

Zorgen over het werken in de zorg

De beleving en opvattingen van in de Nederlandse zorgsector participerende Turkse en
Marokkaanse vrouwen



Rotterdam, April 2012
Naam: Hilda Bharosa
Studentnummer: 308893
Eerste begeleider: Dr. P.H.J. Achterberg
Tweede begeleider: Dr. B. Peper

Zorgen over het werken in de zorg

Masterthesis
Erasmus Universiteit Rotterdam
Faculteit der Sociale Wetenschappen
Opleiding: Sociologie
Specialisatie: Arbeid, Organisatie & Management

Voorwoord

Deze scriptie heeft betrekking op de participatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen ten opzichte van autochtone vrouwen in de Nederlandse zorgsector en gaat met name in op de relatief lage participatie van de allochtone vrouwengroepen binnen de zorgsector. Dit onderzoek past binnen het kader van zowel integratie- als emancipatievraagstukken in de huidige multiculturele samenleving. De hoofdvraag: *'welke aspecten belemmeren Turkse en Marokkaanse vrouwen, ten opzichte van autochtone vrouwen, om in de Nederlandse zorgsector te werken?'* vormde het uitgangspunt van dit afstudeeronderzoek.

Na enkele zware en pittige studie jaren vormt deze scriptie het sluitstuk van de opleiding Sociologie, afstudeerrichting Arbeid, Organisatie & Management. Ik wil mijn erkentelijkheid betuigen aan alle mensen die mij hierbij altijd en op alle fronten hebben gesteund. Graag wil ik van deze gelegenheid gebruik maken om er enige specifiek te noemen: mijn man en kinderen wil ik graag bedanken voor hun warme belangstelling, stimulans, morele steun en geloof in mij. Bij het schrijven van de scriptie heb ik daarnaast met zorg en aandacht begeleiding gekregen van dr. Peter Achterberg. Ik wil hem hartelijk bedanken voor zijn oprechte, kritische en stimulerende inbreng. Uiteraard wil ik ook de respondenten en informanten uit dit onderzoek hartelijk bedanken, omdat zij enthousiast hebben meegewerkt aan de interviews. Ten slotte gaat mijn dank uit naar de instellingen die mij in de gelegenheid hebben gesteld gebruik te maken van hun medewerkers, ruimtes en kennis.

Het gehele proces rondom mijn scriptie heb ik als zeer leerzaam ervaren. Met heel veel plezier kijk ik terug op het hele proces. Ik put veel voldoening uit het feit dat een aantal respondenten en informanten hebben laten blijken dat ze zich tijdens de gesprekken bewust(er) zijn geworden van zaken m.b.t. werken in de zorgsector, waar ze voorheen nog weinig of geheel niet bij stil hadden gestaan. De betrokken personen en instellingen hebben zelfs aangegeven dat ze graag over de eindresultaten van dit onderzoek geïnformeerd willen blijven. Dit waardeer ik enorm.

Ik hoop dat de onderzoeksresultaten een weg zullen vinden naar de personen en instellingen die gericht zijn op de verbetering van de lage arbeidsparticipatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen binnen de Nederlandse zorgsector. Daarnaast wens ik dat de lezers van deze scriptie inspiratie en lering eruit zullen opdoen, met name de Turkse en Marokkaanse vrouwen werkzaam in de zorgsector. Tot slot hoop ik dat deze scriptie een steentje zal bijdragen aan hun participatie en emancipatie op de arbeidsmarkt in het algemeen.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	3
INHOUDSOPGAVE	4
1 INLEIDING	6
1.1 AANLEIDING	6
1.2 VRAAGSTELLING	10
1.3 RELEVANTIE	11
1.3.1 <i>Wetenschappelijke relevantie</i>	12
1.3.2 <i>Maatschappelijke relevantie</i>	12
1.4 OPBOUW VAN DE SCRIPTIE	15
2 THEORETISCH KADER	17
2.1 HUMAN CAPITAL- THEORIE	17
2.2 MAATSCHAPPELIJKE KANSENSTRUCTUUR	19
2.3 FACTOREN UIT DE LITERATUUR DIE VOOR BELEMMERINGEN ZORGEN	20
2.4 THEORETISCH MODEL	22
2.5 INDIVIDUELE FACTOREN	23
2.6 CULTURELE FACTOREN	23
2.7 UITKOMST: PERCEPTIE OP DE BELEMMERINGEN IN DE PRAKTIJK	24
2.8 SAMENVATTING	25
3 METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING	26
3.1 ONDERZOEKSDSIGN	26
3.1.1 <i>Onderzoekstechnieken</i>	26
3.1.2 <i>Kwalitatief onderzoek</i>	27
3.2 DATAVERZAMELING	28
3.2.1 <i>Onderzoekspopulatie</i>	28
3.2.2 <i>Selectie van zorginstellingen</i>	29
3.2.3 <i>Selectie van respondenten</i>	31
3.3 OPERATIONALISERING VAN DE CONCEPTEN	32
3.3.1 <i>Individuele factoren</i>	33
3.3.2 <i>Culturele factoren</i>	34
3.4 DATA-ANALYSE	35
3.4.1 <i>Bestaand materiaal</i>	35
3.4.2 <i>Interviews</i>	36
4 ONDERZOEKSRISULTATEN	37
4.1 HET KWALITATIEVE BEELD UIT HET ONDERZOEK	38
4.2 VERGELIJKING TUSSEN TURKSE, MAROKKAANSE EN AUTOCHTONE VROUWEN	40
4.2.1 <i>Verschillen tussen de groepen</i>	41
4.2.2 <i>Keuze voor het werken in de zorgsector</i>	44
4.2.3 <i>Ervaring met het werk in de zorg</i>	45
4.2.4 <i>Relevante factoren voor keuze van het werk</i>	46
4.2.5 <i>Categorisering van kenmerken</i>	49
4.2.6 <i>Kenmerken van het werk</i>	51
4.2.7 <i>De invloed van familie, vrienden en de omgeving</i>	53
4.2.8 <i>Toekomstperspectieven in de zorg</i>	56
4.2.9 <i>Religie</i>	57
4.2.10 <i>Sociaal netwerk en contacten met anderen</i>	58

4.3	SAMENVATTING VAN DE ONDERZOEKSRISULTATEN	58
5	DISCUSSIE EN CONCLUSIE.....	60
5.1	BEANTWOORDING VAN DE DRIE DEELVRAGEN	60
5.1.1	<i>Beantwoording van deelvraag 1</i>	60
5.1.2	<i>Beantwoording van deelvraag 2</i>	61
5.1.3	<i>Beantwoording van deelvraag 3</i>	62
5.2	REFLECTIE.....	63
5.2.1	<i>De Human Capital-theorie</i>	63
5.3	AANBEVELINGEN.....	65
5.3.1	<i>Huidig en toekomstig personeel in de zorg</i>	65
5.3.2	<i>Zoek zelf naar mogelijkheden voor taakverlichting</i>	65
5.4	AANBEVELINGEN VOOR DE ZORGINSTELLINGEN	66
5.4.1	<i>De culturele achtergrond</i>	66
5.4.2	<i>Investeren Human Capital</i>	67
5.4.3	<i>Investeren in actieve werving en informatieverstrekking</i>	67
5.4.4	<i>Rolmodellen</i>	67
5.4.5	<i>Aanbevelingen voor nader onderzoek</i>	68
5.5	<i>Conclusie</i>	69
6	LITERATUURLIJST.....	71
	BIJLAGEN.....	74

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De zorgsector is in Nederland één van de grootste bedrijfstakken. De werkgelegenheid zal in deze sector naar verwachting blijven groeien en het is dan ook de vraag of er in de toekomst in deze sector voldoende personeel beschikbaar zal zijn (RegioMarge, in Raad voor Werk en Inkomen (RWI) 2008). Uit dit onderzoek blijkt dat het verwachte tekort aan zorgpersoneel zich niet zozeer in de breedte van de sector voordoet, maar voornamelijk in een aantal specifieke deelgebieden binnen de zorg, zoals verpleeg- en verzorgingshuizen. Met name onder de verzorgenden en verpleegkundigen vinden er personeelstekorten plaats (RegioMarge, in RWI 2008). Volgens gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS-Statline, 2006) zijn vooral Turkse en Marokkaanse vrouwen ondervertegenwoordigd in de zorgberoepen. Een belangrijke reden voor deze ondervertegenwoordiging blijkt de lage arbeidsparticipatie van deze (potentiële) arbeidsgroepen (in vergelijking tot de autochtone vrouwen). Bovendien kiezen Turkse en Marokkaanse vrouwen in mindere mate voor het werk in de zorg. In opdracht van de Raad voor Werk en Inkomen (RWI) heeft Prismant onderzoek verricht naar de arbeidsparticipatie, specifiek in de zorgsector, van deze vrouwen. Volgens dit onderzoek werken Turkse en Marokkaanse vrouwen tot op heden relatief weinig in de zorg (Bloemendaal, de Kroon & van der Velde, 2008). Als studierichting kiezen studenten van deze komaf liever voor economisch-administratieve richtingen of voor welzijnsopleidingen in plaats van opleidingen in de zorgsector.

Ondanks deze constatering vormen Turkse en Marokkaanse vrouwen een interessant arbeidsmarktpotentieel voor de Nederlandse zorgsector. De vraag is hoe het aanbod van zorgpersoneel binnen deze groep vergroot kan worden. In deze scriptie zullen de aspecten die het werken in de zorgsector belemmeren en die bepaalde bevolkingsgroepen mogelijk buiten de zorg houden, nader onderzocht worden. Wat zijn de motieven om al dan niet voor de zorgsector te kiezen en welke factoren bepalen vervolgens om er te blijven werken? Wanneer deze vrouwen meer tot de zorgsector toe zouden treden, zou bijgedragen kunnen worden aan het voorkómen en/of beperken van knelpunten in de personeelsvoorziening. Zij kunnen door te werken in de zorgsector hun maatschappelijke positie tevens verbeteren. Daarnaast kan een baan in de zorgsector grote baanzekerheid en een stabiele arbeidsloopbaan opleveren.

De verwachte personeelstekorten en de verbetering van de maatschappelijke positie van allochtone vrouwen worden door de Raad voor Werk en Inkomen (2008) als belangrijke gegevens beschouwd om toe te werken naar een grotere vertegenwoordiging en participatie

van allochtone vrouwen in de zorgsector. Het is daarom belangrijk om de instroom van allochtone vrouwen in deze sector te stimuleren. Zo kan worden ingespeeld op de toenemende behoefte van allochtone vrouwen die een beroep doen op de zorgsector. Door de groei van het aantal allochtonen alsook de vergrijzing neemt het aantal allochtone patiënten dat gebruik maakt van zorgvoorzieningen toe. Om in de zorg de beoogde kwaliteit ook naar deze allochtone cliënten te kunnen waarborgen, is meer deskundigheid nodig over specifieke zorgvragen en –vragers met een andere culturele achtergrond. Hierin kunnen de zorgmedewerkers van allochtone afkomst een belangrijke bijdrage gaan leveren (RWI, 2008).

Voor de relatief lage participatiegraad onder allochtone vrouwen in de Nederlandse zorgsector worden in de literatuur verschillende oorzaken genoemd. Enkele van de genoemde oorzaken zijn: onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal, een cultureel bepaald (negatief) standpunt over arbeidsparticipatie van vrouwen, het imago (lage status) van de zorgsector en de relatief grote onbekendheid met de zorgsector en/of de betrokken beroepsgroepen (RWI, 2008). In de onderzoeksliteratuur is dit beeld echter niet altijd consistent, omdat hierin verschillende definities voor ‘allochtoon’ worden gebruikt. Het begrip allochtoon wordt vaak als ‘paraplu-concept’ gebruikt voor het aanduiden van diverse etnische groeperingen die hun oorsprong in een ander land hebben. Onderzoekers richten zich op een brede doelgroep en lang niet altijd is (voldoende) onderscheid te maken tussen de herkomst van de onderzochte groepen. Dat vormt een probleem, omdat er wel aanwijzingen zijn dat er verschillen bestaan, bijvoorbeeld tussen Surinaamse en Antilliaanse vrouwen enerzijds en Turkse en Marokkaanse vrouwen anderzijds. Bij Surinaamse vrouwen denkt men namelijk aan verschillende bevolkingsgroepen, zoals Hindoestanen, Javanen en Creolen. Dit onderscheid is ook bij Turkse en Marokkaanse vrouwen te maken, omdat er namelijk sprake is van verschillende bevolkingsgroepen. Allochtonen kunnen wel specifieke belemmeringen ervaren bij het al dan niet kiezen van een baan in de zorgsector, maar deze kunnen weer per land van afkomst verschillen.

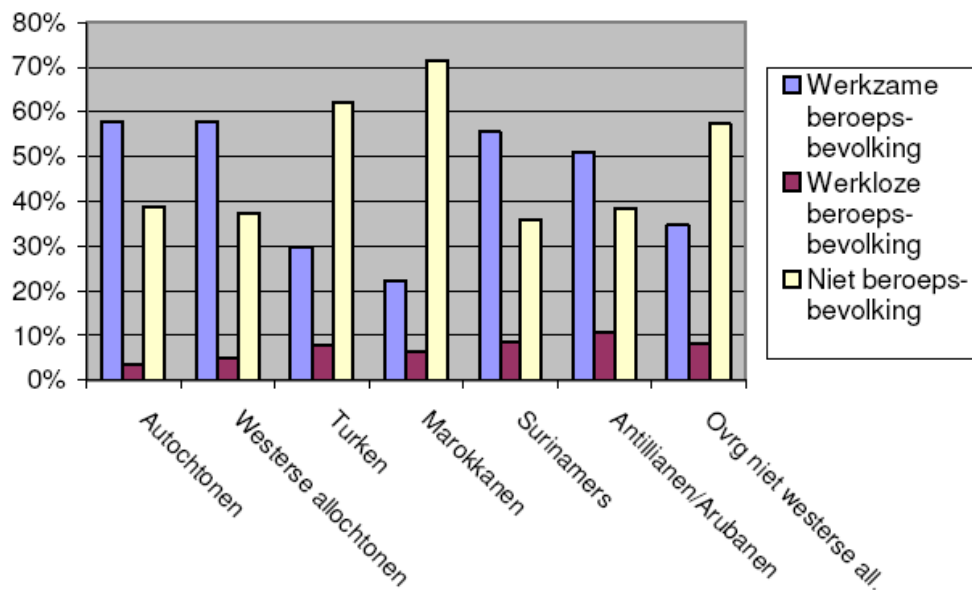
Voor dit onderzoek is het dus van belang om het onderscheid tussen de verschillende groepen allochtonen helder neer te zetten, zodat er geen verkeerd beeld met betrekking tot Turkse en Marokkaanse vrouwen ontstaat. Bovendien kunnen dan ook de verschillen tussen Turkse en Marokkaanse vrouwen enerzijds en autochtone vrouwen anderzijds concreter in kaart worden gebracht. Hoewel dit onderzoek kan leiden tot aanbevelingen voor alle niet-westerse allochtone vrouwen, wordt in deze scriptie vooral gefocust op Turkse en Marokkaanse vrouwen, omdat zij met name ondervertegenwoordigd zijn in de Nederlandse

zorgsector. Dus dit houdt in dat wanneer er wordt gesproken over 'allochtonen' in dit onderzoek, het feitelijk gaat over Turkse en Marokkaanse vrouwen.

In onderstaande figuur is te zien hoe de participatie van allochtone en autochtone vrouwen op de algemene Nederlandse arbeidsmarkt in 2006 was. Deze figuur laat zien dat de participatie van niet-westerse allochtone vrouwen aanzienlijk achterblijft ten opzichte van westerse allochtone vrouwen en de autochtone vrouwen. Opvallend is de lage participatiegraad van Turkse en Marokkaanse vrouwen, respectievelijk 30% en 22%. De werkloosheid speelt daarin een rol, met name het grote deel dat op de arbeidsmarkt niet beschikbaar is (de 'niet-beroepsbevolking').

Uit recentere gegevens van het CBS (Statline, 2011) is de werkloosheid onder niet-westerse allochtonen in 2010 verder opgelopen. De werkloosheid onder niet-westerse allochtonen was in 2010 naar verhouding even groot als de werkloosheidstoename bij de autochtone bevolking in Nederland. In 2010 was 12,6% van de niet-westerse allochtonen werkloos, terwijl dit bij de autochtonen op 4,5% lag. Deze percentages waren een jaar eerder respectievelijk 10,9 en 3,9. Ondanks een daling van de werkloosheid in de laatste tien maanden van het vorige jaar, lag de gemiddelde werkloosheid in 2010 onder autochtonen en niet-westerse allochtonen in 2010 hoger dan in 2009.

Dit betekent dat in 2010, circa 95.000 niet-westerse allochtonen en ruim 280.000 autochtonen geen werk hadden. Tot slot is de werkloosheid onder niet-westerse allochtone vrouwen toegenomen van 10,5% in 2009 naar 13,0% in 2010. Van de vier grootste niet-westerse groepen is de werkloosheid het hoogst onder Marokkanen en het laagst onder de Surinaamse bevolking, namelijk respectievelijk 14,6 en 10,3% (CBS; Persbericht 11-05-2011).



Figuur 1. Participatie van vrouwen uit verschillende herkomstgroeperingen (in de leeftijd van 15-64 jaar) op de Nederlandse arbeidsmarkt. Bron: CBS Statline (2006).

Turkse en Marokkaanse vrouwen participeren dus allereerst opvallend weinig op de algehele arbeidsmarkt en diegenen die wel participeren, kiezen vaak niet voor de zorgsector. Om meer inzicht te verkrijgen in de oorzaken voor de opvallende ondervertegenwoordiging van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de zorgsector, is het van belang om na te gaan wat de motieven van deze vrouwen zijn om al dan niet in de zorg te werken en welke aspecten voor belemmeringen zorgen om voor deze sector te kiezen. Op basis van de gegevens afkomstig van interviews, zal in dit onderzoek worden nagegaan wat de redenen voor deze lage participatie zijn. Zodoende kunnen de belemmeringen die deze vrouwen mogelijk hebben ervaren bij hun werk in de zorgsector, worden achterhaald en eventueel worden verminderd en/of verhinderd.

In onderstaande paragraaf wordt de centrale vraagstelling en de daarbij behorende onderzoeksvragen voor dit onderzoek nader beschreven. Daarna wordt duidelijk gemaakt wat de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek is. Tot slot volgt de opbouw van deze onderzoeksrapportage.

1.2 Vraagstelling

Zoals hierboven aangegeven, is bij eerder onderzoek omtrent arbeidsparticipatie onder allochtonen in de Nederlandse zorgsector geen specifieke afbakening per etniciteit gemaakt. Er heerst een algemeen beeld van ondervertegenwoordiging van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de zorgsector. Echter, zij vallen onder hetzelfde begrip ‘allochtoon’ als andere etniciteiten. Het doel van dit onderzoek is meer inzicht te verkrijgen in de relatief lage mate van participatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de Nederlandse zorgsector. In dit onderzoek wordt daarom specifiek gekeken naar deze groep, om daarmee het algemene beeld van ondervertegenwoordiging van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de zorg te toetsen en nader te analyseren. Om dit na te gaan wordt deze groep van ‘allochtone arbeidsparticipanten’ tegenover ‘autochtone arbeidsparticipanten’ gezet. Er wordt daarnaast gekeken naar de aspecten die hun participatie in de zorgsector zouden kunnen belemmeren. Waarom kiezen zij überhaupt voor een baan in de zorg en welke factoren dragen daartoe bij? Wat zijn de motieven om al dan niet in de zorg te werken en hoe verschillen deze van elkaar? De centrale vraagstelling die hieruit voortvloeit luidt als volgt:

Welke aspecten belemmeren Turkse en Marokkaanse vrouwen, ten opzichte van autochtone vrouwen, om in de Nederlandse zorgsector te werken?

