dat je 100% moet kunnen geven om waardevol te zijn voor een werkgever, want aan zijn verwachtingen moet je kunnen voldoen. Dat kunnen zij door de aandoeningen

niet. De klachten maken bijvoorbeeld dat ze zich niet goed kunnen concentreren of dat ze 's ochtends veel tijd nodig hebben om op gang te komen en dan is op tijd komen niet mogelijk. Ook vinden zij het vervelend dat de klachten soms onverwacht erger worden en dat ze er dus niet op kunnen rekenen dat ze de hele dag goed blijven functioneren. Angst voor het krijgen van hyperventilatie speelt voor sommigen een rol; soms hebben ze daar zelf ervaring mee, soms is deze angst gebaseerd op de ervaringen van anderen. De grens tussen wel en niet kunnen werken, kunnen ze alleen zelf bepalen, 'je voelt het gewoon aan je lichaam, dat je dan, ja, het is af, op, einde', 'je wilt wel, maar je hebt geen motivatie'. De vrouwen vertellen dat ze vaak bijwerkingen hebben van de medicijnen, zoals duizeligheid, vermoeidheid, concentratieverlies. Depressieve klachten maken dat je geen interesse hebt in zaken zoals werk, want 'niks is belangrijk, alleen jij, jij bent zielig, jou is zo veel aangedaan'.

De eerste generatie vrouwen is al behoorlijk lang uit het arbeidsproces. We horen tijds-eenheden variërend van acht tot dertien jaar. En het stoppen met werken, viel vaak samen met een *life event*, zoals het (onverwachte) overlijden van een ouder, een scheiding. Bij sommigen bestonden de klachten al, maar deze verergerden als gevolg van de situatie. Bij anderen ontstonden de klachten in de periode van gedwongen thuis zijn. Op zich kijken ze met plezier terug op hun laatste baan. Ze konden het goed vinden met collega's en leidinggevendenden. Sommigen kregen steeds vaker te maken met uitval als gevolg van ziekte en met de spanning dat er iets aan de hand is zonder precies te weten wat, bij anderen kwam de uitval onverwacht. Over het algemeen hebben collega's en leidinggevendenden met begrip op de situatie gereageerd, een enkeling heeft slechte ervaringen. Een vrouw had bijvoorbeeld een aandoening aan de stembanden en moest bij terugkeer op het werk weer in de receptie werken. 'Toen ben ik eigenlijk in huilen uitgebarsten omdat ik het zo gemeen vond en sinds die dag heb ik niet meer gewerkt.' Dat andere vrouwen met hun type klachten wel werken, heeft volgens de eerste generatie te maken met de aard van het werk, met de mogelijkheid om aangepast werk te doen, met de band die je met je werkgever hebt opgebouwd. En deze mogelijkheden hadden ze simpelweg niet. Maar het hangt ook met je karakter samen: 'Ik denk dat iedereen anders met ziekte omgaat', 'Dat is hoe je in elkaar zit. Sommige vrouwen zijn sterker en dan kun je er gemakkelijker mee omgaan. Sommigen hebben een soort houding van, ik leg me er bij neer', 'Ik heb vier zussen, ze hebben allemaal suiker, allemaal werken ze nog behalve de tweede. En ik kan het ook niet omdat ik er nog een psychose bovenop heb.' Werk levert volgens hen sociale contacten en voldoening op en dat kan een reden zijn om te willen blijven werken, ook als er klachten zijn. Wat tot slot naar voren komt, is dat sommige vrouwen het idee hebben dat hun opleiding niet goed aansluit op de eisen van de arbeidsmarkt, dat vrouwen met een hogere opleiding een beter netwerk kunnen aanspreken om weer aan de slag te komen. Volgens anderen maakt het als je depressief bent niet uit of je hoog of laag bent opgeleid.

De tweede generatie niet-werkende Surinaams-Nederlandse vrouwen heeft veelal geprobeerd het werken vol te houden, maar de combinatie werk en klachten bleek voor hen te zwaar, met verergering van de klachten en uitval uit het arbeidsproces tot gevolg. Een 'fout' die ze niet nogmaals willen maken. Ze denken dat de ernst en on-

voorspelbaarheid van klachten bepaalt of je wel of niet kunt blijven werken. Vooral als je geestelijke gezondheid niet goed is, kan je eigenlijk niet werken is hun overtuiging; de onvoorspelbaarheid daarvan geeft te veel stress, 'je gaat bijvoorbeeld aan het werk en dan gaat het helemaal mis, dan heeft het ook geen zin'. Een vrouw geeft aan dat ze verleden jaar met een zware baan was begonnen en kinderopvang had geregeld en dan 'zit je daar en voel je jezelf steeds kleiner worden en na drie maanden trok ik het niet meer'. De vrouwen zijn in het werk of in de privésituatie tegen grenzen aangelopen die tot uitval hebben geleid. Bij de een was dat een arbeidsconflict, bij de ander een ongeluk, bij weer een ander een opstapeling van gebeurtenissen in de omgeving, bij iemand waren er problemen op het werk. In alle verhalen klinkt door dat ze het gevoel hebben dat de situatie hen is overkomen, dat zij die niet konden sturen. De situatie op het werk of de privésituatie waren zeker van invloed op de manier waarop zij met het werk omgingen. 'Als er een klant opbelde, dan dacht ik, wat kan mij dat nou schelen?' Andere vrouwen vertellen dat er op den duur toch dingen op het werk zijn gebeurd waardoor ze het psychisch ook niet meer konden volhouden, veel gingen verzuimen of veelvuldig te laat kwamen. Terwijl juist aandacht en begrip voor je klachten, eventueel aangepast werk of een aangepaste werkplek voorwaarden zijn om het wel vol te kunnen houden. Sommigen hebben ervaren dat de werkgever hen eigenlijk maar lastig vond en niet bereid was om rekening met ze te houden. Waar de een als reactie daarop te weinig voor zichzelf opkomt, lijkt de ander juist te assertief te zijn; beide mechanismen hebben een negatieve uitwerking. Andere redenen die blijven werken mogelijk maken, zijn motivatie en de financiële situatie. Want leven met een uitkering is niet altijd makkelijk, omdat het inkomen er altijd op achteruit gaat.

#### Turks-Nederlandse vrouwen

Ook veel van de niet-werkende Turks-Nederlandse vrouwen lijken bang te zijn dat het niet mogelijk is goede prestaties te leveren als ze niet 100% kunnen geven. Tijdens de laatste periode dat de eerste generatie werkzaam was, zijn ze veel thuis gebleven als gevolg van hun klachten. Over het algemeen is daar door de collega's en leidinggevendenden goed op gereageerd. 'Mijn werkgever was juist degene die zei dat ik thuis moest blijven, rust moest nemen.' Maar een andere vrouw maakte mee dat zowel collega's als de bedrijfsarts vonden dat ze te veel ziek was, en heeft dat als zeer onprettig ervaren. De eerste generatie is al langer gestopt met werken; of dat door ziekte kwam of een andere reden had, wordt niet altijd duidelijk. Ze lijken niet terug te verlangen naar de laatste baan, ze missen het werk in hun leven niet echt.

Het merendeel van de tweede generatie vindt eveneens dat je niet kunt werken als je gezondheid niet goed is. Zij baseren hun mening vooral op eigen ervaringen, 'ik heb gewerkt, maar het kostte mij zo veel energie dat ik meer uitrustte dan dat ik werkte'. Maar sommigen nuanceren dit standpunt wel, 'ik vind het een beetje dubbel, je kunt wel deeltijd werken of aangepast werken'. De onvoorspelbaarheid van hun klachten, de aard van de klachten en de pijn, zijn van invloed op hun motivatie om te werken. Ze hebben daardoor het gevoel dat ze zich niet goed kunnen inzetten, 'je bent niet productief, je betekent niets voor zo'n werkgever'. Zoeken naar werk op een lager niveau heeft volgens hen geen zin, omdat het dan vaak om meer lichamelijk activiteiten gaat en dat kunnen

zij door hun beperkingen niet aan. Hun ervaring is bovendien dat werkgevers geen te hoog opgeleide werknemers willen hebben en bang zijn voor een terugval naar ziekte. Vooral de wat jongere vrouwen kijken met weemoed terug naar het werkende leven. Ze missen de structuur en het ritme dat werken biedt vinden het jammer dat ze minder contact met mensen hebben en missen de voldoening die werk kan bieden. Tot slot missen ze het gevoel van vrijheid en (financiële) onafhankelijkheid. 'Ik voel me nu afgesloten van het dagelijkse ritme.' Alle vrouwen geven dan ook aan dat ze het leuk vonden om te werken. Het na een periode van ziekte weer moeten wennen aan het werkritme, viel sommigen niet makkelijk. 'Met de tijd kom je terug en dan word je niet geaccepteerd. Je maakt dan veel fouten en het heeft mij gewoon mijn baan gekost.' Een andere vrouw heeft geprobeerd om het met minder werken vol te houden, maar dat lukte niet, toen moest ze alsnog stoppen. Als dat vaker gebeurt, motiveert dat niet: 'Een volgende keer denk je van laat maar.' Collega's en leidinggevenden reageerden niet altijd even aardig op hun situatie. Ze vertellen van collega's die meesmuilende opmerkingen maken, of collega's die na verloop van tijd de belangstelling verliezen, van leidinggevenden die eigenlijk alleen maar hebben geprobeerd om ze te laten stoppen met werken. Bij sommigen speelden reorganisaties op het werk, met als gevolg dat collega's vooral voor hun eigen belang opkwamen, 'iedereen was bang voor zijn eigen hachje'. Maar goede ervaringen met zowel collega's als leidinggevenden komen gelukkig ook voor. Desgevraagd vindt een deel van deze vrouwen dat ze zich extra moesten bewijzen op het werk, juist omdat ze van Turkse afkomst zijn.

De vraag waarom andere vrouwen werken met klachten wel volhouden, wordt door de tweede generatie Turks-Nederlandse vrouwen niet vanuit het eigen perspectief beantwoord. Ze leggen de voorwaarden vooral aan de kant van de werkgever. Mogelijkheden om te werken ondanks de klachten zijn dan bijvoorbeeld het naar believen kunnen aanpassen van het werk (qua tijd, werkhouding, soort werk, enz.), omscholing naar ander werk. Wat wel met hun eigen inzet te maken heeft, is het verwerven van betere sollicitatievaardigheden. Over het laatste wordt gezegd dat ze niet altijd weten hoe ze een sollicitatiebrief moeten schrijven en hoe ze van een netwerk gebruik kunnen maken. Het lijkt dus niet alleen om het werken op zich te gaan, maar ook om de manier waarop ze naar werk zoeken. Een deel van hen gaat er op voorhand van uit (of heeft dat in de praktijk ondervonden) dat ze niet interessant zijn voor een werkgever, 'ze willen graag een jonger iemand en dan heb je er ook nog klachten bij'. Sommigen ervaren solliciteren als een vermoeiende bezigheid waar ze te weinig energie voor hebben.

#### Samenvattend

De niet-werkende vrouwen in de focusgroepen vinden dat je op het werk 100% moet kunnen geven, anders ben je geen waardevolle werknemer. Door bijvoorbeeld pijn en concentratiestoornissen, gekoppeld aan de onvoorspelbaarheid van hun klachten en de onzekerheid over wanneer de klachten zullen optreden, kunnen zij een werkgever de vereiste 100% niet bieden. Vooral de tweede generatie vrouwen is tegen grenzen opgelopen en is bang dat hen dat nog een keer zal overkomen. De vrouwen met psychische klachten hebben minder interesse in werk, zijn meer in zichzelf gekeerd. Op zich kijkt men tevreden op het arbeidsverleden terug, maar de aandoeningen waarmee

men is geconfronteerd maakte het werken onmogelijk. Een gegeven dat door een aantal van hen wordt betreurd, want werken levert naast voldoening, sociale contacten en zelfstandigheid ook meer financiële ruimte op. De eerste generatie Turks-Nederlandse vrouwen lijkt het minste terug te verlangen naar een baan. Wel werken met klachten was voor de andere vrouwen misschien mogelijk geweest met aanpassingen op de werkvloer, aangepast werk, een goede band met de werkgever of begrip voor hun situatie. Daarnaast speelt het eigen karakter een rol, maar voor een groot deel van deze vrouwen behoort werken niet meer tot de mogelijkheden.

### 3.3.4 Rol van anderen

Hoeveel steun ondervinden de niet-werkende vrouwen van anderen in hun omgeving? En welke ervaringen hebben zij met artsen, zowel curatief als arbeidsgeneeskundig?

#### Surinaams-Nederlandse vrouwen

Vanuit de directe omgeving hebben niet-werkende Surinaamse vrouwen veel steun en begrip gekregen bij het omgaan met hun aandoening. Vooral toen de aard van de aandoening was vastgesteld of toen het tot een uitval uit het arbeidsproces was gekomen. 'Toen zei mijn zoon tegen me, dat had je veel eerder moeten doen, je bent nu veel leuker. Vroeger kwam je vaak van het werken en was je alleen maar aan het schreeuwen.' Daarvoor wilden kinderen nog weleens meer aandacht van hun moeder, aandacht die zij niet konden geven. 'Waarom lig jij altijd, wanneer ga je iets leuks met ons doen? Als wij thuis komen, dan lig jij maar.' De vrouwen geven aan dat ze andere mensen niet altijd willen lastigvallen, 'het gaat niet alleen daarover, niet alleen over jouw klachten'. Ze geven aan dat vooral familie er onvoorwaardelijk voor je is. De jongste deelneemster geeft aan dat haar moeder jammer genoeg wel overbezorgd is. Omdat hun klachten niet altijd zichtbaar zijn voor mensen die op grotere afstand staan of omdat mensen hun situatie anders inschatten, merken ze soms wel dat er met ongeloof wordt gereageerd op hun uitval. 'Ja, die hadden zo iets van, je ziet er toch goed uit? Je doet je werk toch altijd zo leuk? Je leefde altijd voor je werk? Die begrepen dat niet.' 'Ik kom vrij normaal over, dus dat vangen ze dan op en dan zeggen ze hoe kan dat nou, je bent slim, leuk en aardig. Soms als ik het de moeite waard vind, dan leg ik het wel uit.' De vrouwen vinden dat ze aan mensen buiten hun intieme kring geen rekenschap verschuldigd zijn, zij trekken zich niet veel aan van hun mening, 'ik hoef aan niemand verantwoording af te leggen'. Een aantal vrouwen is niet geneigd om steun te zoeken bij anderen, ze hebben liever niet dat andere mensen weten wat er aan de hand is. Een respondente vertelt bijvoorbeeld altijd dat ze 'between jobs' is. Maar de meesten komen er gewoon voor uit dat ze niet werken en wat daarvan de reden is.

Probleem voor deze niet-werkende vrouwen is dat je niet echt meetelt als je niet meedraait in het arbeidsproces, 'als ze vragen wat je doet en je zegt dat je thuiszit, dan is de gesprekstof weg'. Dit speelt des te meer in een land waar werken en carrière maken belangrijk is. 'Je telt alleen als je werkt en ambities hebt, een carrière wil en een 40-urige werkweek kan draaien.' In die zin voelen zij zich door de samenleving niet echt gewaar-

deerd. Maar niet iedereen trekt zich van het oordeel van de buitenwereld wat aan, 'ik wil niet dat ik me in deze periode minderwaardig ga voelen'.

Een deel van de eerste generatie niet-werkende Surinaams-Nederlandse vrouwen is afgekeurd, een aantal van hen is deels of geheel goedgekeurd. Niet iedereen is het met deze beslissing eens. Een deel van de tweede generatie zit op dit moment in de ziektewet, 'het is ongewis waar ik naartoe moet'. We horen in de verhalen niet terug of bedrijfsartsen een rol van betekenis hebben gespeeld in hun ziekteproces. Als er al contacten met de bedrijfsarts waren, dan waren niet alle contacten positief, maar het onderwerp roept niet echt veel verhalen of emoties op. Op de contacten met medische behandelaars is in de gesprekken niet diep ingegaan, men lijkt er eerder tevreden dan ontevreden over te zijn.

#### Turks-Nederlandse vrouwen

Het thema steun van anderen is in het gesprek met de eerste generatie niet-werkende Turks-Nederlandse vrouwen niet echt aan de orde geweest, een enkeling zegt wel steun van haar partner te krijgen. Bij de tweede generatie komt naar voren dat men deels veel steun ondervindt, bijvoorbeeld van familie, maar dat andere mensen in de omgeving soms een beetje moe worden van de situatie. 'Ze willen niet meer horen dat je ziek bent. Je hebt altijd wat. En als ik niet mee doe aan activiteiten, dan stellen ze ook geen vragen meer.' Ze willen niet steeds de aandacht vestigen op de eigen situatie of hulp vragen, want dat vinden ze belastend voor anderen die het al druk genoeg hebben. 'Nu moet hij alles doen en ik voel me rot.' Sommigen vinden echter dat je nu eenmaal iets voor elkaar over moet hebben, 'ze moeten mij gewoon helpen, de kinderen ook. Ik heb ze grootgebracht en nu mogen ze iets terugdoen'.

Gevraagd naar de ervaringen met bedrijfsartsen, vertelt de eerste generatie vrouwen van Turkse herkomst vooral hoe hun ervaringen met de curatieve sector zijn en die zijn niet positief. Ze vinden dat Nederlandse artsen te weinig tijd voor hun patiënten nemen, veel tijd nodig hebben om een diagnose te stellen, patiënten zonder opgave van reden lang laten wachten en geen begrip hebben voor hun patiënten. Ze voelen zich daardoor niet serieus genomen. Een respondent heeft meegemaakt dat een arts op de Eerste Hulp niet zag dat ze als gevolg van een beroerte een scheef gezicht had en haar met pijnstillers naar huis wilde sturen. Ook de huisarts zag niet direct wat er aan de hand was, maar begroette haar met 'wat kan ik voor u doen?' Voor deze respondente is niet te begrijpen dat degenen die er voor gestudeerd hebben zo reageren. De niet altijd optimale beheersing van het Nederlands van deze vrouwen is in het contact met artsen een complicerende factor. De vrouwen maken vaak een vergelijking met de manier waarop de Turkse gezondheidszorg werkt. Daar wordt wel direct een diagnose gesteld, krijg je een check-up als je er om vraagt, daar wordt niet in een handboek opgezocht wat het is en op basis daarvan medicijnen voorgeschreven, 'dat kan ik zelf ook wel'. Probleem is soms wel dat de uitslagen van in Turkije uitgevoerd onderzoek niet in Nederland worden geaccepteerd.

Een deel van de tweede generatie niet-werkende Turks-Nederlandse vrouwen is (deels) afgekeurd. Dat is niet altijd zonder slag of stoot gegaan, 'ik zit al vijf jaar te vechten met het uvv, ik heb gister nog een hoorzitting gehad'. Voor een vrouw in de ziektewet is ontslag aangevraagd op basis van het advies van de bedrijfsarts. Een andere vrouw heeft zelf

gevraagd om een lager percentage arbeidsongeschiktheid zodat ze nu weer 18 uur kan werken. In dit gesprek is verder niet ingegaan op hun ervaringen met de curatieve sector.

#### Samenvattend

De niet-werkende Surinaams-Nederlandse vrouwen in ons onderzoek voelen zich voldoende gesteund door de directe omgeving en vragen hulp als dat nodig is. De eerste generatie vindt niet dat ze zich moet verantwoorden jegens de omgeving die soms weinig begrip heeft voor hun situatie. De tweede generatie heeft daar meer moeite mee, zij voelen meer de druk die onze samenleving legt op werk en carrière en hebben soms het gevoel dat ze niet meetellen omdat ze niet werken. Contacten met bedrijfsartsen, u w v of de curatieve sector lijken voor de Surinaams-Nederlandse vrouwen niet echt van belang. Er wordt niet negatief maar ook niet positief over gepraat. Voor de Turks-Nederlandse vrouwen blijkt dat vragen om hulp aan familieleden niet altijd gemakkelijk is, omdat die het ook druk hebben. De eerste generatie niet-werkende Turkse vrouwen heeft slechte ervaringen met de curatieve sector in Nederland; zij voelen zich door Nederlandse artsen niet begrepen en niet serieus genomen. Bedrijfsartsen en het u w v lijken ook voor hen geen rol van betekenis te spelen.

#### 3.3.5 Visie op de toekomst

De vrouwen werken (nu) niet; verwachten zij zelf in de toekomst weer aan de slag te gaan?