Dit onderzoek is kwalitatief en verkennend van aard. Er wordt gekeken naar de motieven van de Turkse, Marokkaanse en autochtone vrouwen om in de zorgsector te (gaan) werken. Het onderzoek kent twee fasen: een verkennende en een verdiepende fase. In de eerste fase zullen de factoren die volgens de literatuur een belemmerende rol spelen bij de keuze van het werk in de zorg worden nagegaan. Voor deze verkennende fase is de eerste deelvraag opgesteld:

1) Welke factoren spelen volgens de literatuur een belemmerende rol bij de participatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de Nederlandse zorgsector?

Door middel van literatuuronderzoek zal deze deelvraag beantwoordt worden en de uitkomst ervan wordt verwerkt in hoofdstuk twee van het theoretisch kader. Daarna zal bekeken worden in welke mate de beschreven factoren in de praktijk een rol spelen bij de keuze van het werken binnen de zorg en in hoeverre Turkse en Marokkaanse vrouwen in verpleeghuizen en de thuiszorg het werk anders ervaren dan autochtone vrouwen. Dit gedeelte is de verdiepende fase.

Gezien het doel en de vraagstelling, is dit onderzoek primair gericht op een verdieping van de kennis. Het gaat om kennis over de motieven en de ervaringen ten aanzien van de keuze voor het werk in de zorgsector en de specifieke factoren die in dit proces bepalen waarom wel of niet wordt gekozen voor deze arbeidssector. De verdiepende fase bestaat daarom ook uit het nagaan (toetsen) van de belemmerende factoren uit de literatuur aan de hand van interviews. De bedoeling van dit onderzoek is niet om representatieve uitspraken te kunnen doen over alle allochtone en autochtone vrouwen, maar om een enigszins kenmerkend beeld te schetsen van de factoren die een rol spelen bij de keuze van deze vrouwen voor het werken in de zorg. Hoofdstuk drie benadrukt de methodologische verantwoording waarom voor deze onderzoeksmethode is gekozen. Daarnaast zijn voor de verdiepende fase nog twee deelvragen opgesteld. Deze luiden als volgt:

- 2) *In welke mate spelen de genoemde factoren in de praktijk een rol bij de keuze van deze vrouwen voor het werken in de zorg?*
- 3) *In hoeverre participeren Turkse en Marokkaanse vrouwen in vergelijking met autochtone vrouwen in verpleeghuizen en de thuiszorg?*

Bij de tweede deelvraag gaat het om de genoemde factoren die in de praktijk een rol spelen en de derde deelvraag maakt een vergelijking tussen de arbeidsparticipatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen enerzijds en autochtone vrouwen anderzijds. Het antwoord op deze twee verdiepvragen zal met behulp van empirische dataverzameling uit interviews verkregen worden. De uitkomsten van dit onderzoek zijn verwerkt in hoofdstuk vier, waarin de verkregen onderzoeksresultaten worden gepresenteerd.

Tot slot zullen aan de hand van de beantwoording van de deelvragen en de centrale vraag, aanvullingen en aanbevelingen worden gegeven. Deze kunnen wellicht een positieve bijdrage leveren aan bestaande kennis over de arbeidsparticipatie van allochtonen vrouwen in de zorgsector, in het bijzonder de Turkse en Marokkaanse vrouwen. Hoofdstuk vijf zal de conclusie en aanbevelingen nader onder de loep nemen.

1.3 Relevantie

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek bestaat uit de mate waarin het onderzoek bijdraagt aan reeds bestaande kennis over het onderwerp (Thiel, 2007, p. 21) en dat het een aanleiding kan geven voor vervolgonderzoek(en). In sociale vraagstukken speelt ook de maatschappelijke relevantie vaak een belangrijke rol; er is vooral sprake van een positieve bijdrage ten aanzien van actuele maatschappelijke problemen die in de samenleving spelen (Thiel, 2007). Er zal dan ook in deze paragraaf een nadere toelichting worden gegeven op de wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie van het uitgevoerde onderzoek.

1.3.1 Wetenschappelijke relevantie

In dit onderzoek staat de 'arbeidsparticipatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de Nederlandse zorgsector' centraal. Hierbij wordt onderzocht welke aspecten Turkse en Marokkaanse vrouwen belemmeren t.o.v. autochtone vrouwen. Sociologisch gezien is dit onderzoek relevant omdat de positie van werkenden directe raakvlakken heeft met vraagstukken rond sociale ongelijkheid en sociale mobiliteit, één van de kernthema's van de sociologie (Ultee, Arts en Flap, 1992). De bijdrage van dit onderzoek is tweeledig. Ten eerste draagt dit onderzoek bij aan de *Human Capital-theorie* van Becker (1964) en de *Arbeidsparticipatietheorie* van Wielers en Van der Meer (2006). Daarnaast levert dit onderzoek ook empirische gegevens over de arbeidsparticipatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de Nederlandse zorgsector.

Binnen het kader van de *Human Capital*-theorie wordt vanuit de economie veelal onderzoek verricht naar werkenden. Deze theorie kijkt naar individuele verklaringen voor de positie van werkenden. In het geval van dit onderzoek is de theorie toegepast op de positie van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de zorgsector. Bovendien stellen Wielers en Van der Meer (2006) dat de arbeidsparticipatie van allochtone vrouwen als minder belangrijk wordt ervaren en daarom zullen zij bijvoorbeeld minder investeren in hun opleiding. Mijn onderzoek laat zien dat deze conclusie genuanceerder ligt. Hoofdstuk twee zal een verdere inhoudelijke uitleg geven over de *Human Capital*-theorie en de Arbeidsparticipatietheorie.

Het tweede deel van de wetenschappelijke relevantie ligt in systematisch verzameling en aanlevering van empirische gegevens over de participatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de zorgsector. Hieruit volgen ook aanbevelingen voor nader wetenschappelijk onderzoek. In dit onderzoek worden diverse belemmeringen bij het werken in de zorg en de factoren die deze belemmeringen veroorzaken beschreven. Dit geeft meer inzicht in de redenen voor de relatief lage arbeidsparticipatie van deze vrouwen in de zorgsector. De resultaten uit dit onderzoek voor de ondervertegenwoordiging van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de zorgsector leveren een verdere bijdrage aan de theorieën van Wielers en Van der Meer (2006).

1.3.2 Maatschappelijke relevantie

De arbeidsmarktpositie van allochtone vrouwen is zwak. Dit is af te leiden uit de hoge werkloosheidscijfers en de lage arbeidsparticipatiecijfers (Wielers & Van der Meer, 2006, p. 164). In 2002 was 14% van de in Nederland woonachtige Turkse en Marokkaanse bevolking werkloos (t.o.v. 10 % van de Surinamers en 12% van de Antilianen). Hiertegenover staat

volgens het Centraal Cultureel Planbureau (SCP, 2003) een werkloosheidscijfer van 3% ten aanzien van de autochtone bevolking.

Recentere gegevens/cijfers uit het eindrapport (CBS-Statline, 2011) over de arbeidsmarktpositie van niet westerse-allochtonen geven aan dat er weliswaar een stijgende participatie te zien is, maar dat de verschillen ten opzichte van de autochtone bevolkingsgroep toch relatief groot zijn. De arbeidsparticipatie onder allochtonen is de laatste jaren gestegen. De *arbeidsparticipatie* geeft aan welk deel van de potentiële beroepsbevolking deelneemt aan het arbeidsproces. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de *bruto* en de *netto* arbeidsparticipatie. Onder de *bruto arbeidsparticipatie* wordt verstaan het aandeel van de (werkzame én werkloze) beroepsbevolking in *de potentiële beroepsbevolking*. De *netto arbeidsparticipatie* geeft daarentegen het aandeel van de *werkzame beroepsbevolking* in *de potentiële beroepsbevolking*. Hierbij telt *de werkloze beroepsbevolking* dus niet mee (CBS-Statline, 2011).

De stijging van de netto-participatie bij allochtonen is sterker dan die bij autochtonen (respectievelijk 5,9% en 4,1% tussen 2005-2009). Het verschil tussen de arbeidsparticipatie van beide groepen is ondanks die stijging nog vrij groot. Deze netto-arbeidsparticipatie ligt bij allochtonen in 2010 bijv. op 52,8% en bij autochtonen op 69,4%. Daarnaast is ook de bruto-arbeidsparticipatie van allochtonen relatief laag (60,4% in 2010) ten opzichte van autochtonen (72,7% in 2010). Dat geeft aan dat allochtonen zich minder dan autochtonen op de arbeidsmarkt melden. Hetgeen ook zeker geldt voor allochtone vrouwen die respectievelijk 13 % is (CBS-Eindrapport, 2011).

Een andere indicator voor de arbeidsmarktpositie is het werkloosheidspercentage. Over een langere periode laat de werkloosheid onder allochtonen een gestage daling zien (van ruim 16% in 2005 naar zo'n 12% in 2010). Deze daling is sterker bij allochtonen dan bij autochtonen. Tevens blijkt dat het werkloosheidspercentage onder allochtone vrouwen wat hoger ligt dan bij allochtone mannen (respectievelijk 13% en 12% in 2010).

Eind jaren tachtig en begin jaren negentig was ongeveer een derde van de Turkse en Marokkaanse beroepsbevolking werkloos. Halverwege de jaren negentig nam de werkloosheid onder de minderheden snel af, al lijkt het sinds 2002 weer sneller te stijgen dan die van de autochtone bevolking. De arbeidsparticipatie van allochtonen is lager dan die van autochtonen. Turkse en Marokkaanse vrouwen participeren veel minder dan autochtone vrouwen (zie figuur 1).

De arbeidsparticipatie van Surinaamse en Antilliaanse vrouwen ligt op een gelijk niveau of hoger dan die van de autochtone vrouwen (Wielers en Van der Meer, 2006); dit ten opzichte van de Turkse en Marokkaanse vrouwen, waarbij de arbeidsparticipatie lager ligt

dan die van de autochtone vrouwen. In veel gevallen hangt de arbeidsmarktpositie van allochtonen samen met het opleidingsniveau: wanneer het opleidingsniveau van de minderheden hoger is, worden de verschillen in de arbeidsmarktpositie met de autochtonen kleiner. Onder Turken en Marokkanen is het opleidingsniveau veelal laag (Wielers & Van der Meer, 2006). De laatste jaren is het opleidingsniveau van het totale aantal minderheden echter snel toegenomen. Dit draagt in belangrijke mate bij aan de vermindering van hun achterstand op de arbeidsmarkt. Onderstaande tabel laat de arbeidsparticipatie van allochtone vrouwen zien in 2006.

	15-25	25-39	40-64
Autochtonen	40%	75%	51%
Turkije	26%	41%	18%
Marokko	29%	40%	17%
Suriname	31%	75%	53%
Ned. Antillen en Aruba	23%	53%	52%

Tabel 1. Arbeidsparticipatie van allochtone vrouwen. Bron: Keuzekam en Merens (2006)

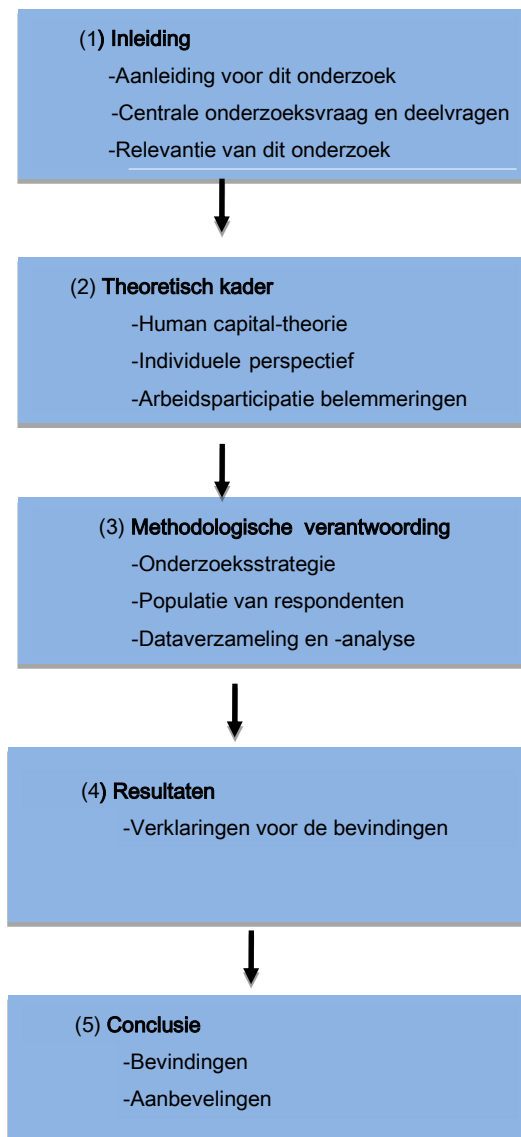
De arbeidsparticipatie is in de groep van 25-39-jarigen het hoogst, zowel bij autochtone vrouwen (75%) als bij allochtone vrouwen (40%-75%). Tussen Turkse en Marokkaanse vrouwen en autochtone vrouwen is het verschil in arbeidsparticipatie het kleinst in de leeftijdscategorie van 15-24 jaar. Het is echter nog onduidelijk welk deel van de niet-werkenden onder deze vrouwen nog studeert en welk deel zich geheel heeft teruggetrokken van de arbeidsmarkt. Opvallend is toch nog de sterk achterblijvende arbeidsparticipatie onder Turkse en Marokkaanse vrouwen tussen 25-39 jaar. In de volgende hoofdstukken zal duidelijk worden gemaakt waarom deze vrouwen ondervertegenwoordigd zijn, waarom de participatiegraad van deze vrouwen relatief laag is en welke factoren en belemmeringen hierbij een rol spelen.

De verbetering van de arbeidsmarktpositie van minderheden komt niet alleen door het Nederlandse onderwijssysteem, maar vindt ook haar oorsprong in culturele factoren. Deze factoren spelen vooral een rol in de arbeidsparticipatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen. Zolang de arbeidsparticipatie voor deze vrouwen minder belangrijk is, zullen zij ook minder investeren in hun opleiding (Wielers & Van der Meer, 2006). Turkse en Marokkaanse vrouwen hebben ook in de zorgsector een relatief lage participatiegraad en zijn daardoor ondervertegenwoordigd. Uit literatuuronderzoek blijkt dat zij niet gemakkelijk kiezen voor werk in de zorgsector. Behalve het feit dat zij de opleiding en de taal minder

aantrekkelijk vinden, zijn er ook andere factoren en belemmeringen die hen buiten de zorg houden. Dit onderzoek kan een bijdrage leveren aan het stimuleren van de arbeidsparticipatie van deze vrouwen in de zorgsector door specifieke aanbevelingen te doen aan Turkse en Marokkaanse vrouwen en zorginstellingen. Door deze aanbevelingen zou werken in de zorgsector aantrekkelijker gemaakt kunnen worden voor deze groep.

1.4 Opbouw van de scriptie

Deze scriptie is opgebouwd uit zes hoofdstukken. In dit eerste hoofdstuk zijn de aanleiding, vraagstelling en relevantie van het onderzoek weergegeven. In hoofdstuk twee wordt het theoretische kader beschreven. Hierin worden de theorieën die als leidraad hebben gefungeerd voor dit onderzoek nader toegelicht. Vervolgens zal hoofdstuk drie van de methodologische verantwoording een toelichting geven op de onderzoeksopzet: in dit hoofdstuk zal beschreven worden welke methoden en technieken zijn gebruikt en hoe centrale begrippen zijn verwerkt in dit onderzoek. De empirische component in hoofdstuk vier van dit onderzoek bevat de resultaten van de interviews. In deze analyse worden de empirische gegevens geanalyseerd en volgen er in het voorlaatste hoofdstuk conclusies die nader onderzocht zouden kunnen worden. Het onderzoeksverslag zal afgesloten worden met enkele aanbevelingen aan zorginstellingen. De eerdergenoemde onderzoeksvragen zullen de rode draad vormen van dit onderzoek.



Figuur 2. Indeling en samenhang tussen de hoofdstukken in deze scriptie.

Figuur 2 geeft een overzicht van de hoofdstukken en de centrale elementen binnen de hoofdstukken. In het volgend hoofdstuk wordt het theoretisch kader van dit onderzoek beschreven.

2 Theoretisch kader

Er zijn verschillende theorieën over de arbeidsparticipatie van allochtone vrouwen. In dit hoofdstuk wordt aangegeven welke theoretische invalshoek het onderzoek inhoudt en op welke specifieke theoretische opvattingen deze is gebaseerd. Het theoretisch kader gaat uit van diverse verklaringen voor de lage participatie van allochtone vrouwen en de belemmerende factoren die de literatuur hierover weergeeft. Om deze theoretische opvattingen nader te omschrijven, wordt allereerst gebruikgemaakt van de *Human Capital*-theorie van Becker (1964) en de arbeidsparticipatietheorie van Wielers en Van der Meer (2006). Vervolgens worden verklaringen belicht van Veenman (1995, 1996) en zijn maatschappelijke kansenstructuur, waarna aan de hand van eerder onderzoek de belemmerende factoren ten aanzien van arbeidsparticipatie van allochtone vrouwen worden geselecteerd. Uit deze theorieën komen enkele verklaringen naar voren, die de rode draad van dit onderzoek vormen. Tot slot wordt aan de hand van de geraadpleegde literatuur aan het eind van dit hoofdstuk een reflectie gegeven op de gevonden verklaringen voor de lagere arbeidsparticipatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen en de belemmerende factoren hierbij.

2.1 *Human Capital*-theorie

Voor het vaststellen van belemmerende factoren ten aanzien van de keuze van het werken in de Nederlandse zorgsector, kan een indeling gemaakt worden op basis van het individualistische en het institutionele perspectief (Dagevos, 1998; Groeneveld, 2002). In het institutionele perspectief is het handelen van individuen ingebed in instituties. Institutionele regelingen ontstaan uit besluiten en acties van werknemersorganisaties en het personeelsbeleid van instellingen (Groeneveld, 2002). Het individualistische perspectief geeft een verklaring ten aanzien van de positie van werkenden, vooral vanuit individuele kenmerken. Bij dit perspectief ligt de nadruk op de vaardigheden en prestaties van individuen. Het institutionele perspectief erkent echter deze aandacht voor individuele kenmerken, maar verklaart de positie van werkenden op basis van structurele kenmerken (Dagevos, 1998a). Omdat het in dit onderzoek met name gaat om de beleving en ervaring van de respondenten die in de zorg werkzaam zijn, is vooral het individualistische perspectief van belang. De verklaring voor ongunstige posities van werkenden binnen de zorgsector moet gezocht worden in factoren die de arbeidsparticipatie belemmeren: (laag) opleidingsniveau en (weinig of geen) werkervaring zijn bijvoorbeeld kenmerken van individuele werkenden die een verklaring kunnen bieden voor de positie

binnen een instelling (Groeneveld, 2002). De *Human Capital*-theorie maakt gebruik van dit individualistische aspect: de hierboven genoemde verklaringen van de positie van werkenden wordt vooral gezocht in factoren op individueel niveau. Dit perspectief is speciaal gericht op: (a) het relatieve belang van factoren die verklarend zijn voor de positie van werkenden en (b) de vraag in hoeverre de individuele kenmerken leden van verschillende etnische groeperingen in dezelfde positie, qua beroeps- en inkomensstructuur, zijn.

De *Human Capital*-theorie is een economische theorie die individuele investeringen in het 'menselijk kapitaal' (het totaal aan competenties, kennis en persoonlijke kenmerken die bijdragen aan de uitvoering van werk ten behoeve van de economie) beschrijft. Deze dragen bij aan een meerwaarde op de arbeidsmarkt (Groeneveld, 2002; Dagevos 1998). Menselijk kapitaal wordt verworven en vergroot door scholing, arbeidservaring, *training-on-the-job* en cursussen (Dagevos, 1998, p. 56) Het verwerven van menselijk kapitaal vindt plaats gedurende het gehele leven van een individu, maar wordt in de periode van scholing en het arbeidsleven relevant voor het arbeidsaanbod (Groeneveld, 2002, p. 18).

Zodra er geïnvesteerd wordt in het menselijk kapitaal, zorgt dit voor een stijging van de productiviteit. Volgens aanhangers van deze theorie bestaan er verschillen in inkomens doordat de productieve vaardigheden van werknemers verschillen. Deze theorie benadrukt dus prestatiecriteria: een ongelijke investering zorgt voor verschil in talent met als gevolg dat beloningen per persoon sterk verschillend kunnen zijn (Bisschop, 2008).

Het proces van scholing wordt niet gezien als consumptiegoed, maar als investering (Groeneveld, 2002, p. 17). Volgens Bisschop (2008) maken mensen die meer investeren in hun kapitaal ook eerder kans op verticale doorgroei (het maken van carrière). Daarnaast concludeert Bisschop (2008, p. 66) dat allochtonen over minder menselijk kapitaal beschikken dan autochtonen. Dit omdat allochtonen hier over het algemeen minder in investeren (Groeneveld, 2002; Dagevos, 1998b) Het hieruit voortvloeiende lagere opleidingsniveau kan invloed hebben op de lage participatie van allochtonen op de arbeidsmarkt. Op deze manier ontstaat een samenhang tussen de *Human Capital*-theorie, de lage arbeidsparticipatie van allochtonen en specifiek die van allochtone (met name Turkse en Marokkaanse) vrouwen. Verder hebben allochtonen veelal minder werkervaring, wat tevens belemmerend kan werken bij de doorgroei naar een andere functie. De exacte relatie tussen het opleidingsniveau en de doorgroeimogelijkheden op het werk kan echter niet worden vastgesteld, omdat allochtone medewerkers voor een groot gedeelte niet op het functieniveau werken dat past bij hun opleidingsniveau (Dagevos, 1998b). Er moet rekening worden gehouden dat het onderzoek van Bisschops geen onderscheid maakt naar segmenten (zoals Turken en Marokkanen) binnen de grote groep van allochtonen. Echter,

de resultaten zijn wel goede aanknopingspunten voor de Turkse en Marokkaanse vrouwelijke arbeidsparticipanten.

2.2 Maatschappelijke kansenstructuur

In 1997 heeft Veenman een aantal verklaringen uiteengezet over de verhouding tussen de Nederlandse arbeidsmarkt en de inkomenspositie van hoger opgeleide allochtonen. Deze verklaringen zijn niet gespecificeerd naar opleidingsniveau, maar kunnen wel als relevante, nader uit te bouwen basis fungeren als mogelijke verklaring van de huidige arbeidsmarktpositie van allochtonen. Veenman (1997, 2002) presenteert zijn verklaringen vanuit conjuncturele en structurele ontwikkelingen die samengevoegd en benoemd worden als de 'maatschappelijke kansenstructuur'. Hij gaat vooral in op kenmerken van allochtonen die worden samengevoegd onder de noemer individuele en collectieve hulpbronnen. Daarnaast beschrijft hij vier kapitaaltvormen waarin onderlinge samenwerking en beïnvloeding kunnen plaatsvinden. Deze kapitaaltvormen hebben direct of indirect invloed op het krijgen en/of behouden van een baan. Dit beïnvloedt gezamenlijk, al dan niet structureel, de kans op werk en daarbinnen ook de kans op een bepaald functieniveau en een daarmee samenhangend arbeidsinkomen. In dit onderzoek gaat het strikt om de kans op werk in de allochtone arbeidsmarkt in de Nederlandse zorgsector.

In 1996 heeft Veenman een onderzoek uitgevoerd naar de arbeidsmarktpositie van de tweede generatie allochtone jongeren. Volgens Veenman heeft het opleidingsniveau wel enige invloed op de hogere werkloosheid onder hen, maar is daarmee zeker niet alles verklaard. In het artikel *Beleid en Maatschappij* (Veenman, 1996, p. 2) concludeert de onderzoeker dat de baanvind- en promotiekansen van allochtonen negatief beïnvloed worden door discriminatie, alhoewel deze invloed gestaag afneemt. Naast het onderzoek onder hoger opgeleide allochtonen heeft Veenman (1995) ook onderzoek verricht naar discriminatie op de arbeidsmarkt van lager opgeleide allochtonen. Hij ziet de arbeidsmarkt als een selectiemechanisme dat zorgdraagt voor de allocatie van arbeidskrachten over de beschikbare plaatsen. Volgens Veenman worden arbeidskrachten onderling verschillend gewaardeerd en beloond. Wanneer er een te groot aanbod van werknemers is, vallen sommigen buiten de boot, met als gevolg dat zij geen gebruik kunnen maken van de materiële en immateriële voordelen die betaalde arbeid biedt. Daarom noemt Veenman de arbeidsmarkt dan ook een maatschappelijk verdelingsmechanisme.

De selectie op de arbeidsmarkt is in theorie gebaseerd op de productiviteitsverschillen tussen arbeidskrachten. Het opleidingsniveau en tegenwoordig ook de mate van opleidbaarheid (Veenman, 2002) zijn belangrijke selectiecriteria. Om bepaalde

functies te kunnen uitoefenen is het van belang om te beschikken over de nodige competenties. Allochtonen in Nederland zijn over het algemeen lager opgeleid dan autochtonen. Vooropleidingen en werkervaring zijn objectieve maatstaven voor de selecteur die doorgaans probleemloos opvraagbaar en controleerbaar zijn, door bijvoorbeeld onderzoek naar de echtheid van diploma's en het benaderen van opgegeven referenties.

Tijdens een selectiegesprek zijn subjectieve criteria minder makkelijk meetbaar, hetgeen betekent dat de personeelsselecteurs vaak met een bepaalde onzekerheid beslissingen moeten nemen. Soms refereren ze aan eerdere ervaringen en daaraan gerelateerde normbeelden, oftewel opvattingen over de mate waarin werknemers worden verwacht te voldoen aan de gestelde eisen.

2.3 Factoren uit de literatuur die voor belemmeringen zorgen

Deze paragraaf gaat dieper in op de vraag: *welke factoren spelen volgens de literatuur een belemmerende rol bij de participatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de zorg?* Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van onderzoeksliteratuur en de *Human Capital*-theorie. Hierin worden diverse factoren benoemd die aanleiding kunnen zijn voor de lage participatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen. Wielers en Van der Meer (2006) benoemen culturele factoren als oorzaak van de lage arbeidsparticipatie van deze vrouwen. Een voorbeeld van zo'n culturele factor is de perceptie van de werkomgeving. Uit het promotieonderzoek van Schaafsma (2006) blijkt dat autochtone en allochtone werknemers neutraal tot positief tegenover een cultureel-diverse werkomgeving staan wanneer er in hun organisatie voldoende aandacht is voor hun individuele kwaliteiten en wensen. "Culturele verschillen hoeven niet problematisch te zijn, zolang de gemeenschappelijke doelen, taken, rechten en plichten helder zijn geformuleerd en de uitvoering of de verdeling van het werk er niet te veel door wordt beïnvloed" (Schaafsma, 2006).

Andere onderzoeken op dit terrein geven een opsomming van andere specifieke belemmeringen in de Nederlandse zorgsector. Volgens onderzoek van Allaart, van Essen, & Peters (2000) benoemen de specifieke kennis en vaardigheden die gevraagd worden als een belemmering om voor de zorgsector te kiezen. Volgens Allaart et al. (2000) is het een belemmering, omdat er voor de meeste banen in het primaire proces een specifieke vooropleiding wordt gevraagd. In de zorgsector is veel vraag naar mensen met een zorgopleiding op niveau 3 tot en met 5. Bij deze opleiding zijn allochtonen duidelijk ondervertegenwoordigd.

Onderzoek van Lagendijk (2000) onder Nederlandse en allochtone vrouwen, benoemd tevens enkele belemmerende factoren, zoals de zwaarte van het werk, de lage

lonen en het niet tegen ziektes van de patiënten kunnen. Verder worden religie, geen of weinig carrièreperspectieven binnen de zorg (als oorzaak en gevolg), de lage status van het arbeid in de zorg en het feit dat de zorg voor anderen soms als mantelzorg wordt gezien en niet als professioneel beroep (Allaart et al. 2000). Er bestaan daarin veel verschillen tussen autochtonen en allochtonen. Zo kiezen allochtonen minder voor afwisseling en drukte en gaan ze het liefst voor licht en schoon werk in een kalm tempo. Zij ervaren meer problemen door gezinstaken, tradities of een beperkte vooropleiding. Tot slot hebben zij vaak taalproblemen en gebrek aan kennis over de Nederlandse zorgsector.

De Graaf en Devillé (2003) noemen als randvoorwaarde voor een goede arbeidsparticipatie het hebben van de nodige kennis over de mogelijkheden om in de zorgsector te werken. Zij stellen dat allochtone vrouwen minder goed op de hoogte gebracht worden van deze mogelijkheden dan autochtone vrouwen. Verder wordt het ontbreken van beschikbare informatiebronnen genoemd bij de keuze voor een vervolgopleiding. Turkse en Marokkaanse jongeren kennen minder mensen die in de zorg werken en zijn bij het kiezen van een opleiding meer aangewezen op folders, brochures, open dagen etc. Volgens Bots (1992) is de keuze voor het specifieke soort voorlichtingsmateriaal daarom bij allochtonen dan ook van duidelijk belang. Uit het eerder genoemde RWI-advies uit 2008 ('Voor de keuze') blijkt overigens dat dit voor alle groepen geldt .

Omdat etnische groeperingen over het algemeen worden geassocieerd met lage opleidingen en een minder goede beheersing van de Nederlandse taal, komen ze doorgaans achter in de rij bij het toebedelen van banen. Verslechtering van de arbeidsmarktpositie van minderheden is onder andere te wijten aan culturele factoren. Volgens Wielers en Van der Meer (2006) wordt de arbeidsmarktpositie van allochtone vrouwen vaak als minder belangrijk gezien en daarom zullen zij bijvoorbeeld minder investeren in een opleiding.

Het onderzoek van de RWI (2008) maakt een onderscheid in algemene en specifieke culturele factoren. Als algemene factor wordt affiniteit met het beoogde werk als één van de belangrijkste motieven voor het kiezen van dat werk gezien. Daarnaast benoemt de RWI specifieke culturele factoren zoals religie, ontbreken van rolmodellen, lichamelijke intimiteit en veiligheid als belemmerende factoren.

De werkzaamheden in de zorgsector worden in de ogen van veel mensen (allochtoon en autochtoon) gereduceerd tot het verlenen van fysieke basiszorg en schoonmaakwerkzaamheden. De zorg wordt vooral geassocieerd met handwerk in plaats van hoofdwerk en daardoor beschouwd als minder intelligent werk. Hierdoor is het werken in de zorg voor veel mensen minder aantrekkelijk. Het imago van de zorg (slechte zorg voor ouderen, lange wachtlijsten en werkdruk) maakt het allesbehalve aantrekkelijk om in de

zorgsector te (gaan) werken. De genoemde factoren uit de literatuur die voor belemmeringen zorgen, worden hieronder in een theoretisch model weergegeven.

2.4 Theoretisch model

In deze paragraaf worden de variabelen die eerder in het hoofdstuk zijn gepresenteerd verwerkt in een theoretisch model, waarin een vergelijking wordt gemaakt tussen individuele en culturele factoren. Onderstaand is het theoretisch model weergegeven (figuur 3). Dit model is gebaseerd op zowel de culturele als individuele factoren die invloed hebben op het willen werken in de zorgsector. Deze factoren zijn deels gericht op de *Human Capital*-theorie die met name het individualistische perspectief omschrijft. De theorie van Wielers en Van der Meer (2006) over de arbeidsparticipatie van allochtone vrouwen benoemt de culturele-en de onderwijsfactoren als belemmerende elementen voor de participatie van deze vrouwen.



Figuur 3: Theoretisch model van individuele en culturele factoren die invloed hebben op de belemmeringen voor het werken in de zorgsector.

Het theoretisch model weergegeven in figuur 3 omvat twee onderdelen: individuele en culturele kenmerken aan de linkerkant en de belemmeringen voor het werken in de zorgsector aan de rechterkant. De theorieën die aan dit model ten grondslag liggen komen voort uit twee pijlers die in het theoretisch kader centraal staan. De eerste pijler heeft betrekking op de kenmerken van de betrokken vrouwen, zowel vanuit individueel als cultureel perspectief. In de tweede pijler gaat het om de inzichtelijkheid van de mogelijke belemmeringen die

allochtone vrouwen ervaren bij het kiezen van werk in de zorgsector. Deze aspecten worden nader omschreven in hoofdstuk vier.

2.5 *Individuele factoren*

In dit onderzoek staan de individuele factoren ten aanzien van toetreding tot de arbeidsmarkt (opleiding en werkervaring) centraal. Deze factoren komen voort uit de *Human Capital*-theorie en het individualistisch perspectief. Met deze theorieën wordt getracht om inzicht te krijgen in de individuele opleidingsniveaus en de culturele factoren die bepalen welke posities voor medewerkers binnen een instelling haalbaar zijn. De individuele factoren worden beïnvloed door de culturele factoren. De invloed van de individuele factoren bepalen op welk niveau de individuen starten binnen een organisatie, wat dan weer de doorgroeimogelijkheden binnen een organisatie beïnvloedt. Door de culturele factoren (religie, traditie, rolmodellen, lichamelijke intimiteit en arbeidsvoorwaarden) investeren Turkse en Marokkaanse vrouwen mogelijk minder in hun menselijk kapitaal.

Het verband tussen de individuele en culturele factoren wordt hieronder beschreven.

Door het accent niet alleen te leggen op het Nederlandse onderwijssysteem, maar op een combinatie van onderwijs- en culturele factoren, zou deze combinatie kunnen bijdragen aan de verbetering van de positie van deze vrouwen op de arbeidsmarkt. Door de culturele factoren (al eerder benoemd) investeren deze groepen niet of nauwelijks actief hierin. De culturele factoren hebben invloed op de individuele factoren die mede bepalend zijn bij de keuze voor het werken in de zorgsector. Wanneer Turkse en Marokkaanse vrouwen vanwege hun religie niet kunnen /mogen studeren of wanneer zij voor de gezinstaken thuis moeten blijven en daardoor niet kunnen werken, kan dit negatieve gevolgen hebben voor hun opleidingsniveau en mate van arbeidsparticipatie.

2.6 *Culturele factoren*

De culturele factoren die in dit onderzoek van belang zijn komen met name voort uit de theorie van Wieler en Van der Meer (2006). De gedachte achter deze theorie is dat de culturele factoren kunnen bepalen welke positie een individu op de arbeidsmarkt inneemt. Deze factoren hebben invloed op de individuele factoren. Dat wil zeggen dat de invloed van de culturele factoren bepalend kunnen zijn voor de positie van het individu ten aanzien van de keuze voor het werk.

In het theoretisch kader wordt een relatie onderkend tussen culturele en individuele factoren. De oorzaak van de lagere arbeidsparticipatie wordt verklaard door een combinatie

van de culturele en individuele factoren. Volgens het onderzoek van Wielers en Van der Meer (2006) vormen deze factoren een belemmering om in de zorg te kunnen werken.

Bij de culturele factoren spelen vanuit de religie enkele aspecten een belangrijke rol bij de keuze voor het wel of niet werken in de zorg. Turken en Marokkanen zien het werk in de zorg als werk met een lage status. Hierdoor hebben zij veelal een negatief beeld over het werk in de zorgsector. Verder worden factoren als het ontbreken van rolmodellen en de noodzaak van lichamelijke intimiteit eveneens als belemmeringen ervaren.

De culturele factoren die de RWI (2008) benoemd, worden als extra belemmering gezien om in de zorgsector te werken. Turkse en Marokkaanse vrouwen hebben van de Nederlandse gezondheidszorg vaak een onvolledig beeld. Dit beeld is vaak gebaseerd op de manier waarop de zorg in hun land van herkomst is georganiseerd. Er zit een wezenlijk verschil tussen de taak van de familie bij de zorg in herkomstlanden en de visie op zorg voor ouderen ten opzichte van de Nederlandse praktijk (RWI, 2008). Hierdoor wordt een afstand geschapen die moeilijk te overbruggen is, doordat men vaak niemand kent die in de zorg werkt. Rolmodellen ontbreken vooralsnog in de verplegende en verzorgende beroepen. Ook het veel voorkomende lichamelijke contact speelt een sterke belemmerende rol bij veel allochtone vrouwen om in de zorg te werken, in elk geval substantieel meer dan bij autochtone vrouwen. Het wassen van mannen vormt in het werk bijvoorbeeld een struikelblok (RWI, 2008). Deze ervaring komen zij ook tijdens de opleiding tegen. Dit zou in het algemeen als meest belemmerende factor voor Turkse en Marokkaanse vrouwen kunnen worden gezien. Voor een groot deel vinden deze problemen hun oorsprong meer in culturele factoren.

Ten slotte zouden ook aspecten over arbeidsvoorwaarden, onder meer met betrekking tot onregelmatige diensten en onduidelijke kledingvoorschriften, een doorslaggevende rol kunnen spelen bij de overweging om al dan niet in de zorg te (gaan) werken.

2.7 Uitkomst: perceptie op de belemmeringen in de praktijk

In de praktijk is nagegaan in welke mate de hierboven genoemde culturele en individuele factoren invloed hebben op het werkzaam (willen) zijn van allochtone vrouwen (met name Turkse en Marokkaanse vrouwen) in de zorgsector. Welke belemmeringen worden naar voren gebracht door de respondenten van dit onderzoek? Factoren die werden genoemd waren onder andere: zwaar werk, hoge werkdruk, laag salaris, reistijd en het dragen van verantwoordelijkheid. Deze elementen worden beïnvloed door de culturele en individuele factoren. Culturele factoren zijn al eerder in dit hoofdstuk toegelicht. De individuele factoren

vloeien voort uit het individualistisch perspectief. Opleiding, ervaring, etniciteit en geslacht zorgen ervoor dat kennis en vaardigheden van individuen wel of niet optimaal worden benut.

De variabelen en indicatoren die in het theoretisch model zijn beschreven, worden in hoofdstuk vier aan de hand van interviewvragen nader belicht. De bedoeling is dat de centrale begrippen die in het theoretisch kader zijn besproken meetbaar worden gemaakt. Om de variabelen meetbaar te maken, wordt allereerst in hoofdstuk drie toegelicht welke onderzoeksmethoden, -technieken en -groepen alsmede welke databronnen zijn ingezet.