##### Surinaams-Nederlandse vrouwen

De stelling 'ondanks gezondheidsklachten voel je je beter als je werkt, dan als je niet werkt' wordt door de niet-werkende Surinaamse vrouwen niet zonder meer aangenomen. Dat is voor hen afhankelijk van de aard van de klachten en de mate van plezier in het werk. Toch zouden bijna alle vrouwen het erg vinden als ze nooit meer aan de slag kunnen gaan. Voor de een heeft dat met voldoening in het werk te maken, voor de ander met het gevoel dat ze iets om handen wil hebben, voor weer een ander speelt een financieel motief. Een vrouw heeft zich er bij neergelegd dat ze niet meer interessant zal zijn voor een werkgever, maar overweegt om voor zichzelf te beginnen. De beslissing om weer te werken leggen zij vooral bij zichzelf, want een ander (iemand uit de omgeving of een deskundige) kan eigenlijk niet bepalen hoe je je voelt. Dat heeft deels te maken met de ervaring dat als ze weer iets oppakken, bijvoorbeeld een studie, ze na verloop van tijd toch weer met uitval worden geconfronteerd. Een vrouw is bijvoorbeeld oppasmoeder geweest, maar heeft ondervonden dat je minstens tien kinderen moet opvangen wil het lonend zijn. Een andere vrouw is tijdens haar stagejaar 'ingestort en pas nu weer opgeknapt'. Weer werken kan in hun ogen alleen als ze een heel begripvolle baas treffen, een baan vinden die ze leuk vinden en de eigen motivatie goed is. Zoals gezegd, niet iedereen verwacht dat werken nog tot de mogelijkheden behoort. 'Ik ben er klaar mee', 'Ik wil eerst dat mijn klachten gewoon weg zijn. Zo goed als ik kan ermee leven, want als ik weer ga werken, sta ik weer snel op straat', 'Ik wil gewoon weer de persoon zijn die ik vroeger was [...], ik zou graag weer willen als ik dat zou kunnen.'



Soms botst de eigen overtuiging met die van de officiële instanties. Bijvoorbeeld als het uww meent dat iemand nog wel iets kan, 'misschien kun je nog pianospelen zeiden ze tegen een vriendin van me'. Door het uitvoeren van bepaalde testen is bij een van de vrouwen geprobeerd vast te stellen wat ze nog wel kon en daaruit bleek toen dat ze inderdaad weinig kon. Over het algemeen lijkt er niet veel vertrouwen te zijn in het oordeelkundig vermogen van deskundigen, maar 'het hangt er ook vanaf wie je hebt bij het uww'. Gevraagd naar wat een werkgever kan doen om hen weer aan het werk te krijgen, melden de vrouwen dat ze als gelijke behandeld willen worden, dat er rekening met ze wordt gehouden, dat er aangepast werk moet zijn (al weet men vaak niet wat dat dan moet inhouden), dat ze flexibele werktijden willen hebben, dat er ruimte moet zijn voor afwisseling in de werkzaamheden, zonder dat daar nare opmerkingen over worden gemaakt. Een vrouw geeft aan dat toekomstig werk weinig van haar concentratie moet vergen. Tot slot verzucht een vrouw dat werkgevers je ongeacht je leeftijd een kans moeten geven.

#### Turks-Nederlandse vrouwen

De niet-werkende Turks-Nederlandse vrouwen zeggen weer te willen werken, maar denken niet dat dit gezien de gezondheidsklachten of gezinssituatie mogelijk is. 'Op dit moment zou het niet verstandig zijn, want ik heb zo veel gezondheidsklachten dat ik het niet aan kan. Ik heb geen haast, ik wil ruim de tijd nemen om alles op een rijtje te zetten. Ik heb geen uitkering, dus ik ben nergens aan gebonden.' Een vrouw is 80% afgekeurd en overweegt om naar Turkije terug te gaan, 'ik verdraag het weer niet en de sfeer is ook niet meer wat het is geweest'. Een andere vrouw wil erg graag weer werken, en heeft ondanks haar gezondheid via het uww een opleiding gevolgd en afgerond; tijdens die opleiding voelde ze zich echter ter verantwoording geroepen voor het dragen van een hoofddoek en ze had het idee dat er twijfel was over haar capaciteiten. Ze heeft nu een w-w-uitkering; als het mogelijk is, wil zij op termijn wel aangepast werk, bijvoorbeeld in een buurthuis. Vooral de wat jongere Turks-Nederlandse vrouwen lijken weinig energie te hebben om zich weer op de arbeidsmarkt te richten. Voor een aantal van hen heeft dit te maken met hun lage of niet passende opleiding; het volgen van aanvullend onderwijs is nog niet voor iedereen weggelegd: 'Als ik beter ben, wil ik wel een hbo-opleiding doen.' Ze zien er tegenop om weer te gaan werken en sommigen zijn bang dat weer actief zijn opnieuw uitval tot gevolg zal hebben.

#### Samenvattend

Werk doet je alleen beter voelen als het werk is dat je gezien je gezondheidsklachten aankunt, zo is de overtuiging van de niet-werkende vrouwen. De meeste vrouwen lijken er weinig vertrouwen in te hebben dat ze weer aan de slag kunnen; sommigen hebben daar slechte ervaringen mee. Weer kunnen werken, mits de gezondheid het toestaat, vergt een empathische houding van de werkgever, aanpassingen op de werkvloer en veel flexibiliteit van de werkgever en de collega's. Energie om te solliciteren, aan omscholing mee te werken of een andere opleiding te volgen, ontbreekt bij de meeste vrouwen.

### 3.3.6 Culturele verschillen

In de gesprekken werd soms al ingegaan op voor de eigen bevolkingsgroep specifieke zaken, zoals de plicht om van jongs af aan mee te helpen in het huishouden. In hoeverre speelt de Surinaamse en Turkse afkomst een rol bij de oriëntatie van de niet-werkende vrouwen op de arbeidsmarkt? En speelt generatie daarin een rol?

#### Surinaams-Nederlandse vrouwen

De niet-werkende Surinaamse vrouwen stellen dat alle vrouwen hetzelfde zijn, dat er geen verschil is in omgang met klachten gebaseerd op je afkomst. 'Ik denk dat die er ook last van hebben', 'Ik denk dat als je eenmaal in dit schuitje zit, dan maakt het niet uit of je blank of bruin bent.' In aansluiting op deze constatering wordt wel verteld dat Surinaamse vrouwen over het algemeen sterke vrouwen zijn, mede door hun opvoeding. Dit maakt dat ze iets meer pijn aankunnen en langer doorgaan. Maar deze sterke houding is vooral terug te vinden bij de generatie boven hen, voor henzelf speelt dat niet echt een rol. In het gesprek met de wat jongere Surinaams-Nederlandse vrouwen komt naar voren dat het in de Surinaamse cultuur lastig is om over ernstige ziekten te praten. 'Mijn oma vroeg: hoe komt het dat je zo mager bent en mijn moeder zei alleen maar dat ik ziek was', 'Tot op de dag van vandaag zeggen ze fluisterend: weet je, ze heeft K over iemand die kanker heeft. Er wordt niet over gesproken.' Deze terughoudendheid speelt vooral bij ernstige ziekten zoals kanker en aids, en bij psychische ziekten. 'In Suriname is dat gewoon niet aan de orde dat psychische gewauwel. Mijn moeder zei altijd, jullie hebben te veel tijd over.' Dat vindt een deelneemster onterecht, want in haar generatie zijn de geestelijke klachten ontstaan door de lichamelijke klachten. De eerste generatie had volgens hen geen tijd om ziek te zijn; aan de andere kant hadden ze vroeger in Suriname ook met minder druk te maken, het leven in Suriname was veel relaxter. Die druk voelen deze vrouwen in Nederland wel: 'Hier zie je alleen maar perfectionisme, alles moet goed zijn, goede baan, strakke baan, snel.' Er wordt gespeculeerd over het hoe en waarom van de andere omgang met ziekten; de verklaring wordt onder meer gezocht in het slavernijverleden. 'Mijn oma zegt doe gewoon weet je.' Tot slot komt naar voren dat sommige autochtone vriendinnen alle klachten willen delen en dat komt op de Surinaamse vrouwen nogal aanstellerig over.

Het Surinaams-zijn heeft volgens de vrouwen weinig gevolgen voor de manier waarop ze zich op de arbeidsmarkt manifesteren. Ze hebben weinig of niet met discriminatie te maken gehad: 'Ik ben hier geboren en ik heb eigenlijk nooit het idee gehad dat ik word gediscrimineerd. Mijn moeder zei altijd, doe effe normaal, je bent al zwart, je valt al op, maar ik heb altijd het idee gehad dat het gaat om hoe je je voordoet.' Het omgekeerde komt volgens hen eerder voor: Surinamers die ruzie krijgen in een bedrijf en het dan op discriminatie gooien.

#### Turks-Nederlandse vrouwen

De eerste generatie niet-werkende Turks-Nederlandse vrouwen vindt dat er niet zozeer een verschil is tussen Turkse en autochtone vrouwen, maar eerder een verschil naar leeftijd. Over het algemeen vinden zij dat jongeren mondiger zijn en beter voor zichzelf

kunnen opkomen. ‘Daardoor weten ze beter waar ze recht op hebben en daar maken ze gebruik van.’ Hun eigen generatie durfde dit niet en was gewend om door te gaan, ook als het niet meer ging. Ze wijzen in die zin op de grote verantwoordelijkheden die ze vaak al van jongs af aan hebben gedragen. De ervaring is dat de jongere generatie zich makkelijker ziek meldt, tenzij ze heel ambitieus zijn, want dat komt de arbeidsinzet juist ten goede.

In de groep tweede generatie niet-werkende vrouwen komt naar voren dan Turkse vrouwen als strijders te karakteriseren zijn, maar dat autochtone vrouwen veel nuchterder zijn, meer afstand kunnen nemen en actiever blijven zoeken. Waar de een vindt dat Turkse vrouwen meer strijdbaar zijn en langer doorgaan (en dat geldt dan vooral voor de eerste generatie vrouwen), vindt de ander juist dat Turkse vrouwen meer blijven steken in berusting. Geloof heeft volgens hen niets te maken met de manier waarop ze met hun klachten omgaan, hooguit schrijft hun geloof voor dat werken goed voor je is, ‘een werkend metaal zal niet roesten’.

#### Samenvattend

Volgens de vrouwen in ons onderzoek is herkomst niet van grote invloed op de manier waarop de eerste en tweede generatie vrouwen met klachten omgaan. Hooguit vindt men vrouwen uit de eigen groep sterker dan autochtone vrouwen. Dat geldt dan vooral voor hun oma’s of voor de echte eerste generatie, de vrouwen die als migrant naar Nederland zijn gekomen. In de Surinaams-Nederlandse groep valt op dat er niet erg open over ernstige ziekten wordt gepraat, vooral niet als het psychische aandoeningen betreft. De generatie boven hen heeft daar geen oog voor en ziet dit als welvaartsverschijnsel. Dat maakt dat de vrouwen zich niet altijd serieus genomen voelen. Volgens de Turks-Nederlandse vrouwen gaat het niet zozeer om afkomst, maar om leeftijd en opleiding: oudere vrouwen zijn gewend om hard te werken en hadden veel verantwoordelijkheden, de jongere vrouwen weten beter wat hun rechten zijn en maken daarvan sneller gebruik.

#### 3.4 Tot slot

In de voorgaande paragrafen hebben wij de resultaten van acht groepsgesprekken met werkende en niet-werkende vrouwen van Turkse en Surinaamse afkomst beschreven. In deze laatste paragraaf maken we de balans op.

#### Vooraf

Allereerst willen we een aantal kanttekeningen maken, want bij de interpretatie van de resultaten is het van belang rekening te houden met de manier waarop het onderzoek is opgezet:

- De resultaten van dit kwalitatieve onderzoek zijn niet representatief voor de mening van de ondervraagde groepen in zijn geheel.
- We constateren dat de ondervraagde niet-werkende vrouwen hun klachten als erger ervaren dan werkende vrouwen. De ernst van de klachten is echter een zelfinschatting van de deelnemende vrouwen en kan door ons niet worden gestaafd.
- Het onderzoek richtte zich op eerste en tweede generatie vrouwen, tot maximaal

55 jaar. De ‘echte’ eerste generatie vrouwen is in dit onderzoek nauwelijks aan bod gekomen. We hebben vooral gesproken met vrouwen van de ‘anderhalve’ en de tweede generatie. Met andere woorden: het merendeel van de vrouwen in ons onderzoek is deels of helemaal in Nederland opgevoed.

- De scheidslijn tussen werkende en niet-werkende vrouwen die aan dit onderzoek hebben meegewerkt blijkt vaak smal te zijn: een deel van de nu werkende vrouwen zal mogelijk in de toekomst geheel of gedeeltelijk uitvallen, sommige niet-werkende vrouwen zullen wellicht weer aan het werk gaan.
- Tot slot zijn alle vrouwen bereid en in staat geweest om voor deelname aan dit onderzoek naar een centrale locatie te komen en deel te nemen aan een gesprek; de vrouwen die amper buitenshuis komen of waarvan de klachten zo ernstig zijn dat ze aan huis zijn gekluisterd, zijn in dit onderzoek niet vertegenwoordigd.

Op basis van de gesprekken en met inachtneming van bovenstaande kanttekeningen, formuleren we een aantal algemene conclusies ten aanzien van: 1) de verschillen tussen werkende en niet-werkende vrouwen; 2) culturele verschillen.

#### Conclusie 1: werkende en niet-werkende vrouwen

De ondervraagde werkende vrouwen lijken beter dan de niet-werkende vrouwen in staat om de combinatie werk, zorg en eigen activiteiten te combineren. Zij maken over het algemeen een meer tevreden indruk met de invulling van hun leven en ze accepteren dat sommige activiteiten even op een laag pitje staan. De niet-werkende vrouwen lijken meer moeite te hebben om een balans te vinden tussen hun mogelijkheden en beperkingen. Zij zijn minder tevreden over de invulling van hun leven, maar het lukt door hun klachten blijkbaar niet om dat anders in te richten. Waar de werkende vrouwen in ons onderzoek een actieve houding ten opzichte van gezondheid innemen (niet aanstellen, doorpakken, kijken naar wat je nog wel kan, het kan altijd erger) vertonen niet-werkende vrouwen een meer passieve houding (oppassen, activiteiten vermijden, angst om over grenzen heen te gaan). Waar de werkende vrouwen blij zijn met wat ze nog wel kunnen, lijken de niet-werkende vrouwen verdrietig te zijn over wat ze niet meer kunnen.

De niet-werkende deelneemsters beschrijven hun klachten vaak als grillig en onvoorspelbaar; ze zijn bang dat de klachten hen overvallen op momenten dat het hen niet gelegen komt. Meer dan bij de werkende vrouwen lijken lichamelijke klachten en psychische klachten bij de niet-werkende vrouwen samen te gaan. Hun klachten zijn vaak ontstaan na een ingrijpende gebeurtenis in hun leven en ze lijken weinig invloed op het klachtenpatroon te kunnen uitoefenen.

Zowel de werkende als de niet-werkende vrouwen geven in de gesprekken aan dat gezondheid het belangrijkste in je leven is. Zonder een goede gezondheid functioneer je niet optimaal, je gezondheid heeft invloed op alle aspecten van het leven. De werkende deelneemsters beoordelen hun eigen gezondheid beter dan de niet-werkende vrouwen. De werkende vrouwen houden daarbij vooral voor ogen dat het allemaal nog veel erger zou kunnen zijn, de niet-werkende vrouwen geven dit oordeel op basis van wat verloren is gegaan als gevolg van hun slechte gezondheid. Vooral de tweede generatie heeft moeite met de beperkingen die zij als gevolg van hun klachten ondervinden.

De klachten van de niet-werkende vrouwen blijken veel invloed op hun leven te hebben. Zij hebben de neiging om alle activiteiten te vermijden die een verergering van de klachten tot gevolg zou kunnen hebben. Als verklaring voor hun uitval komt vaak naar voren dat zij te lang onder druk hebben gestaan, soms zelfs vanaf hun jeugd, waarin ze te jong te veel verantwoordelijkheden op hun schouders hebben gekregen. De werkende vrouwen in het onderzoek vinden dat je ondanks klachten tot op zekere hoogte in staat bent om te werken. De niet-werkende vrouwen denken veel eerder dat je niet waardevol voor een werkgever bent als je je niet 100% kunt geven. Ze hebben aan den lijve ondervonden dat werken met klachten leidt tot concentratieverlies, slechtere prestaties en nieuwe uitval. De werkende deelneemsters halen veel voldoening en vervulling uit hun werk. De relatie met de werkgever is goed: zij kunnen in goed overleg arbeidsomstandigheden en werktijden zo aanpassen dat er een voor hen werkbare situatie ontstaat. Daarvoor is een 'geven en nemen' mentaliteit van belang, want je kunt niet verwachten dat het alleen de werkgever is die mogelijk maakt dat je kunt blijven werken. Ze zien op dit punt duidelijk de eigen verantwoordelijkheid. Zij vinden dan ook dat wel of niet werken met gezondheidsklachten met karakter en instelling te maken hebben. Voor hen overstijgen de positieve gevolgen van werken de negatieve gevolgen. De niet-werkende deelneemsters wijzen vooral op zaken die de werkgever kan regelen zodat zij in het arbeidsproces blijven: aanpassingen aan de werkplek, ander werk, ander urenbeslag, flexibiliteit en begrip. Bij hun laatste werkgever hebben ze daar niet altijd positieve ervaringen mee. Zij gaan veel minder uit van wat ze zelf kunnen doen om dit mogelijk te maken. Deze enigszins passieve houding hangt samen met de bevinding dat bij niet-werkende vrouwen de klachten veel invloed op hun leven hebben en zij daardoor zorgelijker met hun klachten omgaan. Voor hen geldt dan ook dat de positieve gevolgen van werken de negatieve gevolgen niet overstijgen.

De niet-werkende vrouwen in ons onderzoek lijken op dit moment weinig vertrouwen in hun mogelijkheden en kansen op de arbeidsmarkt te hebben. Zij ervaren een hoge drempel om weer aan het werk te gaan. Hun klachten zijn zodanig dat ze zich niet voor 100% kunnen geven en hun opleiding is vaak te laag om interessant te zijn voor een werkgever. Degenen die mede uit financiële overwegingen een heroriëntatie moeten overwegen, hebben weinig energie om zich hierop te richten. Waar vooral financiële drijfveren maken dat de vrouwen (blijven) werken, is de kans op uitval in de toekomst groot. De rol van bedrijfsarts en u w v bij het kunnen (blijven) werken lijkt niet duidelijk zichtbaar te zijn voor zowel de werkende als de niet-werkende vrouwen.

#### Conclusie 2: culturele verschillen

We constateren dat de ondervraagde Surinaams-Nederlandse vrouwen wat laconieker met hun klachten omgaan dan de Turks-Nederlandse vrouwen. De vrouwen van Turkse herkomst in ons onderzoek geven blijk van een meer zorgelijke omgang met de klachten en lijken de combinatie werk en klachten ook niet goed vol te kunnen houden.

De eerste generatie Turks-Nederlandse deelneemsters voelt zich niet serieus genomen door de Nederlandse gezondheidszorg. Zij roemen de zorg in Turkije en hebben daar regelmatig een beroep op gedaan. Maar ook de jongere deelneemsters in deze groep hebben vaak het gevoel dat ze niet begrepen worden.

De vrouwen van Surinaamse herkomst blijken niet stilzwijgend op de steun van een partner te rekenen. Zij zijn vaak gewend aan een leven zonder partner en hebben van jongs af aan geleerd zelfstandig te zijn; het hebben van een baan is voor hen van groot belang. Zij hebben autonomie hoog in het vaandel staan. Dit speelt minder een rol voor de eerste generatie Turks-Nederlandse vrouwen: zij lijken zich meer ondergeschikt te maken aan het gezin en het niet-werken is in hun sociale omgeving volledig geaccepteerd.

De Surinaams-Nederlandse vrouwen in het onderzoek kunnen beter dan de Turks-Nederlandse vrouwen voor zichzelf opkomen. Het hebben van een partner in de Turkse groep wil echter niet zeggen dat daarvan veel steun te verwachten is. Vooral de meer traditionele mannen verwachten dat hun vrouw voor hen klaarstaat in plaats van omgekeerd. De ondervraagde Surinaams-Nederlandse vrouwen vragen makkelijker om hulp van familie; zij vinden dat ze er recht op hebben. De Turks-Nederlandse vrouwen voelen zich vaker bezwaard als ze om hulp vragen en willen liever anderen niet met de gevolgen van hun klachten lastigvallen.