2.8 Samenvatting

Migranten van de tweede en latere generatie zijn vaak hoger opgeleid dan hun ouders. Er is dan sprake van intergenerationele sociale mobiliteit. De *Human Capital*-theorie heeft betrekking op scholing, ervaring en verdiensten van het individu. Investing in het menselijk kapitaal is bedoeld om daaruit toekomstig rendement te genereren. Het model van Veenman (1997, 2002) beschrijft de maatschappelijke kansenstructuur (conjuncturele en structurele ontwikkelingen), de individuele en collectieve hulpbronnen (sociaal, economisch, cultureel en informatiekapitaal) en uitsluiting van mechanismen (de zijde van personeelsselecteurs en -bemiddelaars). Dit alles kan van invloed zijn op de werkloosheid onder (ook hoger opgeleide) allochtonen. Getracht is om aan de hand van de verschillende theorieën een samenhangend beeld van allochtonen werkzaam in de zorgsector neer te zetten. Aan de hand van de genoemde theorieën en eerdere onderzoeken zullen de verkregen empirische gegevens worden vergeleken en geanalyseerd.

De *Human Capital*-theorie legt het accent op de individuele investering in het menselijk kapitaal. Allochtone vrouwen investeren niet of nauwelijks in hun menselijk kapitaal zolang zij het nut er niet (voldoende) van inzien. Dit heeft tot gevolg dat zij vaak een lager opleidingsniveau hebben en niet voldoende productief zijn voor de arbeidsmarkt. Volgens de *Human Capital*-theorie zijn individuele kenmerken van werknemers van belang voor de keuze van een beroepsgroep. Een laag opleidingsniveau zou één van de verklaringen zijn voor de ondervertegenwoordiging van allochtone vrouwen in de zorgsector.

Factoren die belemmerend kunnen werken zijn gebrek aan opleidingsniveau, kennis en vaardigheden, religie, zwaarte van het werk, lagere lonen en status, weinig carrièreperspectieven en culturele factoren. Wielers en van der Meer (2006, p. 165) zoeken de lage arbeidsparticipatie van allochtone vrouwen niet alleen in de onderwijsfactoren, maar ook in de culturele factoren. Zij verklaren dat het een combinatie van deze twee is. De *Human Capital*-theorie is een paraplu-theorie, waaronder de eerder genoemde factoren kunnen worden ondergebracht.

3 Methodologische verantwoording

In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij de onderzoeksopzet en de operationalisering en uitvoering van het empirisch onderzoek. Allereerst wordt toegelicht waarom is gekozen voor een kwalitatief onderzoek. In de tweede paragraaf wordt aandacht besteed aan het onderzoeksdesign. Hierin worden de onderzoekspopulatie en de selectie van respondenten beschreven. De derde paragraaf geeft een toelichting over de inzet van de databronnen en de triangulatie van deze methoden. Vervolgens volgt in de vierde paragraaf de operationalisering van de centrale begrippen. Tot slot volgt een uitleg van de analyse, waarin wordt verhelderd hoe de gebruikte dataverzameling is verwerkt.

3.1 Onderzoeksdesign

De centrale vraag en het doel van het onderzoek hebben een verkennend, of ook wel evaluatief karakter. Dit betekent dat het onderzoek tracht na te gaan in welke mate de belemmerende factoren uit de literatuur tevens een belemmering vormen in de praktijk bij Turkse en Marokkaanse vrouwen die werkzaam (willen) zijn in de Nederlandse zorgsector. In het onderzoeksdesign wordt de onderzoeksstrategie besproken. Deze vormt een overkoepelende opzet ten aanzien van het afstudeeronderzoek. Daarnaast wordt uitgelegd welke onderzoekspopulatie in dit onderzoek van belang is en centraal staat. Vervolgens wordt toegelicht op welke wijze de onderzoekseenheden zijn geselecteerd en waarom er voor deze selectie is gekozen.

3.1.1 Onderzoekstechnieken

Het interview werd in dit onderzoek als belangrijkste onderzoekstechniek gezien, omdat het de mogelijkheid bood om veel informatie te verzamelen over de participatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen in vergelijking met autochtone vrouwen in de zorg. In semigestructureerde interviews zijn er een aantal onderwerpen vooraf opgesteld (Van Thiel, 2007, p. 107). Er zijn open vragen opgesteld. Deze open vragen waren gefocust op het achterhalen van de relevante belemmerende factoren, de ervaringen en belevenissen van het werkzaam zijn en de toekomstperspectieven die het werk biedt.

Voor het beantwoorden van de deelvragen is getrianguleerd door de inzet van interviews, bestaande documenten en verkennende interviews. De individuele interviews zijn opgenomen met een geluidsrecorder om, tot zover dat kan, de interviewgegevens te waarborgen en een objectieve (en waarheidsgetrouwe) analyse te geven. In dit onderzoek is voorafgaand aan de reeks interviews ook een proefinterview afgenomen om vast te leggen of

de interviewvragen begrijpelijk waren en pasten bij de behandelde items. Informatie is dus op meerdere manieren verkregen, om zodoende de interviewgegevens op de juiste wijze te kunnen interpreteren. Hoewel het bij de onderzoeksmethoden met betrekking tot interviews vaak lastig is om de externe validiteit te waarborgen, is hier toch getracht rekening mee te houden door middel van een onderzoekspopulatie van 49 respondenten. Een grotere onderzoekspopulatie zou tot een betere afspiegeling kunnen leiden van de onderzochte groep, waardoor de onderzoekgegevens beter vergeleken en gewaarborgd worden. Tot slot is consistentie een belangrijk onderdeel van de betrouwbaarheid van het onderzoek. In dit onderzoek wordt consistentie behaald door het onderzoek bij meerdere informanten uit te voeren, namelijk bij 49 respondenten. De resultaten zijn door herhaling van de onderzoeksmethode bij de onderzoekspopulatie consistentier en betrouwbaarder geworden. De betrouwbaarheid is gewaarborgd door de vragen voor de interviews af te leiden uit de centrale begrippen die zijn vastgesteld aan de hand van bestaande theorieën. De centrale begrippen uit het theoretisch model zijn als leidraad genomen om de items vast te stellen voor de interviews.

3.1.2 Kwalitatief onderzoek

Volgens Marshall en Rossman (2006, p. 2) is kwalitatief onderzoek pragmatisch en interpreteerbaar en is het gebaseerd op ervaringen van mensen. Rossman en Rallis (in: Marshall en Rossman, 2006, p. 2) benoemen vijf karakteristieken voor het doen van degelijk kwalitatief onderzoek: “*qualitative research* (kwalitatief onderzoek) is (a) *naturalistic* (natuurgetrouw) (oftewel: realistisch, (b) *draws on multiple methods that respect the humanity of participants in de study* (respecteert meerdere menselijke factoren van de deelnemers aan de studie), (c) *focuses on context* (richt zich op inhoudelijke verbanden), (d) *is emergent and evolving* (bestaat uit opkomend en zich ontwikkelend onderzoek), and (e) *is fundamentally interpretive* (is basaal/fundamenteel interpreteerbaar)”. Bij kwalitatief onderzoek ligt de nadruk dus op de achterliggende motivaties, ervaringen, belevingen, meningen, wensen en behoeften van de onderzoekseenheden. Omdat het in dit onderzoek gaat om de perceptie van allochtone en autochtone zorgverleners over hun participatie in de zorgsector en de factoren die daarbij een rol spelen, is gekozen voor kwalitatief onderzoek. Dit onderzoek vergt immers een verdiepende aanpak in de achterliggende percepties van de zorgverleners.

3.2 Dataverzameling

Bij het beantwoorden van de eerste deelvraag is gebruikgemaakt van bestaand materiaal. In de verkennende fase is deze methode vooral ingezet om meer inzicht te krijgen in de belemmerende factoren, beschreven in de literatuur, die de arbeidsparticipatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen belemmeren ten opzichte van de autochtone vrouwen (deelvraag 1). Het literatuuronderzoek was bedoeld om in kaart te brengen wat de belemmerende motieven van de informanten zouden kunnen zijn om in de zorg te werken. Hieruit moest blijken welke motieven er bestaan voor de relatief lage arbeidsparticipatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de zorgsector en welke factoren van mogelijk belang zijn voor een verbetering van de arbeidsparticipatie van deze vrouwen.

Er is documentatie met betrekking tot de arbeidsparticipatie van allochtone vrouwen geraadpleegd. Door middel van een topic-semigestructureerde vragenlijst die aan de hand van deelvraag 1 is samengesteld, is het bestaande materiaal geanalyseerd. Dit bestaande materiaal is gebruikt om meer inzicht te verkrijgen in de aanleidingen voor dit onderzoek. Hiervoor zijn eerdere onderzoeken geanalyseerd op basis van kernwoorden, zoals 'belemmering', 'participatie' en 'allochtonen'. Daarnaast is er informatie verkregen uit de documenten, aangevuld met de verkennende interviews. Deze interviews zijn afgenomen omdat er mogelijk niet genoeg documenten waren die voldoende antwoord op de deelvraag konden geven.

3.2.1 Onderzoekspopulatie

Op basis van een steekproefkader wordt inzichtelijk gemaakt welke onderzoekseenheden in het onderzoek zijn getoetst (Van Thiel, 2007). De onderzoeksdoelgroep bestond uit Turkse, Marokkaanse en autochtone zorgverleners, die afkomstig waren van drie Nederlandse zorginstellingen, namelijk: Laurens Zorginstelling, het Maatschappelijke Ondersteunings Bureau en Humanitas. Alle drie de instellingen zijn in Rotterdam en omgeving gevestigd. Daarnaast zijn de respondenten gekozen op basis van kenmerken als etniciteit, geslacht, betrokkenheid in de zorgsector en het opleidingsniveau. Deze indicatoren zijn medebepalend geweest om een selectie te maken. De semigestructureerde vragenlijst die samengesteld is om de interviews bij de respondenten af te nemen is te vinden in bijlage 1. De respondenten werden in hun eigen werkomgeving geïnterviewd. Er zijn uiteindelijk 49 respondenten geïnterviewd, waarvan twee leidinggevenden waren. Alle deelnemers zijn benaderd om deel te nemen aan het onderzoek, waarop deelnemers rechtstreeks hebben aangegeven mee te willen doen.

3.2.2 Selectie van zorginstellingen

De zorginstellingen zijn gekozen op grond van hun bekendheid en grootte binnen Rotterdam en omgeving. Daarnaast zijn deze instellingen echter ook gekozen om andere praktische redenen, zoals de verschillende locaties en hun bereikbaarheid binnen Rotterdam. Bovendien is er gekozen voor twee verschillende deeltakken van de zorg, namelijk de *thuiszorginstelling* en een *verpleeginstelling*. Door deze keuze voor twee verschillende deeltakken van de zorg kunnen namelijk de niveaoverschillen duidelijker worden gemaakt. In de thuiszorg zijn drie niveaus te onderscheiden: de zorghulp, helpenden en verzorgenden. Bij het laatste niveau wordt ook de Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (VIG) gepositioneerd.

Een zorginstelling als een verpleeghuis behelst een ander niveau in alle opzichten. Een verpleeghuis fungeert en is werkzaam op een wat hoger niveau dan de thuiszorg, die begint op niveau 1. Verplegingszorg bevat alle niveaus met de daarbij behorende zorgverleners. Een zorgmedewerker op niveau 1 is helpende welzijn (basishandelingen), een huishoudelijke welzijnsverzorger zit op niveau 1, een verpleegkundige op niveau 3 en een verpleegkundige HBO-V op niveau 4. Een verpleegkundige op niveau 4 heeft meer coördinerende, leidinggevende en zorgverlenende taken dan bijv. een helpende op niveau 1. De niveaus komen overeen met de genoten (voor)opleiding.

Thuiszorg bevat alle niveaus met de daarbij behorende zorgverleners. In de thuiszorg kunnen mensen met niveau 1 of zelfs zonder enige opleiding starten. Thuiszorg biedt de mogelijkheden om laag te kunnen beginnen. Deze niveaoverschillen zullen bijdragen aan het beantwoorden van mijn deelvragen. Voor dit onderzoek zijn er interviews afgenomen met Turkse, Marokkaanse en autochtone vrouwen binnen de afdelingen van de verpleeghuis- en thuiszorginstellingen. De deelnemers zijn dus geselecteerd op basis van hun achtergrond. Daarnaast is rekening gehouden met de verschillende opleidingsniveaus. Binnen de genoemde afdelingen zijn mensen op verschillende niveaus werkzaam. Hieronder wordt kort een beschrijving gegeven van de zorginstellingen die voor dit onderzoek zijn benaderd:

Laurens Zorginstelling

Laurens Wonen Diensten Zorg is een zorginstelling in Rotterdam, Capelle aan den IJssel, Barendrecht en Voorne-Putten. Laurens Zorg aan Huis is een grote zorginstelling in Rotterdam en omgeving. Zij bieden dagelijkse verzorging, verpleging en specialistische zorg bij mensen thuis. Met deze zorg aan huis kunnen mensen langer zelfstandig in hun eigen vertrouwde omgeving blijven wonen. Laurens werkt samen met ziekenhuizen en kan de

klanten ook zorg bieden die normaal alleen in ziekenhuizen wordt geboden. Laurens beschikt over een compleet behandelteam om alle mensen van dienst te kunnen zijn.

Humanitas

Humanitas is sinds 1959 als zorginstelling actief in de regio Rotterdam. Zij bieden een grote verscheidenheid aan zorg, met extra aandacht voor welzijn en zelfredzaamheid. Humanitas biedt zorg op het gebied van intra- en extramurale zorg. De intramurale zorg vindt plaats binnen de zorginstelling waar cliënten worden opgenomen. De extramurale zorg, ook wel thuiszorg genoemd, wordt verleend in de eigen woning. Humanitas levert allerlei soorten zorg. Hun diensten bestaan uit:

- Thuiszorg: zorg in de eigen woning
- Zorg in een appartement van Humanitas
- Verblijf en zorg in een kleinschalige zorgomgeving
- Huishoudelijke verzorging
- Huishoudelijke verzorging zonder WMO-indicatie
- Persoonlijke verzorging
- Verpleging (thuis)
- Begeleiding
- Dagopvang / Dag verzorging
- Opvang en zorg voor ex-dak- en thuislozen
- Particuliere zorg

MOB: Maatschappelijke Ondersteunings Bureau

Het Maatschappelijke Ondersteunings Bureau (MOB), tevens in Rotterdam gevestigd, biedt zorg en dienstverlening waarbij de cliënt centraal staat. Het doel is om mensen in de gelegenheid te stellen zo lang mogelijk, op de wijze die zij zelf kiezen, geheel zelfstandig deel te laten nemen aan de maatschappij. Zij doen dit door mensen te informeren over de mogelijkheden die er voor hen zijn, hen daarbij te ondersteunen en te activeren en te begeleiden bij deelname aan de maatschappij.

Zij bieden hun diensten aan:

1. In huishoudelijke verzorging
2. In individuele en groepsbegeleiding
3. In verpleging en verzorging

De primaire doelgroepen waarop zij zich richten zijn Turkse, Marokkaanse, Kaapverdiaanse en Chinese ouderen met een vraag op het gebied van zorg, wonen en/of welzijn. Zij houden

zich echter ook bezig met andere doelgroepen, zoals de Surinaamse, Hindoestaanse en Nederlandse doelgroepen. Het MOB werkt met professionele zorg- en hulpverleners die over de kwaliteiten en vaardigheden beschikken om de gewenste zorg te bieden. Daarnaast dragen zij hun eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van hun werkzaamheden.

3.2.3 Selectie van respondenten

Uit het voorgaande blijkt dat de onderzoeksgroep specifieke kenmerken vertoont. Dit betekent dat de onderzoekseenheden geselecteerd zijn op theoretisch relevante criteria. Naast de Turkse, Marokkaanse en autochtone zorgverleners zijn twee leidinggevendenden van de zorginstellingen geïnterviewd. Het onderzoek is uitgevoerd van november 2010 tot en met maart 2011. De selectie van respondenten heeft uiteindelijk plaatsgevonden vanuit de gekozen zorginstellingen. De gestelde criteria waren:

Geslacht: de respondent is vrouw.

Achtergrond: de respondent is van Turkse of Marokkaanse afkomst.

Betrokkenheid: de respondent werkt in de Nederlandse zorgsector.

Openheid: de respondent heeft in een voorgesprek blijk gegeven in staat te zijn om 'open' te communiceren over haar ervaringen.

Opleidingsniveau: de respondent heeft minimaal een MBO niveau 1-diploma.

De interviews zijn gehouden op de werkvloer en hebben gemiddeld 45 minuten per respondent geduurd. Er is bewust voor de desbetreffende locaties gekozen, omdat dit allereerst voor de respondenten praktisch was. De respondenten hoefden op deze manier geen tijd vrij te maken buiten hun werktijden. Daarnaast is hiervoor gekozen, omdat verondersteld is dat een respondent zich beter kan uiten in een vertrouwde (werk)omgeving. Om een vertrouwde sfeer te creëren, is gekozen voor een informele vraagstelling. Wel is gebruikgemaakt van een opnamerecorder voor het vastleggen van de interviews. Dit kan invloed hebben gehad op de antwoorden van de respondenten, maar naar mijn mening is dat minimaal geweest. Vrijwel alle respondenten spraken open over hun ervaringen en bevindingen.

De formele toegang tot de respondenten heeft via de zorginstellingen plaatsgevonden. De zorginstellingen zijn allereerst opgezocht via internet en vervolgens benaderd via de afdeling "Communicatie". De gekozen instellingen zijn geselecteerd op basis van hun bekendheid, bereikbaarheid en de omvang van de instellingen binnen Rotterdam en omstreken. Er is uitgegaan van het feit dat bekende en grote zorginstellingen meestal voorzien zijn van de relevante doelgroepen. Op basis daarvan is contact opgenomen met de personeelsafdeling en de medewerkers. Vervolgens zijn er

telefoonnummers uitgewisseld voor verder contact, waarna er afspraken zijn gemaakt naar beschikbaarheid van de respondenten binnen de instellingen. De twee leidinggevenden die zijn geïnterviewd hebben zich vrijwillig aangeboden, omdat zij ook als zorgmedewerkers zijn binnengestapt. Ter afsluiting en als blijk van dank, heeft iedere respondent een cadeaubon ontvangen.

Uit de interviews zijn bepaalde kenmerken naar voren gekomen. Er waren 16 Turkse, 21 Marokkaanse en 12 autochtone respondenten, waaronder de twee leidinggevenden. De leeftijd van de respondenten lag tussen de negentien en veertig jaar oud. Het opleidingsniveau varieerde van MBO niveau 1 tot en met HBO-V (Verpleegkundige). De meesten hadden een MBO -opleiding genoten. Vier van de respondenten waren zonder een vooropleiding gestart en hadden gaandeweg een MBO niveau 1- of 2-opleiding behaald. Een deel van de respondenten hadden wel de ambitie om door te stromen en hogerop te komen. Enkelen hebben die start inmiddels al gemaakt en hebben daar baat bij.

3.3 Operationalisering van de concepten

In deze paragraaf zal worden ingegaan op de operationalisering van de centrale begrippen uit dit onderzoek: culturele factoren, individuele factoren en de belemmerende factoren uit de praktijk. Aan de hand van de operationaliseringstappen van Van Thiel (2007) zijn deze begrippen deels meetbaar gemaakt. Van Thiel beschrijft drie stappen voor de concept-operationalisering:

- De definitie-omschrijving van de centrale begrippen.
- De uitingsvorm van de definitie bepalen.
- En tot slot scores of waarden toekennen aan de variabelen.

In het theoretisch kader zijn de centrale begrippen (stap 1) toegelicht, waardoor de operationalisering zich vooral focust op het vaststellen en meetbaar maken van de indicatoren. Door de operationalisering zijn vragen opgesteld die tijdens een semigestructureerd interview zijn beantwoord. Ten eerste zullen de drie centrale begrippen worden toegelicht en op welke wijze deze zijn geoperationaliseerd. Vervolgens zal per onderzoeksgroep schematisch worden aangegeven welke vragen er zijn gesteld in de interviews. Bij stap 2 en 3 van het stappenplan van Van Thiel (2007) wordt uitgegaan van antwoordcategorieën die vooraf zijn opgesteld. De antwoorden op de vragen uit de interviews zijn in dit onderzoek achteraf gecodeerd, omdat de vragen open van aard waren. Het vaststellen van de operationalisering heeft plaatsgevonden op basis van de centrale

begrippen uit het theoretisch model. Deze worden achtereenvolgens besproken en zijn omgezet naar vragen die aan de respondenten gesteld konden worden.

3.3.1 Individuele factoren

In deze operationalisering staan vragen centraal die gaan over motieven, ervaringen en keuzes (kennis en vaardigheden) van de individuele zorgmedewerkers waardoor zij in de zorg zijn gaan werken. Volgens Groeneveld (2002, p. 77) gaat het hier om de vraag 'kan ik iets?' Motivatie om in de zorg te werken is gericht op 'wil ik iets?' Om hierop een antwoord te kunnen geven, moet duidelijk worden over welke kennis, inzicht en vaardigheden de zorgverleners (moeten) beschikken om de werkzaamheden te kunnen uitvoeren. In het volgende schema is weergegeven welke vragen er zijn geformuleerd om de indicatoren te meten.

Tabel 2. Operationalisering van individuele factoren

Indicatoren	Operationalisering
Opleiding	<ul style="list-style-type: none"> • Heeft u een opleiding genoten? Zo ja, welke?
Ervaring/ambitie	<ul style="list-style-type: none"> • Welke ervaring heeft u met dit werk? • Hoe beleeft u het werk in de zorg? • Wat zijn aantrekkelijke en mindere aantrekkelijke kanten van het werk? • Wat zijn de kenmerken van uw werk in de zorg?
Toekomstperspectief	<ul style="list-style-type: none"> • Wat zijn de toekomstperspectieven binnen het werk in de zorg?
Netwerk	<ul style="list-style-type: none"> • Heeft u een netwerk en waaruit bestaat die? • Op welke manier en hoe vaak vindt het netwerken plaats? • In hoeverre is/zijn het netwerk of de netwerken van belang voor u?

De indicatoren bij de individuele factoren zijn door interviewvragen geoperationaliseerd. Om de indicator opleiding na te gaan is een vraag gesteld over de opleiding. Deze vraag was nodig om achtergrondinformatie van de respondent te verkrijgen. Hiermee kon worden nagekomen wat iemands opleidingsniveau was. Over de ervaring en ambitie van de respondent zijn twee vragen gesteld. De eerste vraag had te maken met de ervaring die de respondenten hebben met het werk in de zorgsector. De andere vraag had betrekking op de

beleving van het werk in de zorg. De vragen over de positieve en minder positieve kanten van het werk in de zorg zijn gecategoriseerd naar typologieën. Verder is ook de vraag over de kenmerken van het werken in de zorg hierin opgenomen. Er is ook getracht te achterhalen wat de toekomstperspectieven zijn binnen het werk in de zorgsector. Als laatste is gevraagd of respondenten een netwerk hebben en waaruit deze bestaat. Een andere vraag hierover was op welke manier en hoe vaak zij netwerken. Deze vraag had betrekking op het feit in hoeverre netwerken van belang zijn voor de respondent. Deze indicatoren hebben allemaal betrekking gehad op de individuele factoren.

3.3.2 Culturele factoren

Het theoretisch kader bespreekt belemmeringen voor individuen die betrekking hebben op de culturele factoren (religie, rolmodel, traditie, lichamelijk intimiteit en arbeidsvoorwaarden). Deze factoren zouden invloed kunnen hebben op de individuele factoren en daardoor kunnen bijdragen aan de relatief lage arbeidsparticipatie van de onderzochte vrouwen. De belangrijkste vragen omtrent de culturele factoren zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 3. Operationalisering van culturele factoren

Indicatoren	Operationalisering
Religie	<ul style="list-style-type: none"> • Welke religie belijdt u? • In hoeverre heeft religie invloed op uw leven? • In hoeverre heeft religie invloed op uw werk?
Traditie	<ul style="list-style-type: none"> • Welke opvattingen zijn er over werken in de zorg onder vrouwen (Turken en Marokkanen)?
Rol familie/vrienden	<ul style="list-style-type: none"> • Welke invloed hebben familie/vrienden bij uw beroepskeuze gehad? • Welke invloed heeft de omgeving gehad bij de keuze voor uw werk in de zorgsector?
Gezinstaken	<ul style="list-style-type: none"> • Heeft u een gezin? Zo ja, waaruit bestaat uw gezin? • In hoeverre is werk en zorg te combineren?

Bovenstaande vragen hebben betrekking op de religie, traditie, rol van familie/vrienden en gezinstaken. De eerste indicator betreft religie. Om deze indicator te operationaliseren zijn vragen gesteld naar de religie van de respondenten. Het belangrijkste aspect was om na te gaan in hoeverre religie invloed heeft op het leven van de respondenten en daardoor ook op het werk. Op deze wijze is geprobeerd om het verband tussen de mate van

geloofsovertuiging en de keuze voor het werk in de zorgsector na te gaan. Een ander aspect dat uit de literatuur naar voren komt om al dan niet voor de zorgsector te kiezen is de traditie. Om deze indicator te operationaliseren is gevraagd welke opvattingen er zijn over het werken in de zorg onder de onderzochte vrouwen. Over de rol en invloed van familie en vrienden zijn eveneens vragen gesteld m.b.t. de keuze voor het werk in de zorg. Behalve de invloed van familie en vrienden zijn ook vragen gesteld over de invloed van de verdere omgeving. Tot slot zijn er vragen gesteld over de gezinstaken. Om na te gaan hoe gezinstaken in elkaar zaten, zijn vragen gesteld over hun gezin en in hoeverre werk en gezin te combineren valt. De toetsing van deze indicatoren was nodig om de culturele belemmeringen vast te stellen.

3.4 Data-analyse

In deze paragraaf zal inzicht worden gegeven op de wijze waarop de gegevens uit de dataverzameling zijn geanalyseerd. De analyse van de interviews beruiste voor een groot gedeelte op het coderen van de data (Boeije, 2005). Nadat de transcripties van de interviews waren afgerond, is een start gemaakt met het analyseren van de interviews. Er is allereerst gekeken naar de relevantie van de antwoorden uit de vragenlijst en daaruit heeft een selectie van antwoorden plaatsgevonden. De antwoorden die geselecteerd en geanalyseerd werden, hadden betrekking op de deelvragen. Dit uiteenrafelen is nodig om beter inzicht te krijgen in de gegevens die aan bod zijn gekomen in de interviews. Bovendien is het ook nodig inzicht te krijgen op welk onderdeel het theoretisch kader betrekking had. Het onderscheid dat in dit onderzoek wordt gemaakt, is enerzijds het analyseren van bestaand materiaal en anderzijds het analyseren van de verkregen interviews. De gegevens/citaten van de respondenten uit de interviews zullen schuin aangeduid worden door de letters *A*, *B*, *C* en *D*. De Turkse respondenten zullen door middel van de letter *A* worden aangeduid, de Marokkaanse respondenten door de letter *B* en de autochtone respondenten door *C*. De letter *D* zal gebruikt worden bij aanduidingen van alle respondenten. Hier zullen de genoemde letters gerelateerd worden aan een concrete respondent en vervangt dan de etniciteit en namen van de respondenten in de citaten (zie overzicht bijlage 2). In het onderstaande gedeelte wordt toegelicht op welke wijze beide soorten gegevens zijn geanalyseerd.

3.4.1 Bestaand materiaal

Aan de hand van een 'topic list' is het bestaande materiaal geanalyseerd. Op basis van het beantwoorden van deelvraag 1 is deze lijst samengesteld. Het bestaande materiaal is gebruikt om inzichtelijk te maken welke belemmeringen aanleiding vormden om het

onderzoek uit te voeren. Hiervoor zijn eerdere onderzoeken geanalyseerd op basis van de eerder genoemde kernwoorden, zoals 'belemmering', 'participatie', 'allochtonen' etc. Daarnaast is er informatie verkregen uit de documenten, samengevat en aangevuld met de verkennende interviews. Deze interviews zijn afgenomen omdat er onvoldoende documenten waren die antwoord op de deelvraag konden geven.

3.4.2 Interviews

De analyse van de interviews berust voor een groot gedeelte op het coderen van de data. De gegevens zijn allereerst gefragmenteerd, hetgeen inhoudt dat de informatie uit de interviews eerst uit elkaar is gehaald (Boeije, 2005). Dit uiteenrafelen was nodig om inzicht te krijgen in de gegevens die aan bod zijn gekomen in de interviews en op welk onderdeel het theoretisch model betrekking had. Doordat het interview op deze manier is bewerkt, konden de antwoorden die niet in een bepaalde vraag aan de orde kwamen, maar wel later in het interview, toch worden verwerkt. De interviews uit dit onderzoek zijn met elkaar vergeleken en op grond daarvan zijn er fragmenten vastgesteld die over hetzelfde thema gingen. Deze methodiek bestaat uit drie verschillende stappen. Allereerst het selecteren van fragmenten, daarna het koppelen van samenhangende fragmenten en vervolgens het toekennen van een code/naam aan deze fragmenten. De codes zijn vervolgens met elkaar vergeleken en er is besloten welke codes de belangrijke en minder belangrijke elementen uit het onderzoek vormden. Nadat dit inzichtelijk was gemaakt, werd het gemakkelijk om de relatie tussen categorieën te zien en verklaringen vast te stellen. Daardoor werd het overzichtelijk welke codes pasten bij welke indicatoren. Zodoende kon worden vastgesteld bij welke variabele een code paste. Dit onderzoek leidde tot een aantal voorbeelden van codes uit het interviewverslag, zoals: 'doorgroeien', 'mogelijkheden', 'verwachtingen', 'anders zijn', 'affiniteit', 'voldoening' en 'flexibiliteit'.

4 Onderzoekresultaten

Het empirische component van dit onderzoek bestaat uit interviews met zorgmedewerkers en twee leidinggevenden van drie zorginstellingen: Humanitas, Laurens Zorginstelling en het Maatschappelijk Ondersteunings Bureau (MOB). In paragraaf 2.3 zijn de factoren die volgens de literatuur belemmeringen veroorzaken beschreven. Zo zijn zowel de onderwijs- als de culturele factoren benoemd. Hieruit bleek dat er vooral sprake was van een combinatie van deze twee factoren. Omdat de culturele factoren een bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van de positie van individuen op de arbeidsmarkt, zijn interviews gehouden en is literatuuronderzoek gebruikt om deze factoren te achterhalen. De analyse van de resultaten uit dit onderzoek is opgesplitst in twee gedeeltes. Dit hoofdstuk verduidelijkt allereerst de deelvraag die betrekking heeft op de mate waarin de bestaande factoren uit de literatuur een rol spelen in de praktijk. In de volgende paragrafen (over het kwalitatieve onderzoeksbeeld en groepsvergelijkingen) zal de analyse van de andere deelvraag aan de orde komen.

De literatuur benoemde individuele en culturele factoren ten aanzien van de arbeidsparticipatie van allochtonen (toegesplitst op Turkse en Marokkaanse vrouwen) in de Nederlandse zorgsector. Opleidingsniveau, ervaring, geslacht en etniciteit werden als individuele factoren genoemd. De culturele factoren waren religie, rolmodellen, lichamelijke intimiteit, traditie en arbeidsvoorwaarden. De resultaten uit dit praktijkonderzoek verschilden nogal met bestaande factoren uit de literatuur. Voor het werken in de zorgsector noemden de respondenten belemmeringen als: zwaarte van het werk, hoge werkdruk, laag salaris, tijdelijke arbeidsovereenkomst, mobiliteit en de reistijd.

Deze paragraaf beschrijft factoren die de respondenten belangrijk vonden. Respondenten noemden motieven als contact met ouderen, verantwoordelijkheidsgevoel om de patiënten te helpen en te bedienen, de uitdaging en voldoening in het werk als interessante drijfveren om in de zorgsector te werken. Het werk kent variaties en de respondenten hebben liefde en affiniteit voor het vak. Daarnaast bestaat ook de mogelijkheid om door te groeien, indien zij dat willen. De respondenten noemden in dit onderzoek tevens factoren als het werken in de eigen omgeving als interessant en van belang, vooral als zij kinderen hebben. Turkse en Marokkaanse respondenten denken anders ten aanzien van de bestaande onderwijs- en culturele factoren. Zij zagen enigszins een verband met de genoemde factoren, maar legden de nadruk met betrekking tot onderrepresentatie bij het werken in de zorgsector vooral bij de culturele factoren. Als argument voor het werken in de zorgsector noemden deze Turkse en Marokkaanse respondenten dat zij in deze tijd beter

opgeleid zijn dan in de literatuur beschreven staat. De vrouwen zijn ook beter op de hoogte van wat het werk in de zorg inhoudt. Door hun opleiding beschikken zij over de kennis en vaardigheden en zijn ze in staat om zelf informatie over een beroep of opleiding op te vragen. Ook konden zij open dagen bijwonen en vaak was er betrokkenheid van de ouders aanwezig.

De culturele factoren uit de literatuur werden volgens de respondenten vroeger als belemmering gezien, maar tegenwoordig is dat nogal veranderd. Respondenten geven te kennen dat religie meer iets van vroeger is. Zij hechten wel waarde aan het geloof, maar kunnen werk en religie gescheiden houden. De ouders en/of mannen hebben doorgaans begrip voor hun werkzaamheden en helpen daar waarnodig mee, bijvoorbeeld in het huishouden of met betrekking tot de kinderen. Zij kunnen bovendien gemakkelijk over allerlei zaken praten met hun huisgenoten. Religie, traditie of bepaalde zaken over het geloof worden tegenwoordig niet meer per se als taboes gezien, waardoor ook allochtone vrouwen vrijer kunnen uitkomen voor hun mening. Vroeger zou dit wel invloed hebben gehad op de moslima's, maar tegenwoordig denken zij daar dus anders over. De respondenten zijn tevreden met hun werk en het stukje onafhankelijkheid dat in de loop der tijd is verworven door de Turkse en Marokkaanse vrouwen in Nederland. Op deze manier kunnen zij ook financieel bijdragen aan het huishouden, wat een gevoel van voldoening geeft. Bovendien biedt de zorg volgens de respondenten goede carrièremogelijkheden. De zorg biedt immers mogelijkheden om cursussen en opleidingen te volgen. Hoewel dit in vergelijking met voorgaande jaren minder is, bestaan er wel mogelijkheden om te kunnen doorgroeien. Ze kunnen arbeids- en zorgtaken goed combineren en beter omgaan met de zorg(klachten) van de zorgvragers. Verder zijn ze beter geïnformeerd over het werk in de zorg, de taakbelasting, de beloning en de lage(re) status die werken in de zorgsector heeft.

4.1 Het kwalitatieve beeld uit het onderzoek

Uit de analyses van de interviews over de participatie van Turkse, Marokkaanse en autochtone vrouwen in de Nederlandse zorgsector zijn de volgende beelden naar voren gekomen:

Turkse en Marokkaanse vrouwen participeren verhoudingsgewijs minder in de zorgsector. Het beeld van de ondervertegenwoordiging van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de zorgsector blijkt dus te kloppen ten opzichte van wat de literatuur beschrijft. Er kan dus nog steeds geconcludeerd worden dat Turkse en Marokkaanse vrouwen in mindere mate participeren binnen de zorgsector. Tijdens het opsporen van de relevante doelgroepen voor dit onderzoek bleek het beeld van de ondervertegenwoordiging al bijna in het begin

bevestigd te worden. Opvallend was dat binnen Laurens Zorginstelling weinig Turkse vrouwen werkzaam waren. Binnen de zorginstelling Humanitas werkten ook niet veel Turkse en Marokkaanse vrouwen binnen de genoemde afdelingen. Hier werkten wel relatief veel Surinaamse en Antilliaanse vrouwen en hier en daar wat Kaapverdiaanse vrouwen. In tegenstelling tot Laurens Zorginstelling en Humanitas, bleken bij het Maatschappelijk Ondersteuningsbureau juist veel Turkse en Marokkaanse vrouwen te werken, maar slechts weinig autochtone vrouwen. Bij Thuiszorg Nederland werkten echter overwegend autochtone vrouwen, waarmee het beeld uit de literatuur dus nogmaals bevestigd wordt. Hier bleken geen Turkse en Marokkaanse vrouwen werkzaam te zijn. Wat betreft het opleidingsniveau staan de onderzochte doelgroepen gelijk. Enkele van de Turkse en Marokkaanse respondenten hadden geen vooropleiding, maar hebben zich 'on-the-job' geschoold. Al deze informatie brengt ons tot de conclusie dat Turkse en Marokkaanse vrouwen minder actief participeren in de Nederlandse zorgsector, althans daar waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden. De respondenten die wel in de zorg werkten, hadden een degelijk opleidingsniveau en vonden dat de oorzaak van de lage participatie gezocht moest worden in de specifieke eerder beschreven belemmeringen.

Uit een conferentieverlag over 'Meedoen, meedenken en meebeslissen' van het onafhankelijke Utrechtse Verwey-Jonker instituut (Tomassen, 2010) voor onderzoek naar maatschappelijke vraagstukken, wordt een impressie gegeven van de participatie van allochtonen met betrekking tot gezondheidsbevordering. Dit verslag heeft enigszins verband met het onderwerp van dat onderzoek. Het centrale thema van deze conferentie ging over hoe allochtonen (Turkse en Marokkaanse vrouwen) actief kunnen participeren in gezondheidsbevordering, dit op het niveau van uitvoering, organisatie en beleid. Indra Boedjarath, directeur van Mikado (Utrechts kenniscentrum voor interculturele zorg) behandelde in deze conferentie de gezondheidsverschillen tussen allochtonen en autochtonen alsook de 'participatieladder' met de verschillende niveaus waarop participatie plaats kan vinden. Volgens Boedjarath (2010) moeten allochtonen niet in het aanbod voor autochtonen worden geduwd, maar moet er bij voorkeur gekozen worden voor een benadering, samenwerking en beleid *op maat*.

Barbara Fienieg, onderzoeker bij het AMC Sociale Geneeskunde, heeft de betrokkenheid van allochtonen (Turkse en Marokkaanse vrouwen) onderzocht bij vier *pilot*-projecten. De projecten zijn uitgevoerd door het Nederlands Paramedisch Instituut, Jellinek Preventie, MEE Rotterdam Rijnmond en Context GGZ-preventie. Deze projecten maakten deel uit van het overkoepelende project 'Diversiteit in participatie'. Hier werd bekeken welke

typen participatie (volgens de participatieladder) plaatsvonden in de pilotprojecten: dit liep van interactieve, functionele en consultatieve participatie tot aan zelfmobilisatie.