Zowel de Surinaams- als de Turks-Nederlandse deelnemers menen dat hard werken kenmerkend is voor hun cultuur. Ze hebben van huis uit geleerd niet te klagen, maar zo lang mogelijk door te gaan. Autochtone vrouwen worden door hen als meer verwend beschreven. De houding van Surinaams- en Turks-Nederlandse vrouwen verandert volgens de deelnemers echter wel met de tijd: bij de jongeren in hun groep is de nadruk op flink zijn en doorzetten afgenomen. Jongeren zijn beter opgeleid en weten beter wat hun rechten zijn, waardoor ze niet meer alles accepteren.

Het niet bespreekbaar zijn van psychische klachten in de Surinaamse cultuur maakt het voor de Surinaams-Nederlandse vrouwen extra moeilijk om dit soort klachten een plaats te geven in hun leven.

Met andere woorden: wel of niet werken lijkt behalve met de ernst en de aard van de klachten ook samen te hangen met persoonskenmerken en huiselijke omstandigheden. Het lijkt daarbij om een goede balans tussen draagkracht en draaglast te gaan. We zien bij veel van de ondervraagde vrouwen een hang naar perfectie, waardoor ze vinden dat ze zich niet optimaal kunnen geven op het werk. De opstelling van de werkgever en het beroepsniveau van de ondervraagde vrouwen spelen een grote rol, en daarbij is vaak sprake van een wisselwerking. We constateren verder dat er volgens de ondervraagde vrouwen weinig verschillen zijn die op hun herkomst zijn terug te voeren. De overtuiging van deze vrouwen van Turkse en Surinaamse herkomst is dat vooral de echte eerste generatie en de ‘anderhalve’ generatie in vergelijking tot autochtone vrouwen niet snel klagen, maar juist gewend zijn om door te gaan. Zij vinden de huidige jongeren in de eigen groep slapper en eerder geneigd om aan ziekte toe te geven. Op basis van de inhoud van de gesprekken en onze observaties kunnen we constateren dat Turks- en Surinaams-Nederlandse vrouwen verschillend in het leven staan; vooral het verschil in autonomie tussen beide groepen vrouwen lijkt van invloed te zijn op hun arbeidsparticipatie.

## 4 Participatie en gezondheid door de ogen van artsen

Myra Keizer

Op welke manier kunnen gezondheidsproblemen arbeidsparticipatie in de weg staan? In het vorige hoofdstuk zijn vrouwen zelf hierover aan het woord geweest. In dit hoofdstuk is het de beurt aan artsen: hoe zien zij de relatie tussen gezondheid en participatie bij mensen in hun praktijk en dan met name bij vrouwen van niet-westerse herkomst? We spraken voor het onderzoek drie soorten artsen. Huisartsen zijn de ‘poortwachters’ van de gezondheidszorg en krijgen in die hoedanigheid vrijwel alle gezondheidsproblemen te zien. Bedrijfsartsen hebben het meeste inzicht in de relatie tussen gezondheid en participatie zoals deze op de werkvloer gestalte krijgt; ze zijn tevens intermediair tussen werkgever en werknemer. Verzekeringsartsen ten slotte krijgen op hun spreekuur de mensen die (al dan niet definitief) uitvallen. Uit de gesprekken komt een beeld naar voren van de manier waarop gezondheidsklachten – volgens de artsen – de participatie wel of niet belemmeren. Ze vertellen over de manier waarop verschillende groepen patiënten hun klachten presenteren en hanteren in hun dagelijks leven en de over struikelblokken die ze tegenkomen op het pad van re-integratie.

### Methode

We hebben negen artsen geïnterviewd; in willekeurige volgorde twee huisartsen, vier bedrijfsartsen en drie verzekeringsartsen; vier vrouwen en vijf mannen. Bij de laatst afgenomen interviews kwam weinig nieuwe informatie op tafel – dat is bij kwalitatief onderzoek een signaal dat voldoende materiaal verzameld is.

De werving vond deels plaats via internet (zoeken en persoonlijk aanschrijven), deels via de ‘sneeuwbalmethode’: op aanraden van een respondent werd de volgende aangeschreven en zo verder. Alle geïnterviewden zijn werkzaam in de Randstad en hadden een gemengde populatie in hun praktijk.<sup>1</sup> Een van de huisartsen had zelfs voor 90% niet-westerse patiënten. Er is geen sprake van een representatieve selectie. Dat is bij kwalitatief onderzoek zelden het geval en bij een verkennend onderzoek als dit ook niet mogelijk. Wat in dit hoofdstuk wordt besproken is dan ook niet ‘de mening van de artsen in Nederland’. We hebben de respondenten juist gevraagd over hun eigen praktijk te vertellen en zich daarbij niet te veel gelegen te laten liggen aan (wetenschappelijke) kennis uit hun beroepsgroep. Opvallend was dat vrijwel alle artsen dit moeilijk bleken te vinden. In de interviews komen vaak zinnnetjes terug als ‘ik weet niet hoe de cijfers liggen, maar...’, ‘ik kan niet voor mijn collega’s spreken, maar...’, ‘ik weet niet of dat wetenschappelijk onderbouwd is, maar...’.

Een interview werd bij de respondent thuis afgenomen, de overige op de werkplek van de artsen. De interviews waren ‘semigestructureerd’; er was een lijstje met aandachtspunten die in elk geval aan de orde moesten komen. Daarnaast werd echter zo veel mogelijk het natuurlijke verloop van het gesprek gevolgd, waarbij extra werd doorgevraagd op de thematiek van het onderzoek. De gesprekken duurden gemiddeld een uur. Ondanks dat

van representativiteit geen sprake is en ondanks de uiteenlopende beroepspraktijken, valt op dat de artsen over het algemeen behoorlijk eensgezind zijn in hun visie op en ervaringen met de besproken problematiek.

De interviews zijn opgenomen en woordelijk uitgetypt.<sup>2</sup> Bij een interview bleek de opname mislukt; daar is direct na het interview een gespreksbeschrijving gemaakt, die aan de respondent is voorgelegd ter goedkeuring zodat de inhoud van dit interview niet verloren ging. Omdat in dit onderzoek een relatief klein aantal interviews is gebruikt, hebben we afgezien van het gebruik van analyseprogramma's zoals Atlas of Kwalitan. In plaats daarvan zijn de transcripties van de interviews in een gewoon tekstverwerkingsprogramma in fragmenten verdeeld. De analyse vond plaats in vijf stadia. Om te beginnen zijn de totale teksten van de interviews in stukken verdeeld en geordend naar thema. Aanvankelijk ontstonden zo dertien thema's. In de tweede ronde zijn vier thema's samengevoegd met andere en bleven er dus negen over.<sup>3</sup> In de derde ronde zijn de verschillende thema's nogmaals langsgelopen en zijn fragmenten geschrapt waarin weinig nieuws gezegd werd of die niet of slechts zijdelings betrekking hebben op de onderzoeksvraag. De overgebleven fragmenten zijn vervolgens geanalyseerd op essentie, overeenkomsten en verschillen ten aanzien van het onderwerp van het onderzoek: participatie en gezondheid bij verschillende herkomstgroepen. Bij de analyse gebruiken we de meest veelzeggende fragmenten ter illustratie. Deze citaten staan nooit op zichzelf. Ze zijn niet slechts de mening van een individuele arts, maar worden gebruikt als sprekend voorbeeld van een mechanisme dat breder wordt benoemd. Vanzelfsprekend zijn de fragmenten geanonimiseerd.

Interviewfragmenten hadden vaak betrekking op meerdere thema's tegelijk – ze gingen bijvoorbeeld zowel over sekse als over herkomst. Losse thema's zijn daarom niet geschikt als leidraad voor dit hoofdstuk. In plaats daarvan hanteren we een andere opbouw. Eerst staan we kort stil bij de dagelijkse werkzaamheden van de verschillende artsen (§ 4.1). Daarna gaat het over de patiënt – meer specifiek over de verschillen tussen groepen patiënten en de factoren die maken dat mensen wel of niet in staat zijn om te werken (§ 4.2). Dan komt de werksituatie aan bod (§ 4.3) en we sluiten af met de (on)mogelijkheden tot re-integratie (§ 4.4).

#### 4.1 De arts: het dagelijks werk

Voor een goed begrip van de visie van de artsen, is het belangrijk hun specifieke functie en taken en hun onderlinge verhouding kort toe te lichten.

##### Huisartsen

Gezondheidsklachten worden in eerste instantie meestal bij de huisarts gemeld. Dit gebeurt in consulten van een beperkte tijdsomvang, waarin de huisarts moet beslissen of met een simpele handeling of ingreep kan worden volstaan of dat verdere diagnostiek noodzakelijk is. In het laatste geval verwijst de arts de patiënt door naar bijvoorbeeld een fysiotherapeut of een psychotherapeut (eerste lijn) of naar een medisch specialist (tweede lijn). Bij doorverwijzing vindt verdere behandeling plaats buiten het zicht van de huisarts – zij of hij krijgt hooguit na afloop bericht van de betreffende hulpverlener.



De huisartsen zijn beperkt op de hoogte van het feit of hun patiënten wel of geen betaald werk hebben. Wel heeft de huisarts een goed beeld van welke gezondheidsklachten voorkomen en op welke manier deze ervaren worden.

#### Bedrijfsartsen

Het werk van de bedrijfsarts begint meestal met een ziekmelding door de leidinggevende van de patiënt. Als duidelijk is dat de ziekte langer dan zes weken gaat duren, moet een probleemanalyse worden opgesteld. Alles is er daarbij op gericht de werknemer zo snel mogelijk te laten re-integreren; niet eventuele beperkingen zijn het uitgangspunt, maar datgene wat de werknemer (nog) wel kan. De bedrijfsartsen die we spraken vinden dit een grote verbetering ten opzichte van de regelgeving van tien jaar geleden, toen alleen naar eventueel herstel van de ziekte werd gekeken.

Re-integratie vindt plaats in nauwe samenspraak tussen bedrijfsarts, leidinggevende en werknemer. De bedrijfsarts kan doorverwijzen naar instellingen die hierbij behulpzaam kunnen zijn, eventueel in samenspraak met de huisarts.

#### Verzekeringsartsen

Als re-integratie na twee jaar nog niet is gelukt, terwijl de werkgever al het mogelijke heeft gedaan om dit te bewerkstelligen, komt een werknemer bij een verzekeringsarts voor een keuring. Taak van deze artsen, werkzaam bij het u w v, is te beoordelen of de werknemer nog 'verdiencapaciteit' heeft, en zo ja, voor welk percentage van haar inkomen ze zelf zorg kan dragen. De w i a is een verzekering van het inkomen. Wanneer iemand niet langer in staat is om de eigen werkzaamheden uit te voeren, maar met andersoortig werk vergelijkbare inkomsten kan genereren, volgt volledige goedkeuring. Wanneer iemand echter specialistisch is opgeleid, lukt het meestal niet om vervangend werk met hetzelfde inkomen te vinden. In dat geval is het percentage inkomensderving hetzelfde als het percentage afkeuring: als iemand nog de helft van haar vroegere inkomen kan verdienen, is ze voor de helft goedgekeurd.

Dit principe maakt dat Nederlanders met een niet-westerse achtergrond relatief vaker (deels) worden goedgekeurd dan autochtonen. Doordat ze gemiddeld lager zijn opgeleid, verdienen ze minder en zijn ze gemakkelijker in staat datzelfde lagere inkomen in een andere functie te verdienen. De enige taak van de verzekeringsarts is dus het inschatten van deze verdiencapaciteit. Eventuele re-integratie na goedkeuring wordt door re-integratiebedrijven begeleid; nazorg na afkeuring valt eveneens buiten het takenpakket.

#### 4.2 De patiënt: soorten klachten, presentatie en coping

Met behulp van de interviews willen we inzicht krijgen in de manier waarop gezondheid invloed kan hebben op arbeidsparticipatie, met name voor vrouwen van niet-westerse herkomst. We hebben daarom doorgevraagd op verschillen tussen vrouwen en mannen, en op verschillen tussen bevolkingsgroepen. In de analyse valt op dat deze verschillen door de artsen wel regelmatig worden aangegeven, maar vervolgens steeds weer worden ontkracht. Sociale wenselijkheid speelt hier wellicht een rol, maar belangrijker is nog dat deze manier van spreken op zichzelf een antwoord vormt op vragen naar verschillen.<sup>4</sup>

Dit antwoord luidt kort gezegd: er zijn zeker verschillen tussen groepen te noemen, maar deze verschillen zijn altijd relatief en nooit doorslaggevend genoeg om andere fenomenen (bijvoorbeeld verschillen in participatie) te verklaren.

### Sekseverschillen

We hebben artsen gevraagd naar verschillen tussen mannen en vrouwen in hun praktijk. Een van de huisartsen noemt het feit dat ze relatief meer vrouwen dan mannen op haar spreekuur krijgt, om dit vervolgens direct te relativieren:

*Het rapporteren van klachten is (voor vrouwen) gemakkelijker, maar daarnaast zie ik dat zowel mannen als vrouwen toch dezelfde patronen vertonen als het gaat over hoe ga je nou om met die klachten hè. Negeer je ze of besteed je er overmatig aandacht aan, of laat je je heel erg leiden door alle al dan niet ingebeelde beperkingen die die klachten moeten opleggen. Daar zie ik niet echt hele grote man-vrouw verschillen in. Alle soorten gedragingen zie ik zowel bij mannen als bij vrouwen. [...] soms denk ik het zijn meer persoonsgebonden verschillen die je ziet dan dat het echt specifiek man-vrouw is.*

Toch blijken er bij doorvragen wel degelijk een aantal verschillen aan de dag te treden. Zo is niet werken voor veel mannen ‘ondenkbaar’, terwijl vrouwen soms meer op thuis gericht zijn. Maar ook dit verschil ligt genuanceerd:

*Het verzuim onder vrouwen is wel aantoonbaar hoger dan onder mannen. Wat ik wel merk bij mannen is meer focus op functioneren en bij het werk behouden blijven. Daar ligt wel een accentverschil, maar ik vind het genuanceerd liggen, vrouwen zijn dan in vergelijking daarmee wat minder gericht op het werk. Dat is soms ook wel functioneel – bij sommige mannen, dat je ook wel denkt, nou, zou je niet eens wat meer naar thuis kijken. Maar bij die vrouwen is wel een redelijke lijdensdruk, ik bedoel, ze moeten heel wat combineren, werk, privé en qua klachten. Voor mijn gevoel zit het er allebei in. Ik begrijp ze goed en ik vind in ieder geval niet dat ze echt zeuren, als je daar over praat, maar in een aantal gevallen vind ik wel dat er wat meer gerichtheid zou moeten zijn op het werk.*

In dit citaat gaat het over copingstrategieën. Aan iedereen worden in het dagelijks leven eisen gesteld, die samenhangen met de verschillende rollen die mensen vervullen. Soms zijn die eisen in tegenspraak met elkaar of met de verlangens of capaciteiten van mensen zelf. Zo zijn mannen en vrouwen op zoek naar een manier om de taken die ze in hun leven als meest belangrijk ervaren, optimaal te kunnen vervullen. Voor traditioneel gerichte mannen zal dit eerder de kostwinning zijn, voor traditioneel gerichte vrouwen eerder het gezin. Wanneer aan een van beide kanten sprake is van overbelasting, zijn er strategieën nodig om opnieuw een evenwicht te vinden; zonder herstel van het evenwicht worden mensen ziek.

Een patiënte van een van de bedrijfsartsen vormt wat dit betreft een goed voorbeeld. Ze heeft een chronische leveraandoening die volgens de arts haar werk op zichzelf niet hoeft te beletten. Toenemende stress in haar leven maakt echter dat haar situatie verergert; ze is al maanden af en aan ziek, en inmiddels dreigt afkeuring – wat ze zelf beslist niet wil. Haar stress blijkt bij doorvragen voor een belangrijk deel samen te hangen met het feit dat ze twee gehandicapte kinderen heeft. Voorheen ving haar man de kinderen

de helft van de tijd op, maar hij heeft het nu te druk met zijn werk; zij neemt zijn zorgdeel er nu als vanzelfsprekend bij. Deze casus is illustratief voor een mechanisme dat vaker wordt beschreven: probleemsituaties in het gezin komen meestal op de schouders van vrouwen terecht. Een verzekeringsarts vertelde hoe ze soms alleenstaande moeders op haar spreekuur krijgt, die thuis twee of drie moeilijk opvoedbare kinderen hebben en geen verdere ondersteuning – een situatie die buitenshuis werken feitelijk onmogelijk maakt.

Een heel andere situatie doet zich voor bij laagopgeleide vrouwen die nooit eerder gewerkt hebben. Zoals voor sommige mannen niet werken ondenkbaar is, geldt dit voor sommige vrouwen voor wel buitenshuis werken.

*Dat is dan weer een gevolg van de Bijstandswet; alle gezinsleden worden onderzocht om te kijken wie er werkcapaciteit heeft. Als meneer ziek is, dan kan je gewoon de vrouw doen. Nou dan krijg je dus hele bizarre, stompzinnige, zo door te prikken verhalen waarom het niet kan. Het slaat dan helemaal nergens op, maar het is zo van ja... je gaat toch niet werken – dat komt niet in het woordenboek voor. Ja, dat is hoe ze zichzelf definiëren – net zo goed als je geen lippenstift op doet.*

Het mechanisme dat vrouwen minder dan mannen op het werk gefocust zijn en meer dan mannen op hun kinderen, komt dus in verschillende gradaties en met verschillende oorzaken terug. Het gaat op voor zowel autochtone als niet-westerse vrouwen, hoewel er nog maar heel weinig autochtone vrouwen zijn die nooit gewerkt hebben, zoals in het laatste fragment. Bij werkelijk traditioneel ingestelde vrouwen van niet-westerse herkomst stapelen problemen zich soms zo op, dat er volgens een aantal artsen nauwelijks in door te dringen is.

*Het komt er op neer in mijn ogen, gebrek aan goede steunstructuur hier. Dat zie je meer eigenlijk met vrouwen, die alleen zijn, geen neven, nichtjes, ouders, enzovoort, hè. Dus dan kunnen ze op niemand terugvallen, waardoor ze vaak angststoornissen hebben en niet redzaam zijn. [...] dan praat ik over de eerste generatie, dat de man alles doet, als zij iets wil dan moet de man komen, toestemming geven, ook in vragen naar hulp. De toegankelijkheid van instellingen is dan niet makkelijk, dat gaat altijd weer langs de man. Dat is soms heel moeilijk, dan kan ik me voorstellen dat je er somber van wordt.*

Een laatste opvallend sekseverschil wordt naar voren gebracht door de verzekeringsartsen. Relatief meer jonge mannen dan jonge vrouwen komen in de Wajong terecht. Het betreft dan bijvoorbeeld jongens met ADHD, autismespectrumstoornissen of een lage intelligentie. Doordat ze soms gedragsproblemen vertonen, zijn deze jongens vaak minder aantrekkelijk voor werkgevers. Meisjes kunnen last hebben van soortgelijke stoornissen, maar passen zich daarbij meestal beter aan. Ze vinden dan wel werk en houden dit een tijd lang goed vol. Als deze meiden vervolgens kinderen krijgen, blijkt hun stoornis toch nog tot problemen te leiden. Het combineren van verschillende rollen en taken is te veel gevraagd. Ze krijgen dan last van ernstige vermoeidheid of psychische problemen of vallen om andere redenen uit. Op dat moment worden ze vaak alsnog afgekeurd. Dit fenomeen is niet specifiek gerelateerd aan herkomst, maar verklaart wel

een deel van de sekseverschillen in w1A (veel jonge vrouwen) en Wajong (vooral jonge mannen) (Feber et al. 2010).