Ook is ingezoomd op de motieven van de respondenten. De motieven waren ondergebracht in vier groepen. De onderzoekers gaven de aanbeveling om met ondersteuning en waardering aan te sluiten bij de motieven van iedere respondent (vergelijkbaar met het hierboven genoemde *maatwerk*). In dit onderzoek is participatie door allochtonen (Turkse en Marokkaanse vrouwen) niet vergeleken met participatie door andere doelgroepen. De onderzoekers hadden de indruk dat interventies gehinderd worden door het vooroordeel dat allochtonen niet willen participeren.

De conclusie uit deze onderzoeken is dat er veel bekend is, maar dat er ook nog veel ontwikkeld moet worden ten aanzien van het (meer) participeren van allochtonen binnen de Nederlandse gezondheidsbevordering/zorgsector.

Het is van belang om hierbij gebruik te maken van de kennis die er al is en deze nauw aan te laten sluiten bij de specifieke doelgroepen. Daarnaast moeten goede ervaringen omgezet worden in structureel beleid met meer regie door de lokale overheid. Vervolgens is niet alleen het communiceren van heldere participatiedoelstellingen naar instellingen en professionals belangrijk, maar ook het toezien op de inspanningen die hiervoor geleverd moeten worden. Dit laatste sluit ook aan bij de aanbevelingen in dit onderzoek met betrekking tot organisaties/instellingen.

Tot slot mag dit onderzoek uit de regio Rotterdam ook representatief worden gezien ten aanzien van heel Nederland. Er mag aangenomen worden dat de onderzochte Rotterdamse groep representatief is voor de gehele Turkse en Marokkaanse vrouwengroep in Nederland (CBS, 2011). Dit is het beeld in Rotterdam ten opzichte van de rest in Nederland. Bij de vrouwen die niet te bereiken waren of die in dit onderzoek niet bestudeerd zijn, kunnen ook andere redenen de oorzaak zijn voor hun lagere arbeidsparticipatie. Dit zou wellicht nog een alternatieve aanbeveling zijn voor een vervolg - onderzoek.

4.2 Vergelijking tussen Turkse, Marokkaanse en autochtone vrouwen

In de voorgaande paragrafen zijn belemmerende factoren uit de literatuur beschreven en zijn de factoren die in de praktijk ten aanzien van allochtone arbeidsparticipatie door vrouwen in de zorgsector een rol spelen in kaart gebracht. In deze paragraaf zal toegelicht en beschreven worden hoe de participatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen is in vergelijking met de autochtone vrouwen. Aan de hand van kwalitatieve bevindingen uit eerdere onderzoeken en interviews, is nagegaan of het beeld uit de literatuur inderdaad (nog steeds) klopt. Uit de onderzoeksliteratuur is gebleken dat Turkse en Marokkaanse vrouwen

minder vaak dan autochtone vrouwen in de zorg werken. Op basis van eerdere onderzoeken wordt de participatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de zorgsector beschreven, waarna de analyse zich toespitst op Turkse en Marokkaanse vrouwen in de thuiszorg en in het verpleeghuis. In de analyse is ook de betrokkenheid van de autochtone vrouwen op de genoemde afdelingen meegenomen. Dit onderzoek laat zien dat Turkse en Marokkaanse vrouwen, ondanks een stijging tussen 1994 en 2004, op de arbeidsmarkt nog in mindere mate binnen de zorg blijven participeren. Dit beeld wordt verduidelijkt aan de hand van de interviews uit het onderzoek.

4.2.1 Verschillen tussen de groepen

In dit onderzoek zijn verschillen te ontdekken tussen Turkse en Marokkaanse vrouwen ten opzichte van autochtone vrouwen in de zorg. Uit onderzoek van Lagendijk (1990) en Allaart (2000) kwam naar voren dat allochtone vrouwen het werken in de zorg niet afkeurden, maar gaven ze aan meer geïnteresseerd te zijn in andersoortig werk. Turkse en Marokkaanse respondenten in dit onderzoek hebben ervaren dat het werken op verschillende locaties, zoals bij de thuiszorg het geval is, niet altijd even prettig is.

In dit onderzoek kwamen enige verschillen tussen Turkse en Marokkaanse vrouwen ten opzichte van autochtone vrouwen naar voren. De Turkse en Marokkaanse respondenten hebben bewust gekozen voor het werken in de zorg, omdat zij affiniteit hebben met de doelgroepen. Turkse en Marokkaanse vrouwen associëren de patiënten vaak met hun eigen familie en koppelen dit aan wat hun geloof zegt over het zorgdragen voor oudere mensen. Daarnaast zijn er Turkse en Marokkaanse respondenten die de zorg hebben gekozen, omdat zij bij de keus voor het werk in de zorg niet over een diploma hoefden te beschikken. Het werk in de zorg en vooral in sommige deeltakken was toen laagdrempelig

Hoewel enkele respondenten bij aanvang van het werk geen vooropleiding hadden genoten, hebben zij ondertussen (na)scholing en/of opleidingen gevolgd voor het werk in de zorgsector. Zo reageerde een respondent op de vraag naar haar vooropleiding: *A. "Ik had geen diploma toen ik binnen de zorg begon. Vroeger was dat niet echt vereist. In sommige deeltakken van de zorg was de aanstellingseis laagdrempelig. Deze situatie maakte het werken in de zorg toegankelijk".* Veel Turkse en Marokkaanse respondenten die voor de zorg hadden gekozen, beschikten niet over een (geschikte) opleiding. De normatieve criteria waren minimaal, waardoor het ook makkelijk was om de zorgarbeidsmarkt te betreden. Deze respondenten waren blij dat zij die mogelijkheden hebben gehad, om op die manier ergens in te kunnen stappen. Op deze wijze zijn ze tenminste ergens anders dan thuis. De vrouwen konden vroeger meteen zonder opleiding starten in de zorgsector. Na een proeftijd van drie

maanden kon begonnen worden met een opleiding. Tegenwoordig is de selectie van werknemers echter veel strenger en is er meer werkervaring en -inzicht vereist. Ter illustratie enkele citaten van verschillende respondenten:

A. "Ik ben zonder een opleiding binnen de zorg gestapt. Dat ging heel makkelijk en daar ben ik ook blij mee. Ik begon met een proeftijd van drie maanden en daarna kon ik de opleiding 'helpende welzijn' volgen. Helaas let men nu strenger op de toelating en worden ook andere eisen gesteld, zoals werkervaring".

B. "Je had mazzel om zonder een papier aan de slag te kunnen gaan. Dat was voor mij wel uitnodigend en dus motiverend om binnen deze sector mijn weg te vinden. Nu ben ik wel (...)"

C. "Mijn lage opleidingsniveau was niet het probleem om in de zorg te werken, maar de durf om het werk binnen de sector aan te kunnen, vormde een dilemma. Gelukkig had ik dat gevoel snel onder controle. Zodoende heb ik mij verder verdiept en ontwikkeld in het werk. Daar ben ik trots op".

De geschetste citaten kwamen van de Turkse, Marokkaanse als de autochtone respondenten. Uit deze citaten kan geconcludeerd worden dat de respondenten tevreden zijn met hun werk en ook de kansen benutten om zich verder te ontwikkelen. Deze perceptie was te merken aan hun gedrag en uitstraling tijdens het interview.

Respondenten die deze soepele procedure hebben doorstaan vinden het werken in de zorgsector nog steeds interessant. Zij merkten in enig opzicht het verschil tussen vroeger en nu wat betreft de selectie van nieuwe collega's. Het is opvallend dat de autochtone respondenten bewuster waren van hun keus voor het zorgwerk in vergelijking met de allochtone respondenten.

Uit het bovenstaande was te merken dat het opleidingsniveau van de respondenten nogal van elkaar verschilden. Het opleidingsniveau varieerde van niveau 1 tot en met een Hbo-opleiding. Je zou kunnen concluderen dat het opleidingsniveau binnen deze groep geen belemmering is geweest om in de zorg te gaan werken. Integendeel zelfs, de respondenten erkenden dat een diploma meer iets van de recentere tijd is. Daarom is het opleidingsniveau tegenwoordig zo belangrijk. Een opleiding biedt tegenwoordig de formele toegang tot de arbeidsmarkt, terwijl dat vroeger veel minder belangrijk was.

Volgens de respondenten werken ze vooral in de zorg, omdat zij ook binnen het gezin en hun familie altijd voor elkaar klaar staan. Zij hebben de zorg (mantelzorg) en verantwoordelijkheid voor de familie al op zich genomen. Daardoor ervaren zij het werk niet als onbekend en kunnen ze de patiënten zonder veel problemen verzorgen. Een andere citaat ter illustratie van een respondent omtrent de mantelzorg:

B. "Ik heb altijd voor de familie klaar gestaan. Het gaat automatisch en is iets vanuit je cultuur. Je staat er vaak niet bij stil en schiet meteen te hulp. Daar is niks mis mee. Dat maakt dat het werk binnen de zorg makkelijk uitgevoerd kan worden".

Er kan geconcludeerd worden dat de respondenten uit deze culturen, vanwege de zogenaamde mantelzorg, als het ware een voorsprong hebben ten opzichte van collega's zonder deze ervaring. Er kan dan tevens sprake zijn van ervaring in de omgang met zorg naar ouderen toe.

Het werken met eigen mensen geeft ze het gevoel van zelfvertrouwen. Dit gevoel komt van beide kanten; allochtone ouderen kunnen sneller een beroep doen op eigen zorg. Sommige Turkse en Marokkaanse respondenten hadden weinig behoefte aan een rolmodel, omdat zij daar nauwelijks waarde aan hechtten. Zij handelden net als enkele van hun autochtone collega's puur vanuit belangstelling voor het werk in de zorg. Niet alle respondenten waren echter dezelfde mening toegedaan. Voor enkelen van de respondenten was een rolmodel beter geweest om meer informatie te vergaren over de zorgsector in Nederland. Het werk in de zorg zou wellicht daardoor toegankelijker worden voor de Turkse en Marokkaanse gemeenschap, meenden enkele respondenten.

Voor sommige respondenten vormden de specifieke culturele factoren zoals religie, het wassen van mannen en de afwisselende diensten een reële belemmering. Volgens bepaalde takken van de islam horen vrouwen niet te werken, maar thuis te blijven en voor het gezin te zorgen. Zij mogen al helemaal geen mannen wassen en bijv. geen injecties toedienen, omdat daar lichamelijk contact voor nodig is.

Hieruit is te concluderen dat de meningen ten aanzien van de islam tegenstrijdig waren. Anno 2011 achtten sommige allochtone respondenten uit dit onderzoek religie niet zozeer meer van belang voor een baan in de zorg. Over de genoemde belemmeringen konden zij tijdens een sollicitatie- en/of een functioneringsgesprek relatief open praten. In veel gevallen wordt in zorginstellingen rekening gehouden met de genoemde belemmeringen, vooral wanneer de medewerkers kinderen hebben.

De Nederlandse taal zou bij sommigen in mindere mate een probleem zijn, hoewel dit voor enkelen die op een laag niveau werken de doorgroei zou kunnen belemmeren.

Dit was wel het geval bij respondent die het doorstromen niet zag zitten en tevreden is:

A. " Ik werk al bijna 5 jaar als helpende voor 30 uurtjes per week en vind het prima zo. Ik heb die drang niet om verder te gaan. Hoe hoger je wilt komen, hoe moeilijker het wordt. Ik zit hier goed".

Aan deze respondent was duidelijk te merken dat zij niet beschikte over de nodige *know-how* en/of interesse om verder te gaan.

Na het interview zei ze gelukkig te zijn met wat ze heeft bereikt en meer is voor haar dan ook niet nodig. Bij deze respondent was tevens haar taalbarrière een belemmering om door te kunnen groeien.

De genoemde argumenten waren voor de autochtone vrouwen niet echt herkenbaar. Zowel de taal als de religie vormden geen bedreiging voor hen, echter, de lage status en de lage lonen voor sommigen wel. Autochtone respondenten hadden weinig problemen met de diensttijden, het wassen van mannen en het hebben van een rolmodel. Deze respondenten doen gewoon wat zij leuk vinden en hechten weinig waarde aan wat de omgeving vraagt of vindt. In de onderstaande paragrafen worden per thema de bevindingen uit de interviews beschreven.

4.2.2 Keuze voor het werken in de zorgsector

Om na te gaan waarom Turkse en Marokkaanse vrouwen gekozen hebben voor het werk in de zorg en welke ervaringen zij hebben met dit werk, is een interview met verschillende onderwerpen afgenomen. De antwoorden op de vragen in deze interviews moeten leiden tot aanbevelingen voor de zorgsector. In het onderzoek van Bloemen et al. (2000a) worden enkele belangrijke motieven genoemd, die inhoudelijk van aard zijn en gericht op de vastgestelde doelgroepen. Onderstaand volgen de keuzes, ervaringen en belevenissen van het werk in de zorgsector van Turkse en Marokkaanse vrouwen uit dit onderzoek. Aan de respondenten zijn de volgende vragen gesteld:

1. Waarom hebben zij gekozen voor het werk in de zorg?
2. Welke ervaring hebben respondenten met dit werk?
3. Hoe beleven zij het werk in zorg?

Met deze vragen geven respondenten ten aan dat zij om verschillende redenen voor het werk hebben gekozen. Turkse en Marokkaanse respondenten gaven aan bewust gekozen te hebben voor het werken in de zorg omdat zij affiniteit hebben met de doelgroepen. De wijze waarop de respondenten hun keuze voor het werk in de zorg hebben gemaakt, was bij sommigen heel opmerkelijk. De verhalen van deze respondenten hadden typische achterliggende gedachten. Zo vertelde een respondent haar opvallende keuze voor het zorgwerk: **A.** *“Mijn moeder heeft mij gestimuleerd om in de zorg te werken. Ik ben een zorgzaam type en werd al jong geconfronteerd met de verzorging van mijn moeder. Deze verzorging gaf mij die extra impuls voor dit werk”.*

Niet alle respondenten werden geïnspireerd door een familielid om in de zorgsector te gaan werken. Voor veel respondenten speelde de toevalsfactor een rol. Zo wist een respondent na de middelbare school helemaal niet welke richting zij op wilde gaan. Uiteindelijk had zij toch voor een zorgopleiding gekozen en is sindsdien werkzaam binnen de zorgsector. Anderen hebben geen zorg gerelateerde vooropleiding gehad. Zo was er een respondent die een economische studie had gevolgd en voorheen niets van de zorg wist. Via

een uitzendbureau kwam zij toch in deze sector terecht, waarna zij is gebleven en later is doorgestroomd. Voor beide respondenten was de keuze om richting de zorg te gaan een gok, maar die bleek voor beide positief uit te vallen.

Een ander respondent was eveneens de zorgsector binnengestroomd via haar moeder: *C. "Mijn moeder en zus werkten in een verzorgingshuis in Barendrecht. Toen ik veertien jaar werd, mocht ik bij haar beginnen met een bijbaantje. Dat vond ik leuk, want daar verdiende je wat mee. Zodoende ben ik in de thuiszorg gaan werken en aan de benodigde opleiding begonnen."*

Daarnaast benoemden de respondenten voor de keuze voor het werken in de zorg affiniteit ermee te moeten hebben. Dit hebben de respondenten in de zorg gehouden. Voor sommige respondenten was dit in feite een 'noodoplossing'. Zij moesten iets kiezen. Uit de interviews is af te leiden dat de respondenten uit dit onderzoek ieder op andere wijze hun keus hebben gemaakt voor het werken in de zorg. Hieruit is af te leiden dat lang niet alle respondenten op dezelfde manier binnen de zorg kwamen werken. Uiteindelijk hebben ze wel de opleiding gevolgd en werken er nog steeds door hun gezamenlijke affiniteit met de zorgsector.

4.2.3 Ervaring met het werk in de zorg

Over de ervaring en beleving van het werken in de zorg zijn verschillende meningen gegeven. Sommige respondenten beleefden het werk in de zorg als 'natuurlijk werk': men beleeft en ervaart het werk in de praktijk zoals het is. Zorg is werk met aan de ene kant voldoening, een gevoel van tevredenheid en blijdschap, maar aan de andere kant soms boosheid, 'ondankbare' patiënten, ondergewaardeerd werk, verdriet en emoties. Het laatste is uiteraard afhankelijk van de specifieke werksituatie. De respondenten keurden dit gedrag niet goed, maar omdat het om de situaties van de patiënten ging, toonden zij wel begrip. Ter illustratie worden enkele opvallende belevingen en ervaringen van Turkse, Marokkaanse en autochtone respondenten over het werk in de zorg geciteerd:

A. "Ik ben binnen een week drie patiënten kwijtgeraakt. Hoe hard kan het leven zijn? Je hebt ze net een dag ervoor behandeld, soms op diezelfde dag en dan krijg ik opeens te horen dat die patiënt er niet meer is. Ik weet dat het patiënten zijn die niet lang zullen leven, maar toch. Je hebt ze verzorgd en behandeld. Je hebt toch een zekere band met ze gehad. Dit heb ik in al die jaren voor het eerst meegemaakt. Ik was bijna twee weken uitgeschakeld en heb nog steeds een verdrietig gevoel".

Een andere respondent voegde daarop aansluitend haar ervaring toe:

C. "In de thuiszorg heb ik het gevoel dat je de kleine dingen voor de mensen moet oplossen. In het ziekenhuis heb je de wekelijkse opnames, mensen worden beter en je ziet ze weer vertrekken. Hier is het eigenlijk het einde waar ze naar toe leven. Dat is te merken aan de stemming (...)"

Aan de stemming van respondent **A** was te merken hoe groot haar verdriet was bij het verlies van haar drie patiënten. Dit verlies heeft veel impact op deze respondent gehad. Het was moeilijk voor haar om dit verlies te verwerken. Uiteindelijk moest zij de draad weer oppakken en verder gaan.

Respondent **C** straalde rust uit bij het verwoorden van haar ervaring en beleving over het werk in de zorg. Haar attitude en intonatie waren rustgevend.

Volgens de respondenten is het werk in de zorg meestal iets moois wat te beleven valt. Sommige van de respondenten zagen het werk in de zorg als een verlengstuk van hun leven. Binnen deze groep van respondenten zag je de emoties, wat verklarend is voor hun liefde voor het werk. Enkele respondenten merkten op dat zij toch veel voor de patiënten kunnen betekenen. Bijvoorbeeld wat de zorg niet kan geven, geven zij (zorgverleners), onder andere eten en drinken. De respondenten zagen dit als 'een enig lichtpuntje' in het leven van deze mensen. Dit soort situaties maakten volgens de respondenten dat het werk nooit saai kon zijn. Zij ervoeren en beleefden het werk niet als productiewerk, dus werk dat elke dag hetzelfde is, maar juist afwisselend. Werken in de zorg ervaren de respondenten als leerzaam. Dingen die goed gaan, maar ook dingen die minder goed gaan. Dit alles zagen zij als een leermoment om zaken anders te bekijken en te ervaren.

4.2.4 Relevante factoren voor keuze van het werk

Om de participatiegraad van Turkse en Marokkaanse vrouwen te verbeteren worden door de RWI (2008) enkele oorzaken genoemd die de participatie in de hand kunnen werken. Volgens Wielers en Van der Meer (2006) liggen de oorzaken vooral in de culturele factoren. Zolang de arbeidsparticipatie voor deze vrouwen minder belangrijk is, gaan zij ook minder investeren. De relevante factoren die medebepalend zijn bij de keuze voor het werken in de zorg bleken met betrekking tot sommige aspecten hetzelfde te zijn.

Respondenten bleken in dit onderzoek overeenkomsten te hebben ten aanzien van het lage salaris met daartegenover de baanzekerheid en de toekomstmogelijkheden, maar ze vinden ook dat het werken in de zorg een uitdaging is. Elke dag beleven en ervaren zij weer iets nieuws. Aan de hand van de interviews worden de factoren bij de keuze van het werken in de zorgsector verder toegelicht. Bij de vraag welke factoren een rol spelen bij de keuze voor het werk in de zorg, noemden de respondenten als meest belangrijke factoren op:

- Inhoud van het werk (bijvoorbeeld hulpbehoevende mensen helpen);
- Affiniteit dan wel binding met het werk en dus ook met de patiënten;
- Contact met anderen (bijvoorbeeld met vriendinnen in contact gebracht);

- Thuissituatie (thuisfront) vertoont kenmerken van het werken in de zorg.

Toekomstperspectief en de invloed van familie en vrienden zijn minder van belang bij sommige respondenten.

De inhoud van het werk in de zorg worden bijna door de meeste respondenten als positief ervaren. Respondent **A** citeert over de inhoud van het werk het volgende :

“(...) de inhoud van het werk van belang. Ik wil graag mensen helpen die hulpbehoevend zijn. Door dit werk te doen help ik anderen en ook mijn eigen mensen (bijvoorbeeld familie). Op deze manier krijg ik voldoening in datgene wat ik doe en zie het als een beloning”.

C. “(...) door dit werk heb ik een baangarantie. Het hebben van werk is in deze tijd zeer belangrijk”.

Tijdens de interviews was dit beeld ook duidelijk waar te nemen bij de respondenten. Zij leefden zich helemaal in hun rol als zorgbieder en straalden ook die voldoening uit die ze in hun werken krijgen .

De Turkse en Marokkaanse respondenten vinden het werk interessant en afwisselend. Door een aantal inhoudelijke kanten van het werken in de zorg zijn de respondenten gemotiveerd en uitgedaagd. Deze opvattingen komen zowel van de Turkse en Marokkaanse als van de autochtone respondenten. Zij zien het werk in de zorg onder meer als dankbaar, verantwoordelijk en afwisselend. Bovendien geeft het de mogelijkheid om in contact te komen met verschillende mensen, ook mensen uit eigen land en cultuur. Het werk geeft voldoening, maar eist ook de nodige verantwoordelijkheid van de zorgverleners.

De respondenten vinden de omgang met de patiënten het leukste aspect in de zorg. De afwisseling in het werk, zoals het praten met de mensen en het luisteren naar de verhalen van de oude mensen, wordt als interessant ervaren. De respondenten zijn de hele dag bezig met verschillende patiënten en ontmoeten elke dag weer nieuwe personen. Een andere respondent vertelt over haar werkervaring in het verpleeghuis: **A**. *“Je moet als zorgverlener de verantwoordelijkheid op je nemen om de patiënten de nodige zorg te geven. Deze mensen zijn afhankelijk van ons (zorgverleners). Bij een tekort aan personeel heerst er vaak hoge werkdruk en krijgen de patiënten weinig aandacht. Dit vind ik niet kunnen, maar (...)”.*

Aan de houding en het gedrag van de respondenten was te merken dat zij niet altijd in staat zijn onder hoge werkdruk te werken. Dit type werk betekent ook snel kunnen handelen en overgaan tot de juiste acties. Doordat er soms een gebrek aan personeel was, heerste er vaak een hoge werkdruk en kregen de patiënten te weinig aandacht. Respondenten moeten bovendien onder hoge werkdruk meer werkzaamheden verrichten. Dit ervaren de respondenten als minder prettig aan de inhoud van hun baan.

Kritisch waren sommige respondenten die het wassen van patiënten als niet fijn hebben ervaren. Er zijn ook respondenten die het wassen van patiënten als plezierig beleven, vanaf het moment waarop ze voor het eerst daarmee aan de slag gingen. Via hun

contacten waren sommige respondenten al geïnformeerd over het werk in de zorg. De medewerkers uit dit onderzoek zijn dus op verschillende manieren in de zorg terecht gekomen. Sommigen per toeval, anderen bijv. via vriendinnen die al mantelzorgers waren. Weer anderen hebben uit zichzelf voor de zorgsector gekozen. Door op verschillende manieren in contact te komen met het werk in de zorg, kregen zorgverleners gaandeweg meer liefde en waardering voor het werk. Op deze manier is het contact onderling hechter, waardoor er een betere onderlinge (werk) afstemming plaatsvindt. Volgens sommige respondenten is het hebben van affiniteit met het werk in de zorg van essentieel belang. Wanneer men geen affiniteit met dit werk heeft, hoeft men niet eraan te beginnen.

Een citaat van Turkse en Marokkaanse respondenten over affiniteit met het werk: **D.** “*Voor dit werk moet je affiniteit hebben met de doelgroepen. Ouderenzorg zien wij als een verlengstuk van het leven. Daarnaast is geduld met deze doelgroep heel belangrijk, anders loopt het mis. Wanneer je affiniteit hebt met de doelgroep, wordt het werk ook met plezier uitgevoerd en daar draait het om*”.

De manier waarop deze respondent over haar (werk)ervaring verteld, heeft inderdaad met affiniteit te maken. Wanneer men dit gevoel niet heeft, is het lastig om het werk in de zorg vol te houden, omdat er geen of onvoldoende band of *feeling* is met het werk.

Een andere respondent is via een andere kanaal binnen de zorg komen werken. Deze respondent werkte als schoonmaakster binnen de zorg in Rotterdam. Door steeds in contact te komen met de patiënten raakte zij geïnspireerd door het werk in de zorg op dezelfde locatie. Deze respondent vertelt het volgende:

B. “*Ik zie het werk in de zorg ook als een verlengstuk van mijn leven. Wat de zorg niet kan geven, geven wij. Bijvoorbeeld eten en drinken. Dit is soms nog het enige ‘lichtpuntje’ in het leven van deze mensen. Het werk is nooit saai, er is altijd iets gaande. Ik ervaar het werk niet als productiewerk, dat elke dag wél hetzelfde is*”.

Deze respondent werkt nog steeds met plezier binnen de zorg. Zij heeft zich door in de zorg te werken verder ontwikkeld en werkt nu als voedingscoördinator. Deze respondent heeft in het begin zonder een diploma of de nodige papieren gebruikgemaakt van haar contacten (netwerk) binnen de zorg.

Bij enkele respondenten is de thuisbasis een belangrijke factor geweest voor de keuze voor het werken in de zorg. Door heel vroeg de zorg van de ouders of familieleden op zich te nemen zijn sommige respondenten bijna vanzelf met de zorg in aanraking gekomen. Opvallend is dat de autochtone vrouwen niet toevallig binnen zijn gekomen, maar gewoon door een sollicitatie na hun opleiding. Een enkele respondent is via de moeder of een familielid in contact gebracht met de zorg. Bij de autochtone zorgverleners is het werken in de zorg meer een ‘roeping’.

De respondenten moesten vaak onder hoge werkdruk meer werkzaamheden uitvoeren. De specifieke inhoud van het extra werk werden als minder positief gevonden.

De respondenten hadden een algemeen beeld van het werk in de zorg, ook al waren sommigen per toeval in de zorgsector terechtgekomen. Deze respondenten waren op diverse manieren met de zorg in aanraking gekomen. Soms was de roeping om in de zorg te werken van kinds af aan al aanwezig. Sommige respondenten vonden het dragen van een wit werkpak heel aantrekkelijk en chic. Via hun contacten waren sommige respondenten al geïnformeerd over het werk in de zorg. Zij hadden vaak al heel vroeg affiniteit met het verzorgen of helpen van andere mensen. Een respondent **A** vertelde zelf uit een groot gezin te komen. Ze was opgevoed om dingen voor haar moeder waar te nemen en hulp te bieden. Hierdoor was zij zich meer gaan verdiepen in de zorg en kwam tot de conclusie dat *“wanneer je geen gevoel hebt voor deze patiënten, je er niet aan moet beginnen”*.

Respondent **C** deelt de mening van haar collega:

“Affiniteit dan wel binding met het werk en dus ook met de patiënten is van groot belang en daarmee essentieel. Je moet de doelgroepen wel aankunnen en anders kan je hier niet blijven werken. Wanneer je geen gevoel kunt opbrengen voor deze patiënten, moet je er niet aan beginnen.”

Uit bovenstaande citaten blijkt dat respondenten in grote lijnen toch iets gemeenschappelijks hebben. Om dit beeld te verduidelijken zal in onderstaande paragraaf een indeling worden gemaakt naar de aantrekkelijke en minder aantrekkelijke kanten van het werken in de zorgsector.

4.2.5 Categorisering van kenmerken

De vraag wat de aantrekkelijke en minder aantrekkelijke kanten van het werken in de zorg waren, leverde verschillende antwoorden op. De antwoorden waren afhankelijk van de ervaring en de beleving van het werk in de zorgsector. Wat de één als aantrekkelijk benoemde, ervoer de ander juist als vervelend, bijv.: het wassen van mannelijke patiënten. Aan de hand van de resultaten van de interviews zijn de antwoorden in verschillende categorieën onderverdeeld. Deze categorieën zijn opgesplitst naar aantrekkelijk en minder aantrekkelijke kanten van de zorgsector. Daaruit zijn drie categorieën naar voren gekomen: aspecten van het werk, emotionele ervaring en carrièremogelijkheden. Het onderstaande schema geeft deze indeling van de verschillende kanten van het werken in de zorgsector weer:

Categorieën	Aantrekkelijke kanten van de zorgsector	Mindere aantrekkelijke kanten van de zorgsector
Aspecten van het werk	Afwisseling Flexibiliteit Afwisseling	Wonden verzorgen Zwaar werk Hoge werkdruk Reistijd
Emotionele ervaring	Voldoening Tevredenheid Dankbaarheid	Vervelende en/of onvriendelijke patiënten en collega's Onprofessioneel gedrag van collega's
Carrière - mogelijkheden	Baanzekerheid Technische vaardigheden leren Zelfontplooiing Geleidelijk doorgroeien	Laag salaris

Tabel 4: Categorisering naar kenmerken

Bij de diverse aspecten van het werk zien we aantrekkelijke en minder aantrekkelijke kanten. De aantrekkelijke kanten zijn: de afwisseling in het werk, flexibiliteit en de afwisseling. De mindere kanten zijn: de wonden verzorgen, zwaar werk, hoge werkdruk en reistijd. Volgens de respondenten ervaren zij deze laatste aspecten als negatief. Sommige informanten die patiënten wassen, waren bijvoorbeeld kritisch en beleefden dit als minder prettig. Er kan worden afgeleid dat de meeste nadelen vooral in de werkzaamheden te vinden zijn. Het enige voordeel hier is dat het werk heel afwisselend kan zijn, maar dat kan door sommigen ook als een nadeel worden ervaren. Ergo, wat voor de ene respondent een nadeel is, kan voor de andere als een voordeel uitpakken.

De tweede categorie betreft de emotionele ervaring. Enerzijds geeft emotionele ervaring voldoening, tevredenheid en dankbaarheid, anderzijds gaat het soms ook om vervelende patiënten die het werk niet in dank afnemen. Volgens de respondenten zijn de patiënten soms onbeleefd, onvriendelijk en kunnen vloeken. Dit gedrag van de patiënten wordt dan als ondankbaar ervaren. Ondanks de mindere kanten van de patiënten ervaren de respondenten na afloop van het werk toch voldoening. Het helpen van andere mensen geeft zelfvoldoening en tevredenheid, zowel voor de respondenten zelf als voor de patiënten. Het

enige nadeel zijn dus de soms vervelende mensen, dit geldt voor zowel patiënten als collega's.

Behalve de aspecten van het werk en de emotionele ervaring biedt het werk volgens de respondenten ook carrière mogelijkheden, baan zekerheid en verdere ontplooiing. Een groot nadeel is dat het werk in de zorgsector veelal een laag salaris heeft. Dit wordt echter (deels) gecompenseerd door de baan zekerheid, ruimte tot zelfontplooiing, het aanleren van technische vaardigheden en geleidelijk doorgroeimogelijkheden. Er moet rekening gehouden worden met het feit dat de categorieën elkaar kunnen overlappen. Ook al worden de werkzaamheden zelf als negatief ervaren, bijvoorbeeld het verzorgen van wonden, kan men ondanks dit toch een emotionele voldoening ervan ervaren. Een negatieve werkervaring is dus vaak ondergeschikt aan de emotionele beleving van het werk. Deze wisselwerking kan ook vóórkomen tussen de aspecten van het werk en de carrière mogelijkheden. Al zijn de werkzaamheden soms onprettig, de potentiële carrière mogelijkheden kunnen een sterkere drijfveer vormen ten aanzien van het werken in de zorgsector, waardoor men het werk toch als positief ervaart. Andersom kan dit ook het geval zijn. Ook al biedt het werk in de zorg goede carrière mogelijkheden, het lage salaris kan dan toch een reden zijn om werk in een andere sector te gaan zoeken. Op deze manier kan dus tussen de verschillende categorieën een wisselwerking ontstaan. Opvallend is wel dat onder de respondenten vaak de aantrekkelijke kanten van het werken in de zorg het winnen van de minder aantrekkelijke kanten.

4.2.6 Kenmerken van het werk

Volgens de respondenten is het werk in de zorg over het algemeen dankbaar werk. Dit merken de respondenten aan de waardering die ze van patiënten en de omgeving krijgen. Sommigen willen soms zelfs fooi geven voor de geboden hulp. Patiënten voelen zich o.a. schuldig dat ze bij alles geholpen moeten worden door de zorgverleners. Omdat het werken in de zorgsector dankbaar is, biedt het werk de vrouwen eveneens voldoening. Wanneer de respondenten klaar zijn met het werk, hebben zij een heel prettig gevoel. Ze zijn blij dat ze die dag weer een aantal gunsten hebben kunnen 'schenken'. Het werk met de ouderen ervaren de respondenten als iets moois. Ze hebben iets goeds gedaan en zullen eens beloond worden.

Behalve dat het werk in de zorg dankbaar werk is en voldoening geeft, eist het werk ook flexibiliteit. Binnen het werken in de zorg is er sprake van relatief veel flexibiliteit. Respondenten worden o.a. in de gelegenheid gesteld om andere vaardigheden te leren. Soms mogen zij meehelpen of -lopen met andere collega's bij het uitvoeren van bepaalde

behandelingen. Zo leren de zorgmedewerkers ook nieuwe technische vaardigheden, die de mogelijkheid bieden om op termijn door te kunnen groeien. Respondenten zien het begrip 'flexibiliteit' als een breed begrip. Enige opvattingen van respondenten over flexibiliteit:

C. " Door flexibel te zijn kun je patiënten sneller van dienst zijn. Je reageert dan ook acuut/ of speelt sneller in op situaties die zich voordoen".

C. " Het toepassen van de nieuwe technische vaardigheden heeft een dubbele karakter. Enerzijds wordt in noodgevallen van je verwacht deze handelingen uit te voeren. Dat wordt als flexibiliteit binnen het werk gezien. Anderzijds biedt deze flexibiliteit de mogelijkheden om door te groeien. Het biedt een kans".

Deze illustraties leveren eigenlijk het bewijs dat de respondenten bij het toepassen van nieuwe technische vaardigheden gemengde gevoelens hebben. Dit punt is tweeledig, omdat het op dat moment als een leerproces kan worden gezien, maar ook weer nadelige gevolgen kan hebben. Respondenten hebben geen ervaring met de nieuwe technieken. In dat geval kan worden uitgegaan van de aanwezige kennis over het gebruik van de middelen.

Gezien de huidige ontwikkelingen in de zorg (bezuinigingen) is flexibiliteit een eis geworden. De flexibiliteit ten aanzien van het werken in de zorgsector stelt de respondenten in de gelegenheid om breed inzetbaar te zijn en zodoende hun (arbeids)kennis te verruimen. Door de vergrijzing zal er altijd werk zijn en dit biedt werkgelegenheid. Respondenten zien deze kans als positief voor hun baan zekerheid en doorgroeimogelijkheden.

Respondenten noemden het werk in de thuiszorg minder zwaar dan het werk in een verpleeghuis. In een verpleeghuis hebben ze meer verantwoordelijkheden en hier liggen meer uitvoerende taken in vergelijking met de thuiszorg.

Er waren ook respondenten die vonden dat de hierboven genoemde factoren vrijwel geen positieve invloed hadden op hun werkbeleving. Zij vonden het inkomen bijvoorbeeld (te) laag, zagen weinig doorgroeimogelijkheden en vonden het werk (te) zwaar. Deze respondenten noemden andere factoren die een rol speelden in hun keus om in de zorg te willen werken dan de onderzoeksliteratuur vermeld. Flexibiliteit en gevarieerd werk werden voor hen als belangrijkste indicatoren gezien voor een positief beeld over het werk in de zorgsector. Soms moesten de zorgverleners zelfs taken uitvoeren waarvoor ze niet waren opgeleid. Dit werd als een risico ervaren, maar vanuit het werk werd dit ook als flexibiliteit gezien. Bovendien moesten zij zo nu en dan ook kunnen inspelen bij onderbezetting, waardoor er geen 'negen tot vijf' werkklimaat hing op de werkvloer.

Behalve de positieve kenmerken van het werken in de zorgsector noemden de respondenten ook enkele negatieve kanten. Zo vonden sommige respondenten het verzorgen van wonden

van de patiënten niet altijd gewenst. Dit was aan het begin van het werk een probleem, maar gaandeweg werd dit negatieve effect meestal minder.

Hoge werkdruk, laag salaris, zwaar werk, ongeduldige en vervelende patiënten en de reistijd waren de meest negatieve kenmerken die de respondenten benoemden. De hoge werkdruk was niet altijd het geval, maar wel meestal. Soms moeten de respondenten bij onderbezetting (nog) harder werken. Dat ervoeren zij als een extra belasting, maar als ze weer thuis waren, waren de medewerkers het weer snel vergeten. Aan de andere kant is het werk soms ook rustig en dat compenseert dan weer voor de hectische wekmomenten.

Het lage salaris zagen de respondenten als een duidelijk negatief punt. Het werk in de zorgsector betaalt niet veel. De respondenten zijn blij dat er werk is, maar vinden een goede en passende beloning daartegenover niet slecht. Hierover zegt een respondent het volgende:

B. " Het hard werken mag beter beloond worden. Dat zou ook meer mensen binnen de zorg aantrekken".

Het werken in de zorg omschrijven de respondenten als zwaar. Soms zijn patiënten helemaal afhankelijk van de zorgverleners: de zogenaamde zorgbehoevende patiënten. Dit betekent dat het werk door de zorgverleners alleen gedaan moet worden. De patiënten moeten gewassen, verschoond, opgetild en in bed worden gelegd. Sommige patiënten kunnen niet lopen en zitten. Zij liggen de hele dag op bed. Deze patiënten moeten ook verschoond worden. Dit wordt wel als extra zwaar werk beschouwd, omdat de respondenten er dan alleen voor staan. Andere respondenten zien patiënten als ongeduldig en vervelend. Patiënten hebben geen geduld, willen niet wachten en eisen soms alles conform de regels gedaan te krijgen. Ze kunnen soms ook heel opdringerig zijn. Sommige patiënten zijn niet alleen ongeduldig en vervelend, maar vloeken en kunnen hard zijn. Als de zorgverleners vijf minuten te laat zijn, klagen de patiënten soms al steen en been. Tot slot moeten de zorgverleners vaak reizen voor hun werk. Dit vergt veel tijd en dit wordt als vermoeiend ervaren.