#### Verschillen naar herkomst

Net als bij sekseverschillen, volgen op directe vragen naar herkomst meestal eerst omtrekkende antwoorden met de strekking 'we registeren niet naar herkomst' of 'dat houd ik niet zo bij'. Na doorvragen, of in de antwoorden op andere vragen, komen echter wel degelijk verschillen aan bod. Daarbij is men duidelijk bang om van discriminatie te worden beticht. Opmerkingen die in dat licht zouden kunnen worden opgevat, worden dan ook voorzichtig ingekleed:

*Ja dan zie je absoluut cultuurfenomenen, als ik even heel bot ben naar deze collega die je net zag, 'n schat van een medewerker, heel goed geïntegreerd, eh, ook met kapje [hoofddoek, МК], daar gaat het helemaal niet om, maar ik ben wel eerlijk, wel een tikkie makkelijker verzuim... lagere verzuimdrempel dan.*

Belangrijker dan de angst om te discrimineren is echter het feit dat de verschillen tussen groepen volgens de artsen werkelijk niet zo zwart-wit liggen dat ze in een enkel antwoord verwoord zouden kunnen worden. Een voorbeeld. Een Marokkaanse schoonmaakster die voor de derde keer in een maand de huisarts bezoekt met rugpijn. Haar sekse speelt mee, in de zin dat ze een grotere verantwoordelijkheid voor het huishouden en de kinderen voelt dan haar man en daarop ook door hem wordt aangesproken. Haar werk speelt mee, in de zin dat ze mede pijn in haar rug heeft door het schoonmaken. Haar herkomst speelt mee, in de zin dat veel van haar familie in Marokko woont en ze op haar kleine verdieping in Amsterdam behoorlijk geïsoleerd leeft. Haar beperkte kennis van het Nederlands en haar cultuur spelen mee, waardoor voor haarzelf haar rugpijn op de voorgrond staat en als eerste wordt gepresenteerd, waar een autochtone vrouw wellicht meer zou uitweiden over haar moeilijke situatie. Haar huisarts heeft ook Marokkaanse meiden van de tweede generatie in haar praktijk, die aan de universiteit studeren en kerngezond zijn. Als deze huisarts dan in een interview gevraagd wordt naar 'verschillen' tussen Nederlanders en niet-westerse migranten, noemt ze de eerst beschreven vrouw niet als voorbeeld – daarvoor ligt de werkelijkheid te genuanceerd. Tegelijk is de Marokkaanse achtergrond van deze vrouw natuurlijk wel van belang voor haar situatie. Eenzelfde voorbehoud geldt voor de verschillen die hierna worden besproken: ze zijn altijd relatief.

Zeer beperkt genoemd worden verschillen door (biologische) aanleg bepaald: diabetes bij Hindoestanen, artrose bij mediterrane vrouwen (zie Bindraban 2007). Iets vaker gaat het over de slechte lichamelijke conditie van met name de eerste generatie Turken en Marokkanen. Ze zijn vaak te zwaar en worden 'vroeg oud'.<sup>5</sup>

*Ja armoedeziekten hè, diabetes, overgewicht, weinig bewegen, artrose en zo, dus dan heb je ook, ja heel veel zieke mensen.*

Bepaalde klachtpatronen zijn cultureel bepaald. Drie artsen maken spontaan melding van het volgende fenomeen:

*Dat de helft van het lichaam pijn doet of dat de helft van het lichaam anders aanvoelt. Dat kom ik veel meer tegen bij Turkse en Marokkaanse mensen. [MK: de helft? Over de lengte?] Ja, over de lengte – dat is voor ons een hele gekke hè?*

Ook wordt melding gemaakt van Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders die behekst zeggen te zijn en van het knieprobleem bij Turken.

*Het knieprobleem bij de Turken is altijd zo'n hele mooie hè, van ik kan niet verder, ik moet nu stil blijven staan. En dat heeft veel meer te maken met het leven dan met de mobiliteit van het leven [MK: het knieprobleem bij de Turken?] Ja, ooit was daar eens een theorie over [...] de Turken projecteren veel psychische problematiek in de knie.*

Een andere respondent vermeldt dat maag- en darmklachten bij Turkse en Marokkaanse Nederlanders meer voorkomen. Vrijwel alle respondenten geven aan dat het verschil tussen autochtone Nederlanders aan de ene kant en Turkse en Marokkaanse Nederlanders aan de andere kant vooral is gelegen in het feit dat de laatste groepen zich zelden of nooit met psychische klachten tot een arts wenden.

*Ik denk dat grosso modo het zo is dat mensen uit Turkije, Marokko, enzovoort, dat die vaker met de lichamelijke equivalenten komen en zelden met 'ik ben depressief' of 'ik zie het niet meer zo zitten' of 'ik vind eigenlijk niks meer leuk'. Terwijl Nederlandse mensen gewoon ook met die klacht binnen kunnen komen, ook met de klacht van 'ik ben zo angstig, ik reageer overal bijna panisch op, ik weet niet meer wat er met mij aan de hand is, ik ken mezelf niet meer'.*

Lichamelijk of psychisch?

Het laatste citaat brengt ons op een thema dat in alle interviews uitgebreid besproken werd wanneer het over de relatie tussen werken en gezondheid ging: het diffuse onderscheid tussen 'lichamelijke' en 'psychische' klachten. Zoals een van de verzekeringsartsen het uitdrukte: de spreekwoordelijke bouwvakker met dwarslaesie die prima in staat is kantoorwerk te doen, komt vrijwel niet voor. Natuurlijk zijn er mensen met ernstige lichamelijke aandoeningen zoals kanker en hartziekten. Maar deze klachten komen in de eerste plaats relatief weinig voor (zie hoofdstuk 2) en in de tweede plaats blijken ze op zichzelf nauwelijks een voorspeller voor langdurige of definitieve uitval te zijn. Artsen gaven voorbeelden van mensen die met dit soort ziekten grotendeels doorwerken en met hun werkgever onderling oplossingen zoeken voor eventueel benodigde aanpassingen, vrijwel zonder tussenkomst van de bedrijfsarts. Het dagelijks werk van de artsen betreft dan ook andersoortige patiënten. Meestal is er sprake van een combinatie van sociale, psychologische en medische factoren – vaak al bij het ontstaan van de klacht en in elk geval bij de presentatie en re-integratie. In het volgende citaat wordt duidelijk hoezeer herkomst, sociale situatie en het soort werk dat mensen doen verweven kunnen zijn:

*Wat wij zo ervaren, is dat het wel wat uitmaakt uit welke cultuur je komt voor hoe je je klachten presenteert, maar ook welk beroepsniveau je hebt en welke klachten dan belangrijk gaan worden. Bijvoorbeeld, veel allochtone vrouwen zitten in schoonmaakwerk of dat type werk, vaak laagopgeleid, nou die presenteren zich anders dan advocaten of juristen of artsen. Of*

*dat is een ander soort klachten... ja, het is een ander soort beeld wat je krijgt. Dat gaat over de sociaaleconomische klasse, maar de allochtone vrouwen zitten natuurlijk vaak in lage sociaaleconomische klassen. Maar dat zal waarschijnlijk voor autochtone lage sociaaleconomische klassen ook gelden.*

Deze arts is tijdens het spreken op zoek naar de factoren die meespelen bij klachten en klachtpresentatie. Het gaat om de cultuur van de patiënt, om het beroepsniveau, het type werk, het opleidingsniveau, het soort klachten, het beeld dat de arts krijgt en de sociaaleconomische klasse. Het fragment laat mooi zien hoe deze verschillende factoren in elkaar grijpen en hoe moeilijk ze te scheiden zijn – voor de arts, maar ook voor de resultaten van dit onderzoek. De manier waarop mensen aandoeningen ervaren, presenteren en hanteren verschilt tussen opleidingsniveaus, beroepsniveaus, en sociaaleconomische groepen – en tussen de seksen en mensen van verschillende herkomst. Doordat Nederlanders van niet-westerse origine vaker laagopgeleid zijn, kan het lijken alsof etniciteit bepalend is voor verzuim en uitval, terwijl het feitelijk vooral over opleiding gaat – en alles wat daarmee samenhangt. Lageropgeleiden verrichten vaker zware lichamelijke arbeid en lopen daardoor relatief meer risico op slijtage of lichamelijk letsel. Lageropgeleiden zijn over het geheel genomen minder gezond (zie Nationaal Kompas Volksgezondheid). Lageropgeleiden hebben vaak een minder gunstige leefsituatie (‘met vier kinderen en een man op een flatje – dan heb je problemen’). Lageropgeleiden hebben een minder stabiele werksituatie. En, wat uit de interviews sterk naar voren komt: bij lageropgeleiden uiten klachten zich vaker fysiek.

In de geneeskunde en de psychologie werd vroeger vaak over ‘somatisering’ gesproken als psychische of sociale problemen lichamelijk worden gepresenteerd. Tegenwoordig is ‘lichamelijk onverklaarde klachten’ in zwang (Van Dieren en Vingerhoets 2007). De klachten waarmee patiënten komen zijn reëel, ook als er geen concrete lichamelijke afwijking gevonden kan worden. Bij het opzetten van dit onderzoek werd van verschillende kanten de gedachte geopperd dat niet-westerse Nederlanders meer met dergelijke klachten bij artsen komen dan autochtonen. Dit blijkt subtieler te liggen: volgens de artsen loopt de scheiding eerder langs de lijn van opleiding dan van herkomst. Wel kan de plek in het lichaam waar de klachten zich uiten cultureel bepaald zijn – het knieprobleem bij Turken of het halve lichaam dat pijn doet. Veel van het dagelijks werk van de artsen bestaat eruit de achtergronden van lichamelijk onverklaarde klachten te verkennen en de patiënt daarin inzicht in te geven. Dit is bij hogeropgeleiden relatief gemakkelijker, omdat zij meer gewend zijn aan zelfreflectie en meestal verbaal vaardig zijn. Om te beginnen presenteren zij hun klacht vaak al anders.

*In het onderwijs zie je redelijk hoogopgeleide allochtone vrouwen die ook vrij snel over psychische klachten beginnen. In het magazijn en de thuiszorg staat die lichamelijke presentatie meer op de voorgrond. [...] dat hangt ook heel sterk met opleiding samen.*

Uit de interviews wordt duidelijk dat het onderscheid tussen ‘lichamelijke klachten’ en ‘psychische klachten’ niet scherp te trekken is. Ook depressie en angststoornissen gaan vaak hand in hand met zogenoemde somatoforme klachten – vermoeidheid, concentratieproblemen, gewrichtspijn, hoofdpijn, darmklachten, enzovoort. Dergelijke

klachten maken zelfs onderdeel uit van de formele diagnose van depressie.<sup>6</sup> Voor hogeropgeleiden en mensen die de taal goed machtig zijn, is het gemakkelijker om zich bij de arts te melden met bijvoorbeeld angstklachten of omdat ze 'niet lekker in hun vel zitten'. Lageropgeleiden en (vaak) mensen met een niet-westerse achtergrond komen in eerste instantie met hoofdpijn, kniepijn of buikpijn. In beide gevallen lopen uiteindelijk lichamelijke klachten, psychische of psychiatrische klachten en – in de woorden van een van de artsen - 'onvrede met het bestaan' in elkaar over.

Samenvattend is bij het ontstaan, de presentatie van, en de omgang met gezondheidsklachten meestal sprake van een complex aan lichamelijke, psychische en sociale factoren. De manier waarop deze factoren met elkaar verband houden, bepalen mede het risico op uitval uit het werk. Sekseverschillen worden vooral aangegeven op het gebied van verantwoordelijkheden thuis – deze wegen voor vrouwen zwaarder dan voor mannen. Aanleiding voor uitval uit betaald werk is eveneens vrijwel nooit 'zuiver' lichamenlijk. In veel gevallen is sprake van een combinatie van lichamelijke aandoeningen en lichamenlijk onverklaarde klachten; dit geldt zowel voor autochtonen als voor mensen met een niet-westerse achtergrond. Wel lopen met name laagopgeleide migrantenvrouwen extra risico, omdat in hun sociale situatie en hun werksituatie vaak meerdere problemen samenkomen.

#### 4.3 De werkvloer

In de vorige paragraaf bleek dat verschillen tussen (groepen) patiënten vrijwel altijd relatief zijn. Als deze patiënten worden bekeken in hun rol als werknemer geldt dit zo mogelijk nog sterker. Geen enkele arts deed uitspraken over specifieke problemen van vrouwen of niet-westerse migranten op de werkvloer. Wel werd duidelijk dat in bepaalde situaties (beroepen, sectoren, beroepsniveaus, enz.) de risico's op uitval relatief hoog zijn. Deze risico's worden versterkt wanneer mensen kwetsbaar zijn door factoren die in de vorige paragraaf besproken werden. Om het beeld te completeren laten we een aantal risicofactoren van de werkvloer de revue passeren, ook al zijn deze dus niet specifiek voor niet-westerse vrouwen.

In de zorgsector is het personeel voor het overgrote deel vrouw, zeker op de lagere niveaus. We spraken daarom een bedrijfsarts in een groot ziekenhuis, een bedrijfsarts in een verpleeghuis en een bedrijfsarts die onder meer de thuiszorg onder zijn hoede heeft. In de zorgsector komen klachten van het bewegingsapparaat relatief vaak voor.

*In de verzorging is het schouderwerk, armwerk, hè. Nou, als de werkdruk oploopt, dan gaan de spieren spannen en als je dan gaat belasten, krijg je daar allerlei klachten over. Dat is het klachtenpatroon wat je veel ziet, dus mensen [...] krijgen signalen dat het niet goed gaat, maar dan is het vaak al te ver en zit je met vrij vervelende RSI-achtige syndromen die toch wel een paar maanden in beslag nemen.*

Dit citaat heeft betrekking op lichamenlijke aandoeningen, maar deze worden direct in verband gebracht met werkdruk. Deze contextgebonden beschrijving van klachten en

aandoeningen komt keer op keer terug in de interviews. In de relatie tussen gezondheid en participatie zijn het vrijwel nooit de aandoeningen op zichzelf die de doorslag geven bij participatiebeslissingen – het gaat om de gecombineerde belasting door werk en andere factoren.

*Spanningsklachten, surmenageklachten in de zin van emotioneel labiel, slecht slapen – dat is dan in fase 1. Fase 2 kan dan zijn inderdaad angst en depressie of een burn-out. Vroeger dacht ik dat bestond niet, maar ik kan je zeggen het bestaat! Ja, is een ernstig beeld hoor, een heel ernstig beeld. [MK: waar bestaat het beeld uit?] Nou, volgens de theorie is een burn-out een beeld van spanningsklachten die langer dan 6 maanden bestaan, zodanig dat het maatschappelijk functioneren is belemmerd [...]. Het is een best wel lastig te benoemen beeld en ik til daar zelf vrij zwaar aan omdat de consequenties groot zijn hè, ik vind dat je echt mensen uit het werk moet halen.*

In de thuiszorg werken veel (niet-westerse) vrouwen met hooguit een opleiding op mbo-niveau. Een van de artsen vertelt hierover:

*Heb je daarin je eigen kring met wat vaste adressen, dan is het een prachtige baan, waarin mensen jarenlang hun draai hebben. Maar is er een reorganisatie van de thuiszorg of verandert je leidinggevende of moet je wat anders of meer, nou dan gaan die mensen aan de wandel en zit je dan toevallig knel dan val je uit. [...] Dit jaar is weer een jaar van stabiliteit, maar twee jaar geleden dus niet, en volgend jaar kan er ook weer iets nodig blijken door een tekort of zo, en dan gaan ze weer. Dan kun je... ja, zet de spreekuren maar open.*

Tijdens reorganisaties worden spanningen die normaal gesproken net onder de oppervlakte blijven, direct zichtbaar. Maar ook in tijden van rust is de atmosfeer op het werk heel belangrijk. ‘Een sociaal verband, waarin je je gesteund en geborgen kunt voelen’, in de woorden van een van de artsen.

Verschillende respondenten geven aan dat het juist hier vaak misgaat met werknemers aan de onderkant van de arbeidsmarkt. Voor mensen die het werk maar net aankunnen, omdat ze bijvoorbeeld zware verantwoordelijkheden thuis hebben, de taal gebrekkig spreken of beperkte cognitieve capaciteiten hebben, is een prettige, gestructureerde werkomgeving van groot belang. Maar juist deze mensen komen tegenwoordig vaak terecht op flexibele posities met weinig zekerheid over hun baan. Als ze ziek worden, proberen de meeste werkgevers snel van ze af te komen – ze zijn immers gemakkelijk vervangbaar. Dit gebrek aan zekerheid en sociale steun leidt weer tot meer klachten en moeizamere re-integratie – met andere woorden, een vicieuze cirkel. Doordat ze op veel vlakken tegelijk kwetsbaar zijn, is de kans groot dat juist veel vrouwen met een niet-westerse achtergrond in deze vicieuze cirkel terechtkomen.

Wat de werkzaamheden zelf betreft, valt op dat de bedrijfsartsen en de verzekeringsartsen allemaal aangeven dat de druk op de werkvloer de laatste jaren behoorlijk is toegenomen. Een bedrijfsarts in een ziekenhuis:

*Als je twintig jaar geleden een galblaasoperatie had [...], dan had je het er één oftwee dagen druk mee en voor de rest was het genezen, bleef je drie weken liggen om keurig te herstellen. Als je nu voor een galblaas komt is het 's ochtends erin en 's avonds eruit. [...] als je het totale*



*volume van verpleegkundigen van twintig jaar terug in de zorg in Nederland vergelijkt met 2010, dan zie dat er nauwelijks een toename is. Maar kijk je naar het aantal handelingen: giga! Diezelfde verpleegkundige doet in dezelfde tijd van drie weken nu niet één, maar 21 galblazen – lopende band, want dat is de dagbehandeling. Dus de hele zorg is veel leaner and meaner.*

Deze toegenomen werkdruk en schaalvergroting, die in vrijwel alle sectoren terug te vinden is, leidt bijna onvermijdelijk tot hoger ziekteverzuim en uitval. Met name oudere werknemers kunnen het soms niet meer bijbenen.

*Die zijn nog opgeleid in een rustiger tempo, minder complex. Maar diezelfde verpleegkundige die hier nog werkt, die 55-plus is, die moet opeens verstand hebben van een computer, die moet opeens verstand hebben van allerlei medicatie, die moet opeens verstand hebben van allerlei hightech aan dat bed. Want er gaat opeens een pieper en dan moet hij weten, hé er moet nu geklapt worden want er moet iemand gereanimeerd worden. Dat was vroeger ook, maar op een heel andere manier, want vaak was hij er te laat bij, dan was de patiënt al overleden. Nu zie je een piepje en je moet handelen, handelen, handelen, handelen, handelen, dus die werkdruk... Als je minder hebt dan hbo-v dan heb je het hier zwaar als verpleegkundige, want eigenlijk kan je die zorgtaken niet aan. Dus de werkdruk die neemt gewoon toe, de complexiteit, neemt trouwens in de hele maatschappij toe, maar met name in de zorg.*

Naast de sfeer en de continuïteit van de werkomgeving, treedt hier een volgend mechanisme aan het licht. Voor hetzelfde soort werk moeten mensen tegenwoordig beter toegerust zijn dan voorheen. Het opleidingsniveau ligt gemiddeld hoger, mensen met beperkingen van welk soort dan ook vallen sneller buiten de boot.

De beroepen waarin vrouwen werkzaam zijn, brengen een specifiek soort werkdruk met zich mee. Er wordt in verhouding tot andere sectoren een groot beroep gedaan op de loyaliteit van werknemers, waarbij de werkgever zich beroept op het belang van, bijvoorbeeld, de patiënt. Zo vertelt een arts over de verzorging:

*Daar zie ik nu de een na de ander omvallen. Er valt er een uit en dan mag die niet vervangen worden, omdat er geen geld voor is, en dan moet de rest het overnemen, en dan raken die over hun toeren en dan vallen ze allemaal om de beurt om. [...] In de industrie zeggen ze, nou jongens dan zetten we die band gewoon stil, bekijk het maar verder [...] maar in de zorg kan dat dus niet. In die zin is de loyaliteit dus keihard en daar wordt ook misbruik van gemaakt door de leiding, vind ik. Daardoor gaan de dames ook wel tot het randje.*

Aan welke eisen moet een werkgever voldoen om de kans op ziekte van de werknemers zo klein mogelijk en de kans op re-integratie zo groot mogelijk te maken? De interviews met de artsen overziend komt dat op het volgende neer. De werkdruk moet niet te hoog worden opgevoerd. Werknemers moeten het gevoel hebben dat ze 'nodig' zijn, maar de aanspraak op loyaliteit moet niet te groot worden. Er moet een goede en veilige werksfeer heersen. De leidinggevende moet goed begeleiden bij re-integratie en daar niet te zakelijk in zijn. Tot slot moeten er alternatieve werkzaamheden voorhanden zijn voor mensen die hun oude werk niet langer kunnen doen. Vaak wordt in de praktijk aan deze voorwaarden voldaan, maar het zal geen verbazing wekken dat – juist in tijden van

economische tegenslag – dit lang niet altijd het geval is. In situaties waar knelpunten ontstaan, zullen werknemers in ‘risicogroepen’ het eerste uitvallen: mensen met een lage opleiding, mensen met flexibele contracten, mensen met een kwetsbare thuis-situatie, mensen met taalproblemen, ouderen. Bij laagopgeleide vrouwen met een niet-westerse achtergrond stapelen deze risico’s zich vaak op.

#### 4.4 Succesvolle re-integratie

In hun onderzoek naar Turken en Marokkanen in de wao concludeerden Duyvendak et al. (2002) dat miscommunicatie tussen bedrijfs- en keuringsartsen en patiënten mede debet was aan de hoge percentages arbeidsongeschikten in deze groepen. Naast de houding van de werkgever is de werkwijze van de arts mede bepalend voor het succes van de re-integratie. Aan welke eisen moet worden voldaan om dit proces optimaal te laten verlopen?

Om te beginnen moet er sprake zijn van een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. De patiënt moet zich door de arts begrepen en gerespecteerd voelen. Een huisarts:

*Afen toe denk ik dat er veel te weinig aandacht voor is, dat mensen zich niet gehoord voelen, ook niet bij de bedrijfsarts. Dat is natuurlijk altijd al een slecht uitgangspunt, een bedrijfsarts die geen oog heeft voor wat er allemaal speelt en die niet keurig in kaart gaat brengen: welke factoren spelen er nu eigenlijk allemaal een rol, waarom valt iemand uit.*

Wanneer taalproblemen of cultuurverschillen een grote rol spelen in de communicatie tussen arts en patiënt, zoals bij sommige migranten het geval is, wordt dit proces vanzelfsprekend bemoeilijkt. Daarnaast kunnen in sommige gevallen (onbewuste) vooroordelen een rol spelen. Met name ten aanzien van Turks-Nederlandse vrouwen heeft een tijd lang het beeld van de ‘hypotheekziekte’ de ronde gedaan: deze vrouwen zouden erop aansturen zich af te laten keuren, zodat ze met behoud van inkomen niet langer hoeven te werken.<sup>7</sup> Verschillende artsen vertellen over het brede bestaan van dergelijke vooroordelen, maar niemand onderschrijft ze.

*Nee, er is een klein percentage dat misbruik maakt, maar dat is er altijd en overal, in alle lagen. Dat is het hufterpercentage in onze samenleving zoals Bert Keizer dat ooit heeft genoemd [...]. Maar het merendeel van de groep met dit soort klachten, die willen heel graag, die vinden het ook heel erg vervelend dat ze een aantal dingen niet meer kunnen. Dus een aantal van die mensen zijn ook heel erg blij als ze uiteindelijk toch weer terug kunnen, die willen niks liever dan dat.*

De manier waarop artsen de diagnose duidelijk proberen te krijgen, deze met de patiënt bespreken en de mogelijkheden voor behandeling doornemen, kan van doorslaggevend belang zijn voor het succes van de re-integratie. Ook hier liggen misverstanden al snel op de loer, zeker wanneer taalproblemen of cultuurverschillen een rol spelen.

*Dat kan al heel snel, dat mensen zich aangevallen voelen, van ‘ik ben ziek’. Als je dan alleen aangeeft: god ja, maar waarom kijk je niet naar je mogelijkheden, dan kunnen mensen gaan*

denken 'jij vertrouwt mij niet', of 'jij gelooft niet dat ik die klachten heb, jij neemt mij niet serieus'.

Dit proces wordt nog moeilijker wanneer, zoals vaak het geval is, ook psychische aandoeningen in het beeld betrokken moeten worden:

*Ja, ik kan het misschien wel zien, maar de kunst is om het te laten zien aan patiënten, hen te overtuigen dat iemand depressief is of angststoornissen heeft. En daar heb je natuurlijk een hele lange weg voor nodig.*

*Op dit moment zijn er [in Amsterdam, MK] ook heel veel instellingen voor allochtonen. Vroeger had je eigenlijk niets, alleen maatschappelijk werk, maar nu, echt zware psychiatrische patiënten kunnen naar de GGZ, maar je hebt ook eerstelijnspsychologen, je hebt SPV [Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen, MK] in de praktijk, je hebt een aantal instellingen voor Turkse en Marokkaanse patiënten met lichte psychiatrische aandoeningen, dus veel verwijzingsmogelijkheden. Het is alleen, het blijft altijd moeilijk om patiënten te motiveren richting verwijzing. Dat heeft geduld nodig en gesprekken; ze vinden het moeilijk te accepteren, zijn moeilijk te motiveren. Nou ja goed, daar moet je een lange adem voor hebben.*

Om te kunnen aansluiten bij de mogelijkheden tot re-integratie die mensen ter beschikking staan, is een integrale benadering heel belangrijk. Juist als mensen met lichamelijk onverklaarde klachten in de ziektewet terechtkomen, moet de arts een goed oog hebben voor aspecten die daarbij een rol kunnen spelen.

*Mensen hebben een probleem op het werk of thuis of allebei, maar ze hebben ook zeker gezondheidsklachten. Daar maken ze zich ook zorgen om en ze proberen er verder in te komen. En het is niet steeds gezegd dat het door het werk niet lekker loopt of dat ze daardoor helemaal blijven hangen, hè. Dat kan ook weer iets met gezondheid zijn, waar ze dan niet goed uitkomen, zelf niet of niet de goede behandeling hebben, waardoor het wel stagneert in het werk. Dus ik zie wat dat betreft ook heel veel vicieuze cirkels die mekaar versterken. Op die manier zie ik dat, en dat je eigenlijk al die speelborden probeert in de gaten te houden en te kijken of het als geheel opschuift. Meestal wel natuurlijk, maar sommige niet en dan... dan zit je ermee. Dat is ook wel kijken of bijvoorbeeld de huisarts een goed advies geeft, of dat er een goede psycholoog is, tot en met dat die werkgever niet te ongeduldig moet worden of ook wel mag zien dat er vooruitgang is. Dan moet je daar weer mee overleggen.*

Verschillende artsen geven aan dat het belangrijk is de tijd te nemen voor dit soort moeilijke gevallen. Door bijvoorbeeld stil te staan bij iemands levensverhaal of over de achtergrond door te vragen, kunnen problemen worden verhelderd en kan beter maatwerk worden geleverd. Een van de respondenten zegt dat hiervoor een verandering in de manier van werken nodig is.

*Dat hebben we in een paar onderzoeken ook wel aangetoond. Als je in die korte termijn investeert met een paar keer een dubbel consult, dan zie je dat daarna de consumptie fors afneemt, nog afgezien van het gestegen welzijn en het verminderde ziekteverzuim. Maar ja, dat is korte en lange termijn, en dokters zijn natuurlijk toch heel erg gewend van ik moet die wachtkamer weer leeg krijgen. Dus ook dat is een cultuurverandering.*

Wat deze arts aanduidt met het brede begrip ‘cultuurverandering’, hangt direct samen met de organisatie van het werk – ruimte voor langere consulten, met name voor patiënten met complexe problematiek, betaalt zich op termijn terug.

Wanneer aan bovenstaande voorwaarden – een vertrouwensband met de patiënt, heldere communicatie en voldoende tijd – wordt voldaan, kan het onderzoeken van mogelijkheden van de patiënt nog steeds een precair proces zijn. ‘Het zit eigenlijk altijd in de copingsfeer’, aldus een van de bedrijfsartsen. Gedachten over en angst voor de beperking zijn vaak meer invaliderend dan de beperking zelf:

*Kun je het werkelijk niet, of denk je dat het niet goed is om het te doen? Dat zijn twee verschillende dingen en mensen laten zich vaak toch heel erg inperken door het idee dat het niet goed is om als je pijn hebt te bewegen [...] Dat bedoel ik met ingebeelde beperkingen. Dus dan wordt het van, ik kan dit niet, terwijl ik denk je kunt het wel maar je denkt dat het niet goed is, je doet het niet, dat zijn twee verschillende dingen.*

In paragraaf 4.2 bleek dat aan het grootste deel van de klachten een combinatie van lichamelijke, psychische en sociale factoren ten grondslag ligt. Hoogopgeleide autochtonen praten relatief gemakkelijk over deze complexe oorzaken. Voor lageropgeleiden en zeker voor mensen met een niet-westerse achtergrond, is dit veel minder vanzelfsprekend. Artsen kunnen dat oplossen door de klacht als kapstok te gebruiken voor doorvragen over de context.

*Dan zeg ik, ‘nou, ik kan me voorstellen dat het heel vervelend is dat je al een tijd lang buikpijn hebt, wat doet het met je, wat heeft het voor gevolgen voor je werk, wat heeft het voor gevolgen voor thuis?’ ‘Kun je dan nog wel werken met die buikpijn?’ En dat is soms een hele goede manier, want dan zeggen ze, ‘ja, het zou misschien wel kunnen maar mijn chef is ook nog eens zo vervelend’, of iets dergelijks. Dus op die manier, door iedere keer die klacht te gebruiken en te zeggen, ‘ja maar wat doet die klacht nou met je’, kom je soms wel op het spoor. Maar dat lukt niet als ik meteen zeg, ‘goh, die buikpijn van jou, nou dat geloof ik wel, ik vind dat je er wat depressief uitziet; nee, dat werkt niet.*

Als er een goede verstandhouding tussen arts en patiënt is, ze het eens zijn over diagnose en behandeling en de uitgangspunten van re-integratie, is het tot slot zaak dit proces goed te blijven begeleiden. Als het goed is, werkt re-integratie mee aan het genezingsproces: het geeft hernieuwd vertrouwen in het eigen lichaam, sociale contacten en afleiding. Toch is ook hier voorzichtigheid nog geboden:

*Dat is natuurlijk wat er heel vaak misgaat, dat mensen dan denken: nou, nu moet ik gewoon weer actief worden en alles gaan doen. Ja, dat gaat niet, want je hebt een conditie van helemaal niks, dat moet je weer opbouwen [...]. En dat is natuurlijk toch wel een idee dat veel mensen hebben: als ik nu weer gezond ben, dan moet ik gewoon meteen weer alles kunnen – zo werkt het niet.*

Samenvattend is re-integratie een precair proces, waarbij goede communicatie tussen de drie betrokken partijen (werknemer, werkgever en bedrijfsarts) van cruciaal belang is. Wantrouwen van een of meerdere partijen, taalproblemen, verschillende opvattingen

over ziekte, angst bij de patiënt (voor de gevolgen van werkhervatting) of bij de werkgever (voor het risico van hernieuwde uitval) – het kan de re-integratie bemoeilijken of zelfs onmogelijk maken. Toch re-integreert het leeuwendeel van de mensen die bij de bedrijfsarts komt lang voordat de grens van twee jaar ziektewet in zicht komt en arbeidsongeschiktheid dreigt. In 2009 ontvingen volgens het CBS 21.800 mensen voor het eerst een arbeidsongeschiktheidsuitkering (WIA, Wajong of WAZ). Voor een deel van deze groep zal de arbeidsongeschiktheid onvermijdelijk geweest zijn. Ze hebben een dusdanige lichamelijke, psychische of cognitieve afwijking dat betaald werk geen reële optie (meer) is. Voor een ander deel is de afkeuring echter het resultaat van problemen in het hier beschreven proces. Met name de verzekeringsartsen noemen een aantal categorieën patiënten die een duidelijk verhoogd risico lopen: oudere werknemers, vrouwen en mannen die langere tijd ongeschoold werk hebben gedaan, mensen met depressie of angststoornissen, mensen met aandoeningen als Chronisch Vermoeidheidssyndroom of fibromialgie (klachten die bij vrouwen aanzienlijk meer voorkomen dan bij mannen); en specifiek voor de Wajong: mensen met ADHD of aandoeningen uit het autismespectrum.

#### Na de afkeuring

Het stempel ‘arbeidsongeschikt’ is een vorm van sociale uitsluiting. Het bemoeilijkt het aangaan van sociale contacten, geeft mensen het gevoel ‘niet nuttig’ te zijn en kan vergaande financiële gevolgen hebben (zie ook hoofdstuk 3). Voor mensen die toch al een kwetsbare maatschappelijke positie hebben – vrouwen met een niet-westerse achtergrond – wegen deze consequenties extra zwaar. De artsen vinden afkeuring dan ook een onwenselijke (maar soms onvermijdelijke) uitkomst van het in dit hoofdstuk beschreven proces. Een van de artsen sprak zijn zorg uit over het gebrek aan steun voor mensen die arbeidsongeschikt raken:

*Onze instantie is erop gericht om ze terug te helpen in het werk, maar wie helpt nou die mensen goed verder als ze die kans niet meer hebben? Dan zitten ze een beetje overal tussen voor mijn gevoel. De uvv blijft toch de partij die meer toetsend is voor de claims en de uitkering goed moet laten verlopen, nou dat is ook niet de hulp die die mensen nodig hebben. Na terugkeer naar het werk voelen de meesten zich bij ons goed geholpen [...] bij die terugkeer is ook vaak heel veel duidelijkheid en ondersteuning. Maar voor deze mensen dus niet hè. Je weet ook dat als ze daar niet uitkomen, dat ze alleen maar meer klachten krijgen, dat blijkt uit al het onderzoek.*

Laagopgeleide vrouwen met een niet-westerse achtergrond lopen relatief het meeste risico om afgekeurd te worden. Deze groep is ook voor andere hulpverlening vaak moeilijk bereikbaar. Een vangnet om, ook wanneer ze arbeidsongeschikt worden verklaard, maatschappelijk betrokken te blijven zou integratie kunnen bevorderen en wellicht hogere medische kosten kunnen voorkomen.

#### 4.5 Conclusie

Wat kunnen we aan het eind van dit hoofdstuk concluderen over de manier waarop volgens de artsen gezondheidklachten de arbeidsparticipatie kunnen beïnvloeden, met name voor vrouwen met een niet-westerse achtergrond?

Om te beginnen geven de artsen aan dat lichamelijke klachten en aandoeningen op zichzelf vrijwel nooit de doorslag geven in de afweging of mensen wel of niet in staat zijn tot het verrichten van betaald werk. De achtergrond van gezondheidsproblemen, de manier waarop ze de capaciteit om te werken beïnvloeden en de manier waarop ze eventueel weer verdwijnen, hangt bijna altijd samen met een complex van factoren: lichamelijk, psychisch, sociaal; de thuisomgeving en de werkomgeving; aanleg, coping, sociale steun. Het antwoord van de artsen op de vraag naar de verschillen tussen groepen (vrouwen en mannen; verschillende herkomstgroepen), hangt nauw samen met deze conclusie. Omdat de context waarbinnen mensen werken en leven van grote invloed is op zowel het ontstaan van klachten en aandoeningen als op het herstel ervan, hebben sommige groepen een hogere kans op uitval dan anderen.

De artsen ervaren dat voor vrouwen, en met name voor laagopgeleide vrouwen, problemen in de thuissituatie (bijvoorbeeld met kinderen) van grotere negatieve invloed op hun werkcapaciteit zijn dan voor mannen. Met name bij traditionele vrouwen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond komt de traditionele taakverdeling in huis daar nog bij. Wanneer ze vervolgens weinig sociale steun uit hun omgeving krijgen, wordt de combinatie van gezondheidsklachten, werk en thuissituatie moeilijk.

Vrouwen (en mannen) met een laag opleidingsniveau hebben relatief vaak zwaar lichamelijk werk, aldus de artsen; dit kan op zichzelf al aanleiding zijn tot aandoeningen. Wanneer ze door lichamelijke klachten tijdelijk uitvallen, zijn werkgevers minder geneigd hun werksituatie voor hen aan te passen of alternatief werk te zoeken. Ze zijn immers relatief gemakkelijk vervangbaar.

Behalve zwaar lichamelijk werk, blijkt ook werk waarbij een groot beroep wordt gedaan op sociale vaardigheden, persoonlijke betrokkenheid en loyaliteit (verzorging, verpleging, hulpverlening, onderwijs) vaak risicovol. Vrouwen zijn in deze beroepen oververtegenwoordigd. Met name in tijden van reorganisaties of bezuinigingen, raken relatief veel vrouwen overbelast, aldus de artsen.

De manier waarop mensen hun klachten ervaren, presenteren en hanteren is van groot belang. Vrijwel alle aandoeningen hebben een lichamelijke en een psychische component. Laagopgeleiden en mensen met een niet-westerse achtergrond presenteren vaak alleen de lichamelijke component en zijn moeilijker te overtuigen van de invloed die ze zelf kunnen hebben op genezing. Angst speelt daarbij een rol – men is bang zich te forceren en daarmee de klachten te verergeren. Helemaal ingewikkeld wordt het bij lichamelijk onverklaarde klachten – patiënten hebben snel het gevoel dat ze niet serieus worden genomen wanneer artsen geen concrete afwijkingen kunnen vinden en daarvoor kunnen behandelen. Voor artsen is het een precair proces om in deze gevallen de juiste toon en handelwijze te vinden.

Lichamelijk onverklaarde klachten en psychische aandoeningen hebben raakvlakken, maar zijn niet hetzelfde. Depressie en angststoornissen zijn duidelijk te diagnosticeren, ernstige en invaliderende ziektebeelden. Zoals in hoofdstuk 2 bleek, lijden ongeveer twee keer zo veel vrouwen als mannen aan deze aandoeningen, en niet-westerse vrouwen vaker dan autochtone vrouwen.

Uit de interviews komt naar voren dat verschillende factoren rond gezondheid en participatie onderling samenhangen en elkaar versterken. Met andere woorden: er is niet één oorzaak aan te wijzen die verklaart waarom het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid in bepaalde groepen hoger ligt, maar als we de algehele situatie waarbinnen verzuim en uitval zich afspeelen in ogenschouw nemen, is dit verschijnsel wel goed verklaarbaar.

Als de artsen gevraagd wordt naar knelpunten, wordt vooral de soms onnodige definitieve uitval genoemd. Het stempel 'arbeidsongeschikt' is vaak een verlegenheidsoplossing – mensen zitten in een dusdanig moeilijke situatie, in wisselwerking met hun aandoening, dat er geen andere uitweg meer is. Voor die mensen is echter ook geen verdere hulpverlening mogelijk en dus nauwelijks een weg terug. Een brug tussen curatieve zorg en re-integratie, en een vervolgtraject voor mensen die worden afgekeurd, zou hier uitkomst kunnen bieden.

Tot slot

De beschreven taken van de diverse artsen brengen voor ons onderzoek een beperking met zich mee. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen krijgen per definitie vrijwel alleen mensen met een arbeidsverleden op het spreekuur – hoe beperkt ook. Over mensen die nog nooit gewerkt hebben – bijvoorbeeld sommige laagopgeleide niet-westerse vrouwen van de eerste generatie – kunnen deze artsen geen uitspraken doen. Huisartsen krijgen deze groep wel op hun spreekuur, maar gaan door de aard van hun werk vaak voorbij aan de vraag of vrouwen wel of niet participeren – het ligt simpelweg buiten hun focus. Dit betekent dat genoemde vrouwen in dit hoofdstuk nauwelijks aan bod zijn geweest.

Noten

- 1 Een arts merkte op dat het feit dat de interviews alleen in de Randstad plaatsvonden, mogelijk een vertekend beeld geeft. De situatie van migranten in de grote steden is soms slechter dan de situatie van migranten in bijvoorbeeld het Oosten van het land.
- 2 Voor de weergave in dit hoofdstuk zijn fragmenten redactioneel bijgeschaafd, spreektaal is soms moeilijk leesbaar.
- 3 De interviews bevatten de volgende thema's: verschillen tussen groepen (etniciteit, sociaal-economisch); sekseverschillen; soorten klachten; presentatie van klachten; copingstijlen; onverklaarde klachten; 'aanstellerij'?; werkvloer; manier van werken arts; beleid.
- 4 Zie ook Billig (1987).
- 5 Anderen wijzen er echter op dat slechte conditie ook met opleidingsniveau samenhangt.
- 6 Zie bijvoorbeeld Inventory of depressive symptoms: IDS-SR.
- 7 Zie voor een wetenschappelijke ontkrachting van dit beeld: Van der Giezen en Geurts (2001).

## 5 Gezondheid en participatie: tussen ziekte en welbevinden

Myra Keizer en Saskia Keuzenkamp

Het emancipatiebeleid had de afgelopen jaren bevordering van de (arbeids)participatie als een van de belangrijkste beleidsdoelstellingen. Aanvankelijk werd daarbij vooral aandacht besteed aan het faciliteren van de combinatie arbeid en zorgtaken. Deze strategie lijkt vruchten te hebben afgeworpen: de arbeidsparticipatie van vrouwen is in de afgelopen decennia gestaag toegenomen en steeds minder vrouwen geven aan vanwege zorgtaken geen betaald werk te hebben. Overigens zullen ook andere factoren hebben bijgedragen aan de toegenomen arbeidsdeelname van vrouwen; het gestegen opleidingsniveau en de veranderende rolopvattingen zijn eveneens van groot belang. Hoewel hun arbeidsparticipatie is toegenomen, verrichten vrouwen nog altijd minder vaak betaald werk dan mannen. Bovendien zijn er grote verschillen in arbeidsdeelname tussen groepen vrouwen (en mannen) onderling. Met name Turks- en Marokkaans-Nederlandse vrouwen zijn weinig actief op de arbeidsmarkt. In aanvulling op de bekende verklarende factoren als opleiding en de verdeling van en opvattingen over zorgtaken, blijkt ook gezondheid een belangrijke rol te spelen (Keuzenkamp 2007). Uit recente cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat in het eerste kwartaal van 2010 ruim een half miljoen vrouwen van 15-64 jaar (11% van alle vrouwen in die leeftijd) aangaf niet beschikbaar te zijn voor de arbeidsmarkt vanwege gezondheidsklachten. Voor mannen komt dit cijfer op ruim 300.000 (6%). Vooral veel Turks-, Marokkaans- en Surinaams-Nederlandse vrouwen geven te kennen dat zij niet meer kunnen werken (respectievelijk 15%, 11% en 14%; CBS-StatLine).

Om meer zicht te krijgen op de vraag in hoeverre gezondheidsproblemen voor vrouwen en mannen (uit verschillende herkomstgroepen) belemmerend werken voor hun arbeidsparticipatie, is op verzoek van de directie Emancipatie van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap een verkennend onderzoek uitgevoerd. In dit rapport doen we daarvan verslag.

Dit slothoofdstuk bevat een samenvattend antwoord op de onderzoeksvragen zoals we ze in het eerste hoofdstuk formuleerden. In paragraaf 5.1 draait het om de vraag naar aard en omvang van participatie- en gezondheidsverschillen, in paragraaf 5.2 om de manier waarop gezondheidsproblemen participatie kunnen belemmeren. We sluiten af met een aantal suggesties voor beleid en verder onderzoek.

### 5.1 Participatie- en gezondheidsverschillen

De eerste onderzoeksvraag luidt:

*Wat is de aard en omvang van verschillen in arbeidsparticipatie en gezondheid tussen vrouwen en mannen uit verschillende herkomstgroepen?*



### Verschillen in arbeidsparticipatie

Vrouwen uit alle herkomstgroepen hebben minder vaak betaald werk dan mannen – betaald werk wordt in dit rapport gedefinieerd als het hebben van een baan van ten minste één uur per week. Nederlandse vrouwen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond onderscheiden zich hierbij negatief. In 2009 had bijvoorbeeld slechts 50% van de Turks-Nederlandse vrouwen betaald werk, vergeleken met 72% van de autochtone vrouwen en 71% van de mannen uit hun eigen groep. Vrouwen van de tweede generatie werken iets vaker dan vrouwen van de eerste generatie (bij degenen van Surinaamse herkomst geldt het omgekeerde), maar leeftijd en opleidingsniveau zijn als determinant belangrijker. Van de Turks- en Marokkaans-Nederlandse vrouwen boven de 45 jaar werkt maar 20% respectievelijk 13% buitenshuis.

Rolopvattingen vormen een belangrijke verklaring voor verschillen in arbeidsparticipatie. Turkse en Marokkaanse Nederlanders en lageropgeleiden hebben vaak traditionelere opvattingen over de taakverdeling tussen vrouwen en mannen en de zorg voor kinderen (Keuzenkamp en Merens 2006); dit bepaalt ten dele de lagere participatie in deze groepen. Maar laagopgeleiden zijn ook vaker onvrijwillig werkloos – zeker in tijden van laagconjunctuur. Bovendien zijn mensen met een lage opleiding minder gezond ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)). Kortom, allerlei factoren spelen een rol bij de verklaring van een relatief lage arbeidsdeelname en die hangen deels met elkaar samen. Op de vraag in hoeverre nu juist gezondheid een belemmerende rol speelt bij het verklaren van (verschillen in) arbeidsdeelname gaan we verderop in.

### Verschillen in gezondheid

In navolging van de World Health Organization vatten we gezondheid breed op, namelijk als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. Uit registraties van huisartsen blijkt dat vrouwen tussen de 15 en 65 jaar bijna twee keer zo vaak de huisarts bezoeken als mannen. Hoewel een deel van dit verschil wordt verklaard door vragen rond voortplanting en dergelijke, vormt het tevens een aanwijzing dat vrouwen vaker gezondheidsproblemen ervaren dan mannen. Dit blijkt ook uit gezondheids-enquêtes. Als daarin gevraagd wordt naar (chronische) aandoeningen, blijken vrijwel alle aandoeningen vaker voor te komen bij vrouwen dan bij mannen, en vaker bij mensen met een niet-westerse achtergrond dan bij autochtonen.

Ook ervaren vrouwen uit alle groepen hun algemene gezondheid minder vaak als (zeer) goed en blijken ze op samenvattende maten voor lichamelijk en psychisch welbevinden minder hoog te scoren dan mannen. Mannen met een Turkse, Marokkaanse of Surinaamse achtergrond scoren lager dan autochtoon Nederlandse mannen, vrouwen uit deze groepen scoren lager dan autochtoon Nederlandse vrouwen en dan mannen uit hun eigen groep.

In dit onderzoek was geen ruimte om uitgebreid in te gaan op de achtergronden van deze gezondheidsverschillen. Uit de literatuur is echter bekend dat sprake is van een combinatie van biologische factoren, contextuele mechanismen en specifieke determinanten die gezamenlijk bepalend zijn voor de gezondheid (aanleg, ontwikkeling in de kindertijd, levensstijl, leefomgeving, soort werk, traumatische gebeurtenissen, migratie, enz.) (Stronks 2003).

## 5.2 De relatie tussen gezondheid en participatie

De tweede onderzoeksvraag luidt:

*Op welke manier beïnvloedt (on)gezondheid de arbeidsparticipatie bij vrouwen en mannen uit verschillende herkomstgroepen? Speelt gezondheid bij migrantenvrouwen wellicht een grotere of andere rol bij het al dan niet participeren op de arbeidsmarkt dan bij autochtone vrouwen of dan bij mannen uit hun eigen groep?*

We recapituleren in het kort de antwoorden op deze vragen vanuit de verschillende onderdelen van het onderzoek.

### 5.2.1 Een analyse op basis van surveydata

In hoofdstuk 2 zijn twee databestanden gebruikt om de relatie tussen gezondheid en participatie nader te analyseren: de enquête POLS-Gezondheid van het CBS en de Survey Integratie Minderheden (SIM) van het Sociaal en Cultureel Planbureau. POLS geeft informatie over diverse componenten van gezondheid, maar heeft beperkte waarde om verschillen tussen groepen te analyseren. Er zitten namelijk betrekkelijk weinig migranten in de steekproef, bovendien gaat het alleen om degenen die de Nederlandse taal voldoende beheersen om aan de enquête mee te kunnen doen. SIM geeft een nauwkeurig beeld van diverse herkomstgroepen, maar bevat weinig informatie over gezondheid. Door beide bestanden te analyseren, hebben we geprobeerd het beeld zo compleet mogelijk te maken.

Allereerst is met behulp van POLS nagegaan op wat voor manier gezondheid in zijn algemeenheid van invloed is op de arbeidsdeelname. Gezondheid is daarbij geoperationaliseerd als combinatie van afwezigheid van (langdurige) aandoeningen en lichamelijk en psychisch welbevinden (zoals gemeten in twaalf vragen). Vooraf veronderstelden we dat er een direct verband zou bestaan tussen aandoeningen (lichamelijk en psychisch) en arbeidsparticipatie. Dit bleek verassend genoeg niet het geval. Het verband tussen aandoeningen en participatie is indirect: psychische en (met name) lichamelijke aandoeningen vertonen een sterke samenhang met lichamelijk en psychisch welbevinden; dit welbevinden vertoont wel significante samenhang met participatie. Met andere woorden: het zijn niet zozeer de aandoeningen op zichzelf die bepalen of mensen wel of niet betaald werk verrichten, maar de samenhang van deze ziektes met het welbevinden. Vanzelfsprekend hebben langdurige aandoeningen effect op lichamelijk en psychisch welbevinden, maar ook andere factoren zijn daarop van invloed – denk aan de sociaal-economische situatie, de leeftijd, het krijgen van sociale steun, ‘copingmechanismen’ (hoe gaan mensen met gezondheidsproblemen om) en diverse belangrijke levensgebeurtenissen (zoals migratie, het krijgen van kinderen en het verlies van de partner). De beschikbare databestanden bevatten echter alleen informatie over de meer sociaal-demografische kwesties, zoals de leeftijd, het opleidingsniveau en het hebben van een partner en kinderen. Wanneer we het gewicht van de verschillende determinanten van arbeidsparticipatie met elkaar vergelijken, blijkt leeftijd het meeste gewicht in de schaal te leggen, gevolgd door lichamelijk welbevinden en daarna pas door opleiding.

Vervolgens is met de P O L S-data nagegaan of de wijze waarop gezondheid van invloed is op arbeidsdeelname verschilt tussen de bestudeerde etnische groepen. Het is immers denkbaar dat gezondheid in bijvoorbeeld de Turks-Nederlandse groep op een andere manier doorwerkt in de arbeidsdeelname dan in de autochtone of Surinaams-Nederlandse groep. Dit blijkt nauwelijks het geval. Er zijn weinig significante verschillen tussen autochtonen en de migrantengroepen.<sup>1</sup>

Er zijn geen directe effecten van de aandoeningen op de arbeidsdeelname, maar er gaat in alle groepen vooral een sterk effect uit van het lichamelijke welbevinden. Dat laatste wordt in belangrijke mate bepaald door de lichamelijke aandoeningen, maar voor autochtonen is dat verband minder sterk dan voor de andere groepen. Met andere woorden: de invloed van welbevinden op arbeidsdeelname is voor alle groepen gelijk, maar het welbevinden hangt bij autochtonen meer dan bij mensen met een niet-westerse herkomst samen met lichamelijke en psychische aandoeningen. Vanwege de te kleine aantallen konden er met behulp van P O L S geen aparte analyses worden verricht voor vrouwen en mannen per herkomstgroep.

Om zicht te krijgen op de sterkte van effecten bij vrouwen en mannen uit de vijf groepen maken we daarom gebruik van het S I M. De analyse wijst uit dat de omvang van het effect van gezondheid – opgevat als combinatie van aandoeningen en ervaren gezondheid – op de arbeidsparticipatie per groep verschilt. Gezondheid verklaart een relatief klein deel van het verschil in arbeidsparticipatie tussen autochtone vrouwen en autochtone mannen. Als we echter Turks- en Marokkaans-Nederlandse vrouwen vergelijken met autochtone-Nederlandse vrouwen, blijkt gezondheid meer gewicht in de schaal te leggen. Het feit dat vrouwen uit deze groepen (en dan vooral uit de Turks-Nederlandse groep) minder participeren dan autochtone vrouwen, wordt voor een belangrijker deel verklaard door gezondheid.

De bevindingen uit de analyses van P O L S en S I M lijken wellicht tegenstrijdig, maar dat is niet het geval. De analyses van de P O L S-data laten zien hoe het proces (de invloed van gezondheid op participatie) verloopt en dat blijkt in alle vijf de onderzochte groepen hetzelfde te zijn. De analyses van het S I M gaan over hoe groot het gewicht is van gezondheid bij de verklaring van verschillen in arbeidsdeelname en op dat punt zijn er dus inderdaad verschillen tussen de groepen. Zo blijkt bijvoorbeeld voor Turks-Nederlandse vrouwen de gezondheid een relatief groot gewicht in de schaal te leggen, hetgeen te maken heeft met het feit dat zij meer gezondheidsproblemen ervaren.

Op een aantal terreinen geeft P O L S overigens ook verschil tussen de groepen te zien. Het meest in het oog springt de relatie tussen lichamelijke aandoeningen en psychisch welbevinden. Voor mensen met een Turkse achtergrond blijkt deze relatie sterker te zijn dan voor andere groepen. De Surinaams-Nederlandse en de autochtone groep nemen een middenpositie in, bij Marokkaanse Nederlanders is het verband juist gering. Deze uitkomst kan erop wijzen dat mensen met een Turkse achtergrond meer beperkt worden in hun functioneren door lichamelijke aandoeningen dan andere groepen.

### 5.2.2 Ervaringen van Turks- en Surinaams-Nederlandse vrouwen

In hoofdstuk 3 zijn de resultaten besproken van focusgroepen met Turks- en Surinaams-Nederlandse vrouwen, werkend en niet-werkend en van twee generaties. Tussen deze groepen trad een aantal opvallende verschillen aan het licht. In de eerste plaats voelen vrouwen die niet werken zich door hun aandoening meer beperkt in hun doen en laten dan vrouwen die wel werken. Het is hierbij niet mogelijk om oorzaak en gevolg te scheiden. Het zou kunnen dat de vrouwen die niet werken ernstiger aandoeningen hebben en daardoor meer beperkt zijn dan vrouwen die wel werken. Het is ook mogelijk dat sommige vrouwen niet werken doordat ze zich meer beperkt voelen dan anderen. In elk geval is duidelijk dat de vrouwen die niet werken dit voor het overgrote deel niet als vrije keuze ervaren. Ze missen het inkomen, de voldoening en de sociale contacten van het werk en zijn ongelukkig met wat ze niet meer kunnen, maar hebben in veel gevallen niet de energie en de mogelijkheden om hun situatie te verbeteren.

In de tweede plaats valt op dat vrouwen die werken vaak voldoende mogelijkheden ervaren om hun werkzaamheden aan te passen aan wat ze wel en niet meer kunnen. Vrouwen die niet werken gaan ervan uit dat ze zich voor 100% voor hun werk moeten kunnen inzetten om interessant te zijn voor werkgevers. Ze zijn bang hierin tekort te schieten en durven de stap terug naar werk dus bij voorbaat niet aan te gaan. Bovendien ervaren ze hun aandoening vaak als onvoorspelbaar en zijn ze bang over hun grenzen heen te gaan. Ook hier is het moeilijk oorzaak en gevolg te onderscheiden. Uit de interviews in hoofdstuk 4 blijkt dat werkgevers inderdaad vaak meer geneigd zijn tot aanpassingen op de werkvloer voor mensen die tot het vaste personeel behoren, dan dat ze bereid zijn mensen van buiten 'met een vlekje' aan te nemen en daarvoor zaken aan te passen. Voor een deel is de perceptie van de niet-werkende vrouwen dus waarschijnlijk correct. Voor een deel laten ze zich echter bij voorbaat te veel ontmoedigen.

Tot slot is er een aantal verschillen tussen vrouwen met een Surinaamse achtergrond en vrouwen met een Turkse achtergrond. Surinaams-Nederlandse vrouwen zijn gewend om voor zichzelf en hun kinderen te zorgen, zonder daarbij afhankelijk te zijn van een partner. Dit geldt minder voor Turks-Nederlandse vrouwen, met name voor de eerste generatie, voor wie het hebben van een partner vanzelfsprekend is. Dat wil overigens niet zeggen dat de situatie daarom voor hen gemakkelijker is – in veel gevallen worden ze geacht voor hun partner te zorgen, met hun beperking en naast het eventuele werk. Bovendien lijken vrouwen uit de Turks-Nederlandse groep zich sneller dan de Surinaams-Nederlandse vrouwen bezwaard te voelen als ze anderen (familie bijvoorbeeld) om hulp moeten vragen. Een laatste opvallende bevinding betreft de verschillende ervaring van de Nederlandse gezondheidszorg. Met name de vrouwen die een vergelijking maken met de gezondheidszorg in Turkije, voelen zich in Nederland vaak niet serieus genomen. Dit hangt waarschijnlijk voor een deel samen met taalproblemen, maar lijkt ook in belangrijke mate een cultuurkwestie. Waar de Nederlandse geneeskunde meer afwachtend en terughoudend is, zijn artsen in Turkije meer gericht op handelen en het voorschrijven van medicijnen.

### 5.2.3 Informatie van artsen

Hoofdstuk 4 bevat analyses van interviews met huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen over hun ervaring met verschillende groepen patiënten, met name over de relatie tussen gezondheid en werk. De artsen zijn behoorlijk eensgezind in hun observaties. Verschillen tussen mannen en vrouwen en verschillen tussen diverse etnische groepen, worden door hen wel genoemd maar steeds gerelativeerd. Hun verhalen laten zien dat er eerder sprake is van accentverschillen dan van absolute verschillen. Zo zijn vrouwen over de hele linie vaak iets meer geneigd rekening te houden met hun thuissituatie dan mannen. Dit versterkt elkaar: doordat mannen zich meer op het werk richten, zijn vrouwen de eerst verantwoordelijke wanneer er thuis problemen zijn.

Lichamelijk onverklaarde klachten – vaak in combinatie met sociale of psychische problemen – komen volgens de artsen meer voor bij laagopgeleiden en – wellicht mede daardoor – meer bij mensen van niet-westerse origine. De grens tussen lichamelijk en psychisch is vaak niet scherp te trekken. Psychische aandoeningen zoals depressie leiden vaak tot lichamelijke klachten, lichamelijke aandoeningen (zoals ook in hoofdstuk 2 bleek) tot psychische klachten. Toch moeten lichamelijk onverklaarde klachten niet op een hoop worden gegooid met bijvoorbeeld depressie of angststoornissen – het betreft een ander beeld, met een andere prognose en behandeling.

Uitval uit het arbeidsproces hangt volgens de artsen veelal samen met de manier waarop aandoeningen worden ervaren en de manier waarop ermee wordt omgegaan – zowel door patiënten zelf als door hun omgeving. Aanpassen van de werkomstandigheden of het bieden van ander werk kan een goede oplossing zijn voor alle partijen, zoals in hoofdstuk 3 bleek, maar het is voor de werkgever niet altijd mogelijk. De thuissituatie is van belang – in hoeverre krijgt iemand daar steun – maar ook de manier waarop iemand in het leven staat en ‘copingstrategieën’: vervalt iemand tot inactiviteit uit angst voor het optreden van klachten, of probeert ze te ontdekken wat met deze aandoening wel en niet mogelijk is?

Tot slot beschrijven de artsen een maatschappelijke ontwikkeling die in het algemeen van belang is voor de relatie tussen gezondheid en participatie. De arbeidsmarkt is de laatste jaren veeleisender en harder geworden. Dit maakt dat mensen met weinig opleiding, een ingewikkelde sociale situatie, weinig mentale capaciteit of lichamelijke dan wel psychische aandoeningen zichzelf minder goed staande kunnen houden dan vroeger. Wanneer ze dan ook nog ziek worden, blijft er vaak weinig anders over dan arbeidsongeschiktheid – er zijn simpelweg geen functies meer waar ze met hun capaciteit nog wel inpasbaar zijn. Omdat met name de eerste generatie vrouwen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond vaak in deze groep vallen, lopen ze wat dit betreft veel risico.

### 5.2.4 Beschouwing

Op basis van bestaande literatuur verwachtten we aanvankelijk een deel van het verschil in arbeidsdeelname tussen vrouwen en mannen te kunnen verklaren uit het feit dat vrouwen vaker ziek zijn dan mannen. Deze verklaring bleek niet onjuist, maar wel te kort

door de bocht. ‘Ziekte’ en ‘gezondheid’ omvatten meer dan alleen de aan- of afwezigheid van bepaalde aandoeningen. Het gaat ook om de manier waarop mensen die aandoeningen ervaren (worden ze er onzeker van, of niet?) en hanteren (beperkend, of niet?). Deze ervaring van en omgang met aandoeningen wordt overigens mede bepaald door de verdere constitutie (heeft iemand bijvoorbeeld nog andere aandoeningen, of weinig weerstand, of een slechte conditie); door de sociale context (zijn er mensen thuis die kunnen helpen, kan er op het werk flexibel mee worden omgesprongen?) en door de persoonlijke geschiedenis (opvoeding, ervaring in het verleden, belastbaarheid). Zo kan het gebeuren dat een aandoening bij persoon A alleen aanleiding geeft tot tijdelijke aanpassingen op het werk, terwijl dezelfde aandoening bij persoon B leidt tot langdurig verblijf in de ziektewet en uiteindelijk arbeidsongeschiktheid. De aandoening is slechts onderdeel van de totale gezondheid en kan de weegschaal net doen doorslaan naar de verkeerde kant (van werk naar uitval).<sup>2</sup>

Zowel in de groeps gesprekken met vrouwen van Turkse en Surinaamse herkomst, als in de gesprekken met artsen komt steeds weer dit complex van factoren naar voren als uiteindelijke oorzaak van de uitval. Zoals een van de artsen het uitdrukte: het gaat altijd om verschillende speelborden waarop je tegelijk moet spelen om uitval te voorkomen. En als iemand dan toch uitvalt, is dat vrijwel nooit een vrije keuze – noch van de persoon zelf, noch van de betrokken artsen, noch van de werkgever. Eerder is het, zoals een van de artsen het noemde, een ‘onmachtsvraagstuk’; er staan te veel pionnen verkeerd om het spel nog te kunnen winnen.

### 5.3 Tot slot

Dit rapport doet verslag van een verkennende studie. Tot nu toe was er in Nederland nauwelijks onderzoek gedaan naar de mogelijke invloed van gezondheidsproblemen op arbeidsparticipatie in relatie met sekse en etniciteit. Doel van dit onderzoek was daarom te kijken of op dit terrein sprake is van knelpunten die specifiek beleid of verder onderzoek rechtvaardigen. Onze bevindingen wijzen uit dat het feit dat vrouwen minder participeren op de arbeidsmarkt dan mannen, in elk geval voor een deel terug te voeren is op gezondheidsproblemen. Daarbij zijn het niet de aandoeningen op zichzelf die de doorslag geven, maar het lichamelijk en psychisch welbevinden. Dit welbevinden hangt samen met de aandoeningen, maar ook met andere factoren. De omgeving speelt hierbij een grote rol (familie, partner, kinderen, werksituatie, enz.), maar ook de manier waarop vrouwen hun klachten ervaren en ermee omgaan: overkomt het ze en maakt het ze onzeker, of kunnen ze het hanteren en accepteren? Vrouwen uit alle groepen hebben meer aandoeningen dan mannen, maar hun welbevinden is niet lager dan dat van mannen. Er zijn aanwijzingen dat het welbevinden (en daarmee de participatie) van Turks-Nederlandse vrouwen sterker beïnvloed wordt door lichamelijke aandoeningen dan dat van andere groepen.

Zoals gezegd zijn deze resultaten slechts een eerste verkenning. Door de aard van het materiaal is het niet mogelijk harde conclusies te trekken over verschillen en overeenkomsten tussen de diverse groepen. Om deze wel in kaart te brengen, zou een onderzoek nodig zijn waarin de vraagstelling over gezondheid uit de P O L S-enquête wordt

voorgelegd aan een onderzoeksgroep als die van het SIM: grotere aantallen en een meer representatieve groep respondenten van de diverse etnische groepen. Daarbij zou het aanbeveling verdienen aandacht te besteden aan de culturele component van de ervaring van en de omgang met lichamelijke en psychische aandoeningen (zie bijvoorbeeld Schinkel et al. 2010).

Een andere aanbeveling voor verder onderzoek betreft de samenloop van omstandigheden die tot resultaat hebben dat sommige mensen wel uitvallen en andere niet. Onze data geven de indruk dat copingstrategieën en persoonlijke autonomie een grote rol kunnen spelen in de manier waarop mensen lichamelijke en psychische aandoeningen ervaren en hanteren. Een voorbeeld van een theorie waarin deze aspecten samenkomen is 'sense of coherence' (Antonovsky 1979; Eriksson et al. 2005; Veenstra et al. 2005) – een concept dat in Scandinavië veel, maar in Nederland nog weinig is gebruikt in onderzoek naar onder meer het hanteren van aandoeningen en belangrijke levensgebeurtenissen.<sup>3</sup> Specifieker nog blijkt zowel uit de gesprekken met artsen, als uit de gesprekken met vrouwen zelf, dat de angst voor symptomen van bepaalde aandoeningen mensen soms meer beperkt dan deze symptomen zelf – ze durven bijvoorbeeld niet meer de straat op uit angst voor pijn. Het Nederlandse gezegde 'de mens lijdt het meest van het lijden dat hij vreest' lijkt ook voor migranten te gelden.

Welke aanbevelingen kunnen we aan het eind van dit onderzoek geven voor mogelijk beleid om de arbeidsparticipatie te bevorderen en uitval tegen te gaan? De belangrijkste aanbeveling is dat het van belang is om in het beleid aandacht te besteden aan de factor gezondheid, en niet alleen aan zaken als taalbeheersing, opleiding en voorzieningen voor het combineren van arbeid en zorg. Gezien het verkennende karakter van de studie voert het te ver om heel concrete beleidsaanbevelingen te doen, maar een aantal kwesties die naar voren zijn gekomen verdienen in elk geval de aandacht.

Uit alle delen van de studie blijkt dat er vrijwel nooit eenduidige oorzaken ten grondslag liggen aan langdurig ziekteverzuim, uitval of arbeidsongeschiktheid. Lichamelijke, sociale en psychologische factoren bepalen in onderling verband of iemand nog wel of niet meer kan en wil werken. Wat betekent dit voor de rol van de betrokken partijen: de artsen, werkgevers en de vrouwen zelf?

Voor de behandelend artsen betekent het dat een integrale behandeling van de patiënt van groot belang is. Wanneer ze zich alleen richten op de aandoening waarmee iemand zich meldt, is de kans groot dat ze hun doel uiteindelijk voorbij schieten. Veel huisartsen en bedrijfsartsen zijn zich terdege bewust van dit mechanisme, maar ze kunnen geen ijzer met handen breken. De tijd per patiënt is beperkt; ook artsen moeten 'productie draaien'.

Opvattingen over oorzaken van aandoeningen, omgang met klachten en de rol van de geneeskunde verschillen per herkomstgroep. Dit bepaalt mede de verwachtingen die mensen hebben ten aanzien van hun arts. Met name bij Turkse Nederlanders lijkt dit een grote rol te spelen. Zowel mensen met een andere culturele achtergrond als artsen zelf, zouden moeten leren deze verschillen bespreekbaar te maken. Voor zover dit nog niet het geval is, zou het onderdeel moeten zijn van zowel de medische opleiding, als bijvoorbeeld het inburgeringstraject.

Werkgevers en leidinggevendenden spelen uiteraard ook een belangrijke rol. De nieuwe regelingen rond ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid die het afgelopen decennium zijn ingevoerd, hebben tot effect gehad dat werkgevers zich meer bewust zijn geworden van hun eigen rol bij ziekte van hun werknemers. De vrouwen die deelnamen aan de focusgroepgesprekken verschillen in de mate waarin ze zich gesteund voelen door hun werkgever om hun werk naar behoren te kunnen uitvoeren. Het is opmerkelijk dat de vrouwen weinig hebben gemerkt van de rol van de bedrijfsarts en het u w v bij het kunnen (blijven) werken. Een belangrijke constatering is verder dat de vrouwen die zijn afgekeurd uit het zicht van hulpverlening en begeleiding zijn, terwijl juist voor niet-westerse migrantenvrouwen met vaak complexe problemen aansluitende hulpverlening participatiebevorderend kan uitwerken.

Specifiek voor Turks- en Marokkaans-Nederlandse vrouwen zou als onderdeel van re-integratiemaatregelen gedacht kunnen worden aan vormen van *empowerment*. Veel vrouwen zien zowel hun sociale omstandigheden als hun aandoeningen, als iets dat hen overkomt. Ze voelen zich slachtoffer van de situatie en ondergaan het passief; dit kan leiden tot vicieuze cirkels en uiteindelijk tot non-participatie en (daardoor) sociale isolatie. Van der Zwaard (2008) wijst er op dat juist gezondheidswerkers een belangrijke rol kunnen spelen in het doorbreken van deze situatie, mits ze zich actief opstellen en zich niet beperken tot het voorschrijven van pijnstillers of antidepressiva. Uiteraard ligt er ook bij de vrouwen zelf een verantwoordelijkheid, maar voor het doorbreken van het patroon van non-participatie en gevoelens van 'onwel bevinden' lijkt enige aandrang door anderen wel nodig.

## Noten

- 1 De wijze waarop leeftijd een rol speelt, is in alle vijf de etnische groepen gelijk. Opleiding blijkt voor Marokkaanse Nederlanders een sterker effect te hebben op de arbeidsdeelname dan voor autochtone en Surinaamse Nederlanders. De manier waarop gezondheid een rol speelt, is blijkens deze analyses in de groepen hetzelfde.
- 2 Vanuit de medische wetenschap zijn er het laatste decennium zelfs harde aanwijzingen voor het omgekeerde mechanisme; met name stress (onderdeel van het welbevinden) blijkt ten grondslag te liggen aan het ontstaan van diverse aandoeningen (Lovallo 2005).
- 3 Antonovsky ontwierp zijn theorie als antwoord op de vraag, waarom sommige mensen hun leven lang last hielden van oorlogstrauma's, terwijl anderen snel de draad weer oppakten.



## Summary

### Hard work

Health and labour participation of migrant women

#### Research questions

One of the central objectives of the Dutch government's emancipation policy is to raise the employment rate of women. That rate has already risen sharply in recent decades: in 2009, 70% of women aged 15-64 years were in paid work for at least one hour per week. Among women of Turkish and Moroccan origin, however, the figure is much lower (50% and 45%, respectively). Explanations and potential solutions for this lower employment rate among women in general and Turkish and Moroccan Dutch women in particular are sought mainly in the area of inadequate occupational qualifications, traditional views on role divisions and difficulties in combining paid work and care tasks in the home. Since there are indications that health problems may also play an important role, an exploratory study was carried out at the request of the Ministry of Education, Culture and Science to examine the extent to which health problems present an obstacle to participation in the labour market by women and men from different ethnic backgrounds. The research questions were as follows:

- 1 What kind of differences exist in the labour participation rate and health status of women and men from different ethnic backgrounds, and how big are those differences?
- 2 How does (poor) health effect the labour participation of women and men from different ethnic backgrounds? Could it be that health plays a bigger role for migrant women in whether or not to participate in the labour market than for indigenous Dutch women or men from their own ethnic group?

The groups studied in this report were native Dutch women and men as well as women and men of Turkish, Moroccan, Surinamese and Antillean origin.

#### Central definitions

- In this report, *labour participation* is defined as performing paid work for a least one hour per week.
- In line with the definition adopted by the World Health Organization, *health* is defined here as 'A state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity.'

## Method and sources

Both quantitative and qualitative methods were used in this study.

Two existing databases were analysed. The Periodic Life Situation Survey (POLs) from Statistics Netherlands (CBS) was used to gain an insight into the various aspects of health, their interrelationship and their influence on participation. These data provide a great deal of information about health, but are somewhat selective as regards the representativeness of migrants (only those with a sufficient command of the Dutch language are represented in the survey). The Survey of the Integration of Minorities (SIM) by the Netherlands Institute for Social Research/SCP does provide a representative picture of the different migrant groups, but does not look in such depth at health. These two databases therefore complemented each other well.

In addition, eight focus groups were organised with women of Turkish and Surinamese origin, both working and non-working. A total of 50 women took part in these discussions. Nine doctors were also interviewed, comprising company doctors, health insurance physicians and general practitioners.

## Differences in labour participation and health

What is the employment rate among women and men with different ethnic backgrounds? In 2009, 84% of native Dutch men were in paid work for one hour or more per week; the figure for indigenous Dutch women was 72%. Women of Surinamese origin participate to roughly the same degree as men from their group (68% and 70%, respectively). Women with a Turkish or Moroccan background are much less often in paid work than the men in these groups, with a gender gap of over 20%. Differences in participation are explained in the literature on the basis of age, education level and family composition in combination with views on roles and health status. Economic conditions and discrimination may also play a role, but these external factors were left out of consideration in this study.

There are clear differences in health status between the groups. If the complaints reported to general practitioners are taken as an indication of health status, women in the Netherlands are less healthy than men; 62% of all illnesses and disorders reported to the doctor come from women. Just under half of this difference is explained by gender-specific questions (relating to reproduction, contraception, etc.). Based on the available data from general practitioners, it is not possible to make any firm statements about ethnicity. The POLs data show that virtually all long-term illnesses are reported by ethnic groups more often than by the native Dutch, and are reported in all groups by women more often than by men. Headaches and migraine, back pain, neck and shoulder complaints and depression and anxiety are particularly common complaints.

The mere presence of an illness does not say enough about a person's general health status. Illnesses may be severe or less severe, and cause more or fewer impairments. Moreover, people without clearly diagnosed illnesses may also experience physical or psychological problems (physically unexplained complaints). A separate international measure of health is therefore applied, consisting of a questionnaire comprising

12 items. This questionnaire forms part of the P O L S survey and produces a score for physical well-being and a score for mental well-being. Men score higher on both measures than women, and members of the native population achieve higher scores than people with a non-Western background. Native Dutch men achieve the highest well-being scores, while the mental well-being of women with a Turkish and Moroccan background is relatively low. There was insufficient scope in this study to look in detail at the backgrounds to health differences, but it is known from the literature that a combination of biological factors, contextual mechanisms and specific determinants together shape a person's health status (predisposition, childhood development, lifestyle, living environment, type of work, traumatic events, migration, etc.).

#### Health problems as an obstacle to employment

How does (poor) health effect the labour participation of women and men from different ethnic groups? Could it be that health plays a bigger or different role for minor women in their decision on whether or not to participate in the labour market than it does for native Dutch women or men from their own ethnic group? To provide an answer to these questions, three separate projects were carried out: analysis of survey data; focus group discussions with women of Turkish and Surinamese origin; and interviews with doctors.

#### Results of secondary analyses of two surveys: P O L S and S I M

The analysis of the P O L S data suggests that mental and physical well-being are most closely associated with participation. Illnesses and disorders do of course have an influence, but this is indirect, via well-being. In other words, it is not so much the illnesses themselves which determine whether or not people perform paid work, but the relationship between those illnesses and the person's well-being.

Analysis of the S I M data shows that the degree to which health status – interpreted as a combination of illnesses and perceived health – affects labour participation varies from group to group. Health status explains a relatively small part of the difference in labour participation between native Dutch women and native men. However, if we compare women of Turkish and Moroccan origin with native Dutch women, health is a bigger factor for the former group than for the natives. The fact that women of Turkish and Moroccan origin (and especially those in the Turkish group) participate less than native Dutch women is thus explained to a large extent by health problems.

#### Group interviews with women of Turkish and Surinamese origin

One of the first findings to emerge from the focus group discussions was that women who do not work feel more limited in their daily lives by their illness than women who do work. What is not clear is which is the cause and which the effect; it could be that women who do not work have more serious illnesses and are therefore more restricted than women who do work; on the other hand, it is also possible that some women do not work because they feel more restricted than others. In any event, the non-working women interviewed

reported that in the vast majority of cases they do not see this as a free choice.

Secondly, working respondents reported that they often feel there is sufficient scope to adapt their activities to their changed capacities. By contrast, the non-working respondents assume that they would need to be able to devote themselves 100% to their work in order to be of interest to potential employers. They are afraid of falling short in this regard, and are therefore put off in advance from taking the step towards work. In addition, they often see their own illness as unpredictable and are afraid of going beyond their own limits. It emerged from the interviews with the doctors that employers are indeed more inclined to make workplace adaptations for people who form part of their permanent workforce than to take on people from outside for whom they then have to make adaptations. To some extent, therefore, the perception of the non-working women is probably correct, though on the other hand they allow themselves to be discouraged too much from the start.

Finally, a number of differences emerged from the focus groups between women with a Surinamese background and women with a Turkish background. Surinamese Dutch women are accustomed to looking after themselves and their children without being dependent on a partner. This is less so for women of Turkish origin, especially those from the first migrant generation, who take having a partner for granted. This is not to say that their situation is therefore easier – in many cases they are expected to look after their partner, notwithstanding their impairment and in addition to any work they may perform. Moreover, women from the Turkish Dutch group have more difficulty than women of Surinamese origin in asking others (for example family) for help. A final striking finding concerns perceptions of the Dutch health care system. Those women who compare the Dutch system with the system in Turkey, in particular, often feel they are not taken seriously in the Netherlands. This is probably due in part to language barriers, but also appears to be at least partly a cultural issue: while Dutch doctors tend to sit back and wait to hear what the patient has to say, doctors in Turkey are more proactive and focused on prescribing.

#### Information from doctors

We interviewed general practitioners, company doctors and health insurance physicians, and found a good deal of consensus in the views they expressed. While they did mention differences between men and women and between different ethnic groups, they also consistently put them into perspective, seeing mainly differences of emphasis rather than absolute differences. For example, the doctors felt that women across the board are often slightly more inclined to take account of their home situation than men. This is also self-reinforcing: since men are more focused on their work, women have primary responsibility when there are problems at home.

According to the doctors, physically unexplained complaints – often in combination with social or psychological problems – are common in people with a low education level and people of non-Western origin. The boundary between physical and psychological is often not a sharp one; psychological complaints such as depression often lead to physical complaints, while physical illnesses in turn often bring on psychological

complaints. Despite this, doctors felt that physically unexplained complaints should not be simply grouped together with depression or anxiety, for example; they represent a different clinical picture, with a different prognosis and requiring different treatment. The doctors also expressed the view that dropout from the employment process is usually related to the way in which illnesses are perceived and dealt with – both by patients themselves and by those around them. Adaptation of working conditions or providing different work can be a good solution for all concerned, a finding which also emerged from the discussions with women, but this is not always possible for employers. The home setting is important – how much support someone receives – but also people’s approach to life and the coping strategies they employ: do they lapse into inactivity out of fear that complaints will manifest themselves, or do they try to discover what they can and cannot do because of or despite their illness?

Finally, the doctors described a social trend which is of general importance for the relationship between health and participation. The labour market has become more demanding and harsher in recent years. This means that people with little education, a complex social situation, low mental capacity or with physical and/or psychological disorders are less able to fend for themselves than in the past. If on top of all this they fall ill, there is often little option but to declare them unfit for work – there are simply no suitable jobs left for their reduced capacity. Since it is mainly women of Turkish or Moroccan background from the first migrant generation who fall into this category, they are at considerable risk in this regard.

### The importance of health

This study makes clear that health is an important factor in explaining differences in labour participation in the Netherlands. In particular, women of Turkish and Moroccan origin report many health problems, and their relatively low employment rate can be attributed largely to this. Apart from the attention devoted to ‘traditional’ themes such as civic integration and combining paid work with care tasks, health is also found to be an issue which demands specific attention. It is clear that ‘illness’ and ‘health’ encompass more than simply the presence or absence of particular disorders or illnesses, but are also concerned with the way in which people experience and deal with those disorders. That in turn is determined in part by the person’s constitution, their social context and their personal background. It is for example possible that for person A an illness merely leads to adaptations at the workplace, while for person B the same disorder results in long-term sick leave and ultimately incapacity for work. The illness or disorder is only part of the total health picture and may just tip the balance in the wrong direction (from work to dropout). This complex of factors emerged time and again in our study, both from the group interviews with women of Turkish and Surinamese origin and from the interviews with doctors, as the ultimate cause of dropout from the employment process. As one of the doctors put it: preventing dropout is like trying to keep lots of different balls in the air all at the same time. And if someone does drop out of the labour process, it is almost never a matter of free choice, either by the person themselves, or on the part of the doctors or employers. Rather, as another doctor put it, it is a

'powerlessness issue'; there are simply too many obstacles to be overcome. The main conclusion of this study is that health deserves to be given more attention in the policy aimed at increasing the labour participation rate of (particularly) women of Turkish and Moroccan origin. Several actors play a role in this process: doctors, employers and of course the women themselves. Given the exploratory nature of this study, it would be going too far to make specific recommendations at this juncture, but what is clear is that there are still great gains to be made in this area.

## Literatuur

- Agyemang, C., S. Denktas, M. Bruijnzeels en M. Foets (2006). Validity of the single-item question on self-rated health status in first generation Turkish and Moroccans versus native Dutch in the Netherlands. In: *Public Health*, jg. 120, nr. 6, p. 543-550.
- Andriessen, I., J. Dagevos, E. Nievers en I. Boog (2007). *Discriminatiemonitor niet-westerse allochtonen op de arbeidsmarkt*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Andriessen, I., E. Nievers, L. Faulk en J. Dagevos (2010). *Liever Mark dan Mohammed? Discriminatie op de arbeidsmarkt*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Antonovsky, A. (1979) *Health, stress and coping*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Bekker, M. en J. van Mens-Verhulst (2008). *GGZ en Diversiteit: prevalentie en zorgkwaliteit*. Programmeringsstudie 'Etniciteit en gezondheid' voor ZONMw. Tilburg: Tilburg University.
- Billig, M. (1987). *Arguing and Thinking: a rhetorical approach to social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bindraban, N.R. (2007). *The cardiovascular risk profile of Hindustani and creole Surinamese in the Netherlands compared to white Dutch people*. Amsterdam: Sunset.
- Campen, C. van, en J. Iedema (2007). Are persons with physical disabilities who participate in society healthier and happier? Structural equation modelling of objective participation and subjective well-being. In: *Quality of Life Research*, jg. 16, nr. 4, p. 635-645.
- Dagevos, J. (2007). Arbeid en inkomen. In: J. Dagevos en M. Gijsberts (red.), *Jaarrapport Integratie 2007* (p. 131-162). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dagevos, J. en M. Gijsberts (2009) Jaarrapport integratie 2009: Trends in integratie. In: M. Gijsberts en J. Dagevos (red.), *Jaarrapport integratie 2009* (p. 35-38). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dieren, Q. van, en A. Vingerhoets (2007). Medisch onverklaarde somatische symptomen zijn geen onverklaarbare, onbegrepen of vage lichamelijke klachten. In: *Tijdschrift voor psychiatrie*, jg. 49, nr. 11, p. 823-834.
- Duyvendak, J.W., M. Stavenuiter en E. Snel (2002). *In de fuik. Turken en Marokkanen in de wao*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Eriksson, M. en B. Lindström (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. In: *Journal of Epidemiology and Community Health*, jg. 59, nr. 6, p. 460-466.
- Ferber, T., G. Jehoel-Gijsbers en R. Hut (2010). Ontwikkelingen in de Wajong. In: G. Jehoel-Gijsbers, *Bepakt aan het werk. Rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie* (p. 93-111). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Giezen, A.M. van der, en S.A.E. Geurts (2001). Feiten en ficties over vrouwen in de wao. In: *Economisch Statistische Berichten*, jg. 86, nr. 4316, 22 juni 2001, p. 540-543.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T., T. Huisman en A.M. Kolk (1999). Gender differences in physical symptoms and illness behavior. A health diary study. In: *Social Science & Medicin*, jg. 49, nr. 8, p. 1061-1074.
- Groeneveld, S., T. Marx en A. Merens (2004). De arbeidsmarktpositie van vrouwen uit etnische minderheden. In: M. Gijsberts en A. Merens (red.), *Emancipatie in estafette. De positie van vrouwen uit etnische minderheden* (p. 81-114). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Hooff, M. van, P. Smulders en E. de Vroome (2009). Onderzoeksnotitie: Verklaren werkomstandigheden de gezondheidsverschillen tussen autochtone en allochtone werknemers? In: *Tijdschrift voor arbeidsvraagstukken*, jg. 25, nr. 2, p. 147-155.

- Jehoel-Gijsbers, G. (red.) (2007). *Beter aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Jonkers, M. en F. El Fakiri (2009) Harde heelmeesters en hysterische vrouwen. In: J. van der Zwaard, J. Janssen, S. Keuzenkamp en F. Outmany (red.), *Dwarse vrouwen. Verbindingen en verbeeldingskracht* (p. 87-92). Amsterdam: Aksant.
- Keizer, M. (1997). *De dokter spreekt. Gender en professionaliteit in medische specialismen*. Delft: Eburon.
- Keuzenkamp, S. (2007). *Wat heeft mevrouw Benayad aan emancipatie-onderzoek? (oratie)*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Keuzenkamp, S. en A. Merens (red.) (2006) *Sociale atlas van vrouwen uit etnische minderheden*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Keuzenkamp, S. en A. Merens (2007). De positie van allochtone vrouwen en meisjes. In: J. Dagevos en M. Gijsberts (red.), *Jaarrapport Integratie 2007* (p. 249-281). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Keuzenkamp, S. en J. van Mens-Verhulst (2009). Gezondheid. In: A. Merens en B. Hermans (red.), *Emancipatiemonitor 2008* (p. 250-274). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau / Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Klumb, P.L. en T. Lampert (2004). Women, work, and well-being 1950-2000: a review and methodological critique. In: *Social Science and Medicine*, jg. 58, nr. 6, p. 1007-1024.
- Kunst, A.E., J.P. Mackenbach, M. Lamkaddem, J. Rademakers en W. Devillé (2008). *Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland*. Rotterdam/Utrecht: Erasmus mc/Nivel.
- Lagro-Janssen, T. (1997). De verdeling van ziekte en sterfte over de seksen. In: T. Lagro-Janssen en G. Noordenbos (red.), *Sekseverschillen in ziekte en gezondheid*. Nijmegen: SUN.
- Lovallo, W.R. (2005). *Stress & health. Biological and psychological interactions*. Londen: Sage.
- Mens-Verhulst, J. van, en M. Bekker (2005). Argumenten voor een diversiteitsbewust curriculum in de gezondheids(zorg)wetenschappen. In: *Tijdschrift voor genderstudies*, jg. 8, nr. 2, p. 44-50.
- Merens, A. (2004). Inkomens van vrouwen uit etnische minderheden. In: M. Gijsberts en A. Merens (red.), *Emancipatie in estafette. De positie van vrouwen uit etnische minderheden* (p. 115-128). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Merens, A. (2009). De positie van vrouwen en meisjes. In: M. Gijsberts en J. Dagevos (red.), *Jaarrapport Integratie 2009*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Merens, A. en B. Hermans (red.) (2009). *Emancipatiemonitor 2008*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau / Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Plaisier, I. (2009). *Work and mental health. Studies on the impact of job characteristics, social roles and gender*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Schinkel, S., B. Schouten en J. van Weert (2010). Communicatie met Nederlandse en Turkse patiënten in de huisartsenpraktijk. Een exploratief onderzoek naar verschillen in informatie- en participatiebehoeften. In: *Tijdschrift voor Communicatiewetenschap*, jg. 38, nr. 1, p. 63-79.
- Stronks, K. (2003) Public health research among immigrant populations: still a long way to go. In: *European Journal of Epidemiology*, jrg. 18, nr. 9, p. 841-842.
- Tesser, P.T.M., J.G.F. Merens en C.S. van Praag (1999). *Rapportage minderheden 1999*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Veenstra, M., T. Moum en E. Røysamb (2005) Relationships between health domains and sense of coherence: A two-year cross-lagged study in patients with chronic illness. In: *Quality of Life Research*, jg. 14, nr. 6, p. 1455-1465.



## LITERATUUR

- Ware, J.E., M. Kosinski, D.M. Turner-Bowker en B. Gandek (2002). *How to score version 2 of the SF-12 health Survey*. Lincoln: QualityMetric Incorporated.
- Zwaard, J. van der (2008). *Gelukszoekers. Vrouwelijke huwelijksmigranten in Nederland*. Amsterdam: Artemis & co.

## Publicatielijst van het Sociaal en Cultureel Planbureau

### Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt twee keer per jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma is te vinden op de website van het s.c.p.: [www.scp.nl](http://www.scp.nl).

### scp-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn verkrijgbaar bij de boekhandel, of via de website van het s.c.p. Een complete lijst is te vinden op deze website: [www.scp.nl](http://www.scp.nl).

### Sociale en Culturele Rapporten

*Investeren in vermogen. Sociaal en Cultureel Rapport 2006.* ISBN 90-377-0285-6

*Betrekkelijke betrokkenheid. Studies in sociale cohesie. Sociaal en Cultureel Rapport 2008.*

ISBN 978 90 377 0368-9

### scp-publicaties 2010

- 2010-1 *Liever Mark dan Mohammed? Onderzoek naar arbeidsmarktdiscriminatie van niet-westerse migranten via praktijktests* (2010). Iris Andriessen, Eline Nievers, Laila Faulk, Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0421 1
- 2010-2 *Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009* (2010). Mirjam de Klerk, Rob Gilsing en Joost Timmermans (red.), Gijs van Houten, Anna Maria Marangos, Mathijs Tuynman, Martha Dijkgraaf, Jennifer van den Broeke, Judith van der Veer, Jelmer Shalk, Jurjen Iedema, Alice de Boer. ISBN 978 90 377 0463 1
- 2010-4 *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008* (2010). Michiel Ras, Isolde Woittiez, Hetty van Kempen, Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0468 6
- 2010-5 *Een baanloos bestaan. De betekenis van werk voor werklozen, arbeidsongeschikten en werkenden* (2010). Patricia van Echtelt. ISBN 978 90 377 0350 4
- 2010-6 *The social state of the Netherlands 2009* (2010). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer, Evert Pommer, Peggy Schyns (red.). ISBN 978 90 377 0466 2
- 2010-7 *The minimum agreed upon. Consensual budget standards for the Netherlands* (2010). Stella Hoff, Arjan Soede, Cok Vrooman, Corinne van Gaalen, Albert Luten, Sanne Lamers. ISBN 978 90 377 0472 3
- 2010-8 *Sociale uitsluiting bij kinderen: omvang en achtergronden* (2010). Annette Roest, Anne marie Lokhorst, Cok Vrooman. ISBN 978 90 377 0493 8
- 2010-9 *Bepert aan het werk. Rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie* (2010). Gerda Jehoel-Gijsbers (red.). ISBN 978 90 377 0489 1
- 2010-10 *Minder werk voor laagopgeleiden? Ontwikkelingen in baanbezit en baankwaliteit 1992-2008* (2010). Edith Josten. ISBN 978 90 377 0474 7
- 2010-11 *At home in the Netherlands* (2010). Mérove Gijsberts, Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0487 7

- 2010-12 *FAQs over kunstbeoefening in de vrije tijd* (2010). Andries van den Broek.  
ISBN 978 90 377 0455 6
- 2010-13 *Mogelijkheden tot kunstbeoefening in de vrije tijd* (2010). Andries van den Broek (red.).  
ISBN 978 90 377 0456 3
- 2010-14 *Toekomstverkenning kunstbeoefening* (2010). Andries van den Broek.  
ISBN 978 90 377 0491 4
- 2010-15 *Steeds gewoner, nooit gewoon. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland* (2010).  
Saskia Keuzenkamp et al. ISBN 978 90 377 0501 0
- 2010-16 *Publieke dienstverlening in perspectief. SCP-memorandum voor de kabinetsformatie 2010*  
(2010). Evert Pommer en Evelien Eggink (red.). ISBN 978 90 377 0513 3
- 2010-17 *Wellbeing in the Netherlands. The scp life situation index since 1974* (2010). Jeroen  
Boelhouwer. ISBN 978 90 377 0345 0
- 2010-18 *Minderheden in de mixed-mode? Een inventarisatie van voor- en nadelen van het inzetten van  
verschillende dataverzamelmethode onder niet-westerse migranten* (2010). R. Feskens,  
J. Kappelhof, J. Dagevos, I. Stoop. ISBN 978 90 377 0517 1
- 2010-19 *Just different, that's all. Acceptance of homosexuality in the Netherlands* (2010).  
Saskia Keuzenkamp (ed.) et al. ISBN 978 90 377 0502 7
- 2010-20 *Discriminatiemonitor niet-westerse migranten op de arbeidsmarkt 2010* (2010). Eline Nievers  
en Iris Andriessen (red.). ISBN 978 90 377 0438 9
- 2010-21 *Iemand moet het doen. Ervaringen van verzorgers van partners* (2010). Judith van Male,  
Marion Duimel en Alice de Boer. ISBN 978 90 377 0518 8
- 2010-22 *Uit de armoede werken. Omvang en oorzaken van uitstroom uit armoede* (2010). Stella Hoff.  
ISBN 978 90 377 0519 5
- 2010-23 *Het werken waard. Het arbeidsaanbod van laagopgeleide vrouwen vanuit een economisch en  
sociologisch perspectief* (2010). Mariëlle Cloin. ISBN 978 90 377 0514 0
- 2010-24 *Zorgen voor Zorg. Ramingen van de vraag naar personeel in de verpleging en verzorging tot  
2030* (2010). Evelien Eggink, Debbie Oudijk en Isolde Woittiez.  
ISBN 978 90 377 0512 6
- 2010-25 *Alle kanalen staan open. De digitalisering van mediagebruik* (2010). Frank Huysmans en  
Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0521 8
- 2010-26 *Tijd op orde? Een analyse van de tijdsorde vanuit het perspectief van de burger* (2010). Mariëlle  
Cloin, Marjon Schols en Andries van den Broek, m.m.v. Maria Koutamanis.  
ISBN 978 90 377 0520 1
- 2010-27 *Maten voor Gemeenten 2010. Een analyse van de prestaties van de lokale overheid* (2010).  
Bob Kuhry, Jedid-Jah Jonker en Ab van der Torre. ISBN 978 90 377 0522 5
- 2010-28 *Naar Hollands gebruik? Verschillen in gebruik van hulp bij opvoeding, onderwijs en gezondheid  
tussen autochtonen en migranten* (2010). Angela van den Broek, Ellen Kleijnen en  
Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0525 6
- 2010-29 *Sport: een leven lang. Rapportage sport 2010* (2010). Annet Tiessen-Raaphorst, Desirée  
Verbeek, Jos de Haan en Koen Breedveld (red.). ISBN 978 90 377 0504 1
- 2010-30 *Komt tijd, komt raad? Essays over mogelijkheden voor een nieuwe tijdsorde* (2010). Andries  
van den Broek en Mariëlle Cloin (red.). ISBN 978 90 377 0523 2
- 2010-31 *Definitief advies over het wmo-budget huishoudelijke hulp voor 2011. Van het Sociaal en  
Cultureel Planbureau. Uitgebracht aan het bestuurlijk overleg financiële verhoudingen* (2010).  
Ab van der Torre en Evert Pommer. ISBN 978 90 377 0535 5
- 2010-32 *Wisseling van de wacht: generaties in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2010*  
(2010). Andries van den Broek, Ria Bronneman-Helmers en Vic Veldheer (red.).  
ISBN 978 90 377 0505 8

- 2010-33 *Armoedesignalement (2010)*. SCP/CBS. ISBN 978 90 377 0458 7  
 2010-34 *Wie zijn de cliënten van de langdurige AWBZ-thuiszorg? Isolde Woittiez*.  
 ISBN 978 90 377 0541 6

#### scp-publicaties 2011

- 2011-5 *Moelijk werken. Gezondheid en de arbeidsdeelname van migrantenvrouwen (2011)*.  
 Myra Keizer en Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0524 9

#### SCP-essays

- 1 *Voorbeelden en nabeelden (2005)*. Joep de Hart. ISBN 90-377-0248-1
- 2 *De stem des volks (2006)*. Arjan van Dixhoorn. ISBN 90-377-0265-1
- 3 *De tekentafel neemt de wijk (2006)*. Jeanet Kullberg. ISBN 90-377-0261-9
- 4 *Leven zonder drukte (2006)*. Tjirk van der Ziel met een naschrift van Anja Steenbekkers en Carola Simon. ISBN 90-377-0262-7
- 5 *Otto Neurath en de maakbaarheid van de betere samenleving (2007)*. Ferdinand Mertens. ISBN 978-90-5260-260-8

#### Overige publicaties

- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2009. Deel 1 (2009)*. Eefje Steenvoorden, Peggy Schyns en Tom van der Meer. ISBN 978 90 377 0417 4
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2009. Deel 2 (2009)*. Tom van der Meer, Paul Dekker en Eefje Steenvoorden. ISBN 978 90 377 0418 1
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2009. Deel 3 (2009)*. Eefje Steenvoorden, Tom van der Meer en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0447 1
- Wmo Evaluatie. Eerste tussenrapportage. De invoering van de Wmo: gemeentelijk beleid in 2007 (2008)*. Gijs van Houten, Mathijs Tuynman en Rob Gilsing. ISBN 978 90 377 0390 0
- Wmo Evaluatie. Tweede tussenrapportage. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking (2009)*. Anna Maria Marangos, Mieke Cardol en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0399 3
- m-v. scp-nieuwjaarsuitgave 2009 (2009)*. ISBN 978 90 377 0411 2
- Definitief advies over het Wmo-budget huishoudelijke hulp voor 2009 (2009)*. Evert Pommer, Ab van der Torre, Evelien Eggink. ISBN 978 90 377 0415 0
- TBO-eu en TBO-nl. Een vergelijking van twee methoden van tijdbestedingsonderzoek (2009)*. Carlijn Kamphuis, Remko van den Dool, Andries van den Broek, Ineke Stoop, Patty Adelaar, Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0423 5
- Kunnen alle kinderen meedoen? Onderzoek naar de maatschappelijke participatie van arme kinderen (2009)*. Gerda Jehoel-Gijsbers. ISBN 978 90 377 0416 7
- Werken en weldoen. Kiezen voor betaalde en onbetaalde arbeid (2009)*. Ingrid Ooms, Jedid-Jah Jonker, Ab van der Torre. ISBN 978 90 377 0403 7
- Genoeg om van te leven. Focusgroepen in discussie over de minimale kosten van levensonderhoud (2009)*. Stella Hoff, Arjan Soede, Cok Vrooman, Corinne van Gaalen, Albert Luten, Sanne Lamers. ISBN 978 90 377 407 5
- Profielen van vragers naar AWBZ-GGZ (2009)*. Cretien van Campen. ISBN 978 90 377 0444 0
- Sociale uitsluiting: een meetinstrument (2009)*. Gerda Jehoel-Gijsbers (SCP), Wendy Smits (CBS), Jeroen Boelhouwer (SCP) en Harry Bierings (CBS). ISBN 978 90 377 0427 3
- Sociale samenhang in de wijk. nsv actualiteitencollege 2008 (2009)*. Maurice Gesthuizen en Vic Veldheer (red.). ISBN 978 90 377 0445 7

- Meten wat leeft? Achtergrondstudie bij het Continu Onderzoek Burgerperspectieven* (2009). Paul Dekker (red.). ISBN 978 90 377 0419 8
- VeVeRa-III. Ramingen verpleging en verzorging 2005-2030 modelbeschrijving* (2009). Evelien Eggink, Jedit-Jah Jonker, Klarita Sadiraj, Isolde Woittiez. ISBN 978 90 377 0356 6
- Sporten gemeten. Methodologische aspecten van het onderzoek naar sportdeelname* (2009). Koen Breedveld, Annet Tiessen-Raaphorst. ISBN 978 90 377 0358 0
- Hoe het ons verging... Traditionele nieuwjaarsuitgave van het SCP* (2010). Paul Schnabel (red.). ISBN 978 90 377 0465 5
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2009. Deel 4* (2010). Paul Dekker, Tom van der Meer en Irene de Goede. ISBN 978 90 377 0464 8
- Wmo Evaluatie. Vierde tussenrapportage. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking; twee jaar na de invoering van de Wmo* (2010). A. Marangos, M. Cardol, M. Dijkgraaf, M. de Klerk. ISBN 978 90 377 0470 9
- Op weg met de Wmo. Journalistieke samenvatting door Karolien Bais*. Mirjam de Klerk, Rob Gilsing en Joost Timmermans. Samenvatting door Karolien Bais (2010). ISBN 978 90 377 0469 3
- NL Kids online. Risico's en kansen van internetgebruik onder jongeren* (2010). Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0430 3
- Kortdurende thuiszorg in de AWBZ. Een verkenning van omvang, profiel en afbakening* (2010). Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0471 6
- De publieke opinie over kernenergie* (2010). Paul Dekker, Irene de Goede, Joop van der Pligt. ISBN 978 90 377 0488 4
- Op maat gemaakt? Een evaluatie van enkele responsverbeterende maatregelen onder Nederlanders van niet-westerse afkomst* (2010). J. Kappelhof. ISBN 978 90 377 0495 2
- Oudere tehuusbewoners. Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008-2009* (2010). Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0499 0
- Kopers in de knel? Een scenariostudie naar de gevolgen van de crisis voor huiseigenaren met een hypotheek* (2010). Michiel Ras, Ingrid Ooms, Evelien Eggink. ISBN 978 90 377 0498 3
- Gewoon anders. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland* (2010). Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0502 7
- De aard, de daad en het Woord. Een halve eeuw opinie- en besluitvorming over homoseksualiteit in protestants Nederland, 1959-2009* (2010). David Bos. ISBN 978 90 377 0506 5
- Werkloosheid in goede banen. Bijdragen aan de SCP-studiemiddag 2010* (2010). Patricia van Echtelt (red.). ISBN 978 90 377 0516 4