4.2.7 De invloed van familie, vrienden en de omgeving

Op de vraag welke invloed of rol familie, vrienden en omgeving hebben gehad bij de keuze om in de zorg te gaan werken, waren de antwoorden divers. Turkse en Marokkaanse respondenten hebben wel enige belemmeringen vanuit die kringen ervaren. In vergelijking met de Turkse en Marokkaanse respondenten geven de autochtone respondenten aan een goede begeleiding en steun van familie, vrienden en omgeving te hebben gehad. Vanwege het objectieve beeld dat autochtonen meestal van de zorg hebben, staan zij hier nuchter

tegenover. Familieleden van autochtonen zien het werken in de zorgsector niet als werk met een lage status, maar eerder als werk met baanzekerheid. De Turkse en Marokkaanse respondenten vonden dat ook, maar sommige familieleden, vrienden of mensen uit hun omgeving zagen het werk wel als vies en keken erop neer. De meningen over de rol van vrienden en familie verschillenden wel tussen Turkse, Marokkaanse en de autochtone vrouwen onderling. Zo illustreert bijv. een respondent dat haar moeder een grote rol heeft gespeeld bij de keuze voor haar werk in de zorg:

A. "Mijn moeder is 54 jaar, geboren met een hernia en heeft een te kort been. Nadat ik mijn moeder enkele jaren verzorgd had, motiveerde zij mij om in de zorg te gaan werken en mijn eigen leven daarmee ook weer verder op te pakken. Dit heeft mij gedreven om dit werk te gaan doen".

De mening van een andere respondent was:

B. "Mijn man en kinderen vonden het niet erg, maar mijn omgeving wel. De omgeving vond het 'vies' werk. 'Ga je echt in de zorg werken?', vroegen ze aan mij. Waarom doe je geen administratief werk?".

Uit het tweede citaat was te merken dat de reactie uit de omgeving twee kanten opging. Enerzijds positief en anderzijds negatief. Ondanks de negatieve reactie heeft deze respondent zich niet laten beïnvloeden en heeft toch gekozen voor het werk in de zorg.

De Turkse en Marokkaanse respondenten hebben nauwelijks rolmodellen binnen de zorg. Dit heeft te maken met de culturele factoren binnen deze gemeenschappen. Ook hieromtrent waren de meningen verdeeld. Zie onderstaand enkele korte reactie van respondenten:

B. "Soms is het hebben van een rolmodel wel goed voor de imago van dit werk. Er wordt dan niet op je neergekeken. Hoe meer rolmodellen je hebt, hoe beter natuurlijk (...)"

A. "Een andere respondent voegt toe: "Ik zie mijzelf ook als een rolmodel voor mijn familie, vrienden en omgeving".

Deze situatie ligt anders bij de autochtone respondenten. Eén van de respondenten kwam bijvoorbeeld door haar moeder in de zorg terecht. Een andere werkte door haar gezinssituatie in de zorg. Voorheen was ze locatiemanager en moest ze bijna zeventig uur per week werken. Door voor het huidige werk te kiezen kon deze respondent haar werk- en privésituatie weer makkelijk combineren.

Respondenten die bij hun ouders wonen, hebben niets te klagen over het werk en de zorg thuis. Turkse en Marokkaanse respondenten hebben het in sommige opzichten wel zwaar, maar niet bij iedereen is dat aan de orde. Af en toe helpen de mannen in huis en/of met de kinderen, maar dikwijls ook juist niet. Turkse respondenten hebben dit probleem in mindere mate dan de Marokkaanse respondenten. Volgens de Marokkaanse cultuur hoort een vrouw thuis te zijn voor haar man en kinderen. In dit soort gevallen moet de werkende vrouw thuis nog doorgaan met huishoudelijke taken. Dat ondervinden de respondenten als

een zware taakbelasting. Dit maakt bijv. een cursus of opleiding volgen extra zwaar. Over het algemeen konden de respondenten werk en huishouden echter redelijk combineren.

De opvatting over het werken van vrouwen is reeds eerder genoemd. Werken is voor de vrouw volgens de islamitische cultuur in de meeste gevallen niet aan de orde, hoewel er wel vrouwen zijn die met of zonder kinderen gewoon kunnen werken. De vrouwen in dit onderzoek werkten al binnen de zorg en zijn dus van die traditionele gedachte afgeweken. De eerste stap naar meer arbeidsparticipatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de zorg is dus al gezet en veranderingen zullen wellicht bespoedigd worden.

Deze vrouwen geven hun mening over hun bijdrage in het huishouden:

A. "Mijn financiële bijdrage in het huis is welkom. Op deze manier lever ik ook mijn bijdrage in het huishouden. Dat geeft een goed gevoel".

A. " Ik hoor ergens bij, kan meepraten en meedoen in de samenleving. Op langere termijn krijgt de omgeving meer respect voor je".

Hiertegenover hebben autochtone respondenten hiermee bijna geen problemen; de traditionele gedachten die bij de Turkse en Marokkaanse respondenten spelen, zijn niet bekend bij de autochtone respondenten. Deze respondenten hebben ten opzichte van Turkse en Marokkaanse vrouwen andere leef- en woongewoonten.

De Turkse en Marokkaanse respondenten uit de interviews hadden een andere verklaring voor het verwachtingspatroon. De respondenten vonden dat dit verwachtingspatroon vooral te maken heeft met de plaats waar de ouders vandaan komen. Daarnaast speelde ook de verblijfsduur van de ouders in Nederland een rol. Vaak houden de islamitische mensen die heel lang in Nederland wonen zich nog vast aan deze traditionele patronen uit angst om de eigen cultuur te verliezen. De respondenten uit dit onderzoek noemden voor de verbetering van de verwachtingspatronen enkele positieve kanten.

D. " Steeds meer vrouwen gaan bijvoorbeeld stapsgewijs de arbeidsmarkt op. Zij stromen ook langzaam aan verder de zorg in. Dat is wel mooi".

De Turkse en Marokkaanse respondenten vinden dit een goed teken en zouden het fijn vinden om met meer nieuwe collega's van eigen afkomst te werken. Meer Turkse en Marokkaanse zorgverleners betekent voor hen namelijk ook meer ouderen van Turkse en Marokkaanse mensen binnen de zorginstellingen. Op die manier kunnen deze patiënten de juiste zorg krijgen omdat zij de allochtone zorgverleners beter kunnen begrijpen. Deze opmerkingen kwamen opvallend genoeg meer vanuit de Turkse respondenten. Volgens de Turkse respondenten speelt het geloof toch ook ergens een rol, hoewel daar niet goed een vinger op te leggen viel.

De autochtone respondenten hebben over dit onderwerp niet veel op te merken. Zij weten niet beter dan dat zowel mannen als vrouwen werken. De verhouding tussen man en vrouw wordt in de autochtone cultuur meer gelijkgesteld. Mannen en vrouwen doen meer samen in het gezin en in het huishouden dan in Turkse en Marokkaanse families. Er echter is wel sprake van een rolverdeling binnen het (autochtone) gezin.

Ten slotte biedt het werk voor een vrouw die actief is op de arbeidsmarkt een stuk onafhankelijkheid. De meeste geïnterviewde Turkse en Marokkaanse vrouwen zijn blij met hun baas en het feit dat ze mogen werken. Ook hun financiële bijdrage binnen het gezin wordt gewaardeerd door de man en kinderen. Op deze manier krijgen zij ook de mogelijkheden om zich verder te ontwikkelen binnen de Nederlandse maatschappij. Desalniettemin blijven deze allochtone vrouwen vaak een uitzondering binnen hun familie en omgeving.

4.2.8 Toekomstperspectieven in de zorg

Volgens de respondenten biedt de zorg heel veel toekomstmogelijkheden, zolang zij dat willen en kunnen. Er zijn interne en externe cursussen en opleidingen om door te groeien. Iemand die begint als helpende niveau-1 kan in principe eindigen als leidinggevende. Respondenten zien de zorg als een plaats met veel carrièremogelijkheden, met name in combinatie met de wil om te werken en werkervaring op te doen. Hoewel deze mogelijkheden vanwege bezuinigingen beperkt zijn, zijn ze niet geheel afwezig. Laurens Zorginstellingen heeft speciaal voor allochtone vrouwen diverse trainingen, cursussen en opleidingen ontwikkeld om deze vrouwen meer binnen te halen (en te houden).

Behalve carrièremogelijkheden spreken de respondenten positief over hun baan zekerheid. Er is altijd werk binnen de zorgsector. In de interviews blijkt dat bijna alle respondenten de zorg als een brede sector zien:

C. “ (...) altijd verder in de zorg. Er is altijd werk in de zorg en je kunt ook doorgroeien. Door de vergrijzing wordt de zorg steeds drukker en dat betekent dus meer werk voor ons”.

Bovendien: *A. “Kunnen mensen werken totdat ze met pensioen gaan. Je begint in de zorg aan de onderkant en kunt eindigen aan de bovenkant van de ladder”.*

De perspectieven in de zorgsector worden niet alleen positief neergezet, maar kunnen soms ook voor algemene belemmeringen zorgen om door te stromen naar een hoger niveau. Het werken op een hoger niveau vergt bijvoorbeeld extra belasting van de zorgverleners. Zij hebben naast hun werk ook een gezin. Volgens sommige respondenten vragen zowel hun man als hun kinderen om (veel) aandacht. De wil om hogerop te komen is aanwezig, maar door de werkbelasting zien sommigen ervan af of stellen het uit. Daarnaast twijfelen sommige respondenten aan hun eigen kunnen om hogerop te komen, vooral als zij

laag ingestroomd zijn. Hierdoor berusten zij zich in hun lot. Zij zien het nut van verdergaan als het ware niet in en ervaren dit als een extra studiebelasting. Tot slot spelen ook specifieke belemmeringen een rol. Volgens de respondenten kan de taal bijvoorbeeld resulteren in onzeker gedrag op de werkvloer. Hun matige Nederlands taalgebruik (niet bij een ieder) vindt zijn oorzaak veelal in het niet doorstuderen. Niet alleen de mondelinge, maar ook de schriftelijke taalvaardigheid vergt een hoge tol.

Daarnaast gaven respondenten aan dat er soms obstakels kunnen zijn bij het doorgroeien binnen een zorginstelling. Vaak heeft dit te maken met het ontbreken van de steun van de man of familie bij het doorstuderen. Daarnaast worden anderen juist gestimuleerd door de partner of familie.

De inhoud van het werk en de arbeidsvoorwaarden zijn een minder aantrekkelijke kant van doorgroeien in de zorg. Dit betekent veel verantwoordelijkheden, veel directe verzorgende taken, veel ploegendiensten, relatief weinig salaris etc. Door de specifieke belemmeringen zou een klein deel van de respondenten voor een andere richting of specialisatie willen kiezen. Zij geven wel te kennen dat deze stap niet zo makkelijk gaat en zeker niet in deze moeilijke economische tijden.

4.2.9 Religie

Op de vraag welke religie zij belijden gaven alle Turkse en Marokkaanse respondenten aan de islam te belijden, waarvan sommigen het geloof zeer belangrijk vonden. De autochtone respondenten waren katholiek of protestant of hadden geen geloof (atheïst). Sommige van de autochtone respondenten spreken niet van religie, maar van spiritualiteit. De vraag in welke mate religie invloed heeft op het leven is hiermee gedeeltelijk beantwoord. De religie heeft bij de Turkse en Marokkaanse respondenten veel invloed; zij belijden de islam op hun eigen manier. De ene belijdt het in mindere mate, de andere in meerdere mate, zelfs heel trouw en fanatiek. Echter, de meesten kunnen het belijden van hun geloof loskoppelen van het werk. Hier onder een toelichting van een respondent op de vraag in hoeverre religie invloed heeft op haar dagelijks leven.

B. " (...) heeft grote invloed op mijn dagelijks leven. Ik geloof en belijd het wel op mijn manier en ook gericht op de samenleving. Ik ben een (...), maar ik ben in Nederland opgegroeid. Ik integreer wel bepaalde opvattingen en verplicht niemand tot iets. Als er vragen zijn vanuit mijn omgeving, beantwoord ik die kort. Niet altijd is er begrip hiervoor, maar goed. De laatste drie jaar hebben wij een 'Iftar'-maaltijd op het werk en na het vasten geven wij een korte toelichting over de inhoud daarvan. Moslims hebben net als alle andere geloven bepaalde normen en waarden. Die heb je meegekregen en pas je toe op je werk en andere plaatsen. Heb respect voor elkaar, helpt elkaar en laat mensen in hun waarden".

Uit de bovenstaande illustratie was af te leiden dat deze respondenten het goed oppakt. Zij heeft een balans gevonden/-gecreëerd tussen religie, cultuur en werk en ook de mate waarin dit invloed heeft op haar werk en leven.

Naar de maatschappij toe houden de respondenten religie en werk dus zoveel mogelijk gescheiden. Volgens de geïnterviewde Turkse en Marokkaanse respondenten hadden zij die scheiding al gemaakt toen zij voor het werken voor de zorgsector kozen. Hiermee is dan de laatste vraag over de invloed van religie op het werk beantwoord. Uit de analyse blijkt dat de ondervraagde moslima's (duidelijk) gedrevenner zijn wat betreft religie dan de autochtone respondenten.

4.2.10 Sociaal netwerk en contacten met anderen

De respondenten uit dit onderzoek hebben niet allemaal een netwerk. Sommigen van hen zien hun familie als netwerk, anderen zien de instanties waarmee zij samenwerken of hun collega's als netwerk. Bij lastige situaties met 'moeilijke' patiënten wordt er soms contact opgenomen met de arts van de patiënten of met de GGD. Ook instanties als de Sociale Dienst en gemeenten of andere instellingen die met de zorg van de patiënten te maken hebben worden als netwerk genoemd. Een citaat van een respondent over het netwerk:

D. "In deze tijd is netwerken niet meer weg te denken. Zodra de situaties van de patiënten daarom vragen, wordt het netwerk ingezet".

De respondenten die rechtstreeks met deze instanties te maken hebben, zien dit als belangrijk. Netwerken worden door veel respondenten gezien als de manier om andere inzichten te verkrijgen in het denken en werken. Veel respondenten hechten daarom ook veel waarde aan hun netwerk.

4.3 Samenvatting van de onderzoeksresultaten

Zowel Turkse, Marokkaanse als autochtone respondenten vinden het werk in de zorg over het algemeen interessant. Het werk geeft voldoening en is dankbaar. Zij noemen het contact met de patiënten belangrijk en leuk. Daartegenover spelen specifieke factoren zoals diensttijden, zwaar werk en de werklocatie mee in de ondervertegenwoordiging van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de Nederlandse zorgsector. Het inkomen noemen de respondenten niet als belangrijkste factor om niet voor de zorg te kiezen, maar zij zouden wel gebaat zijn bij een loonsverhoging. Uit het onderzoek blijkt dat Turkse en Marokkaanse vrouwen redelijk op de hoogte zijn van de doorgroeimogelijkheden binnen de zorgsector. Autochtone medewerkers zijn zich echter meer bewust van deze mogelijkheden. Behalve de zojuist benoemde motieven en factoren spelen ook andere aspecten mee die van invloed

zijn op de ondervertegenwoordiging van deze vrouwen. Deze aspecten hebben te maken met gezinstaken, religie, traditionele verwachtingspatronen en soms de taal(achterstand). Turkse en Marokkaanse vrouwen zijn tevreden met hun werk en hoewel het salaris laag is blijven zij toch werken. Soms sluiten de kennis en vaardigheden die zij nodig hebben minder goed aan, maar om die dan op te doen gaan ze soms door met studeren. De zorg biedt ook deze vrouwen de gelegenheid om carrière te maken, zodat zij ook (meer) gewaardeerd worden in de maatschappij. Tot slot mag geconcludeerd worden dat Turkse en Marokkaanse vrouwen in het algemeen ook specifieke belemmeringen ervaren die een rol spelen bij hun werk in de zorgsector, - zoals met name de eerder besproken culturele factoren.

5 Discussie en conclusie

In de voorgaande hoofdstukken is stilgestaan bij de in deze studie verkregen onderzoeksbevindingen. Door de analyse te vergelijken met het theoretisch kader, kunnen er een aantal conclusies worden getrokken. In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 5.1 kort antwoord gegeven op de eerste deelvraag m.b.t. belemmerende factoren volgens de literatuur. Daarna wordt in de volgende paragraaf aandacht besteed aan de tweede deelvraag over de bestaande factoren in de praktijk. Vervolgens wordt antwoord gegeven ten aanzien van de mate van participatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen, in vergelijking met autochtone vrouwen, in de Nederlandse zorgsector. Er wordt gekeken naar wat de theoretische invalshoek heeft opgeleverd en enkele aanbevelingen worden gedaan om de onderzochte participatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen te verbeteren. Afsluitend worden enkele aanbevelingen voor vervolgonderzoek gegeven.

5.1 Beantwoording van de drie deelvragen

De focus in deze paragraaf ligt op het beantwoorden van de deelvragen. Om deze te kunnen beantwoorden is gebruikgemaakt van bestaand materiaal en 49 interviews. Deze hebben elk op hun manier bijgedragen als input voor het onderzoek. Onderstaand worden de onderzoeksvragen kort beantwoord.

5.1.1 Beantwoording van deelvraag 1

De eerste deelvraag luidde: *Welke factoren hebben volgens de literatuur een belemmerende rol gespeeld bij de participatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de Nederlandse zorgsector?* Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is de bestaande literatuur geanalyseerd en zijn er aanvullend verkennende interviews gehouden. Dit had als doel om na te gaan waarom Turkse en Marokkaanse vrouwen een relatief lage participatiegraad binnen de zorgsector hebben. Hieruit zijn de voornaamste belemmerende factoren verkregen. De factoren die uit de literatuur zijn gehaald, zijn deels gegrond op culturele aspecten. Hierbij wordt niet alleen het opleidingsniveau genoemd dat een rol speelt bij de arbeidsparticipatie, maar ook factoren als: religie, rolmodellen, lichamelijke intimiteit, traditie en arbeidsvoorwaarden. Deze factoren dragen significant bij aan de ondervertegenwoordiging van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de Nederlandse zorgsector. In het verkennende gedeelte werd dit gemeten aan de hand van interviews met Turkse en Marokkaanse vrouwen werkzaam in de zorgsector (uit Rotterdam en omgeving). Uit de interviews kwam naar voren dat de culturele herkomst ervoor kan zorgen dat Turkse

en Marokkaanse vrouwen zich bescheidener opstellen voor het werken in de zorg. Zij zullen namelijk niet gemakkelijk op eigen initiatief deelnemen aan dergelijke activiteiten binnen de zorg. Indien er in de zorgsector meer rekening wordt gehouden met de culturele factoren kan de participatie van deze vrouwen binnen de zorg mogelijk verbeterd worden. De culturele factoren die genoemd zijn, speelden niet bij alle respondenten een rol. Voor de één weegt dit zwaarder dan voor de ander, maar de culturele factoren vormen deels wel een belemmering bij de onderzochte groep vrouwen ten aanzien van hun arbeidsparticipatie.

5.1.2 Beantwoording van deelvraag 2

De tweede deelvraag luidde: *In welke mate hebben de genoemde factoren (zie deelvraag 1) een rol gespeeld in de praktijk?* Om deze deelvraag te beantwoorden is er gebruikgemaakt van de informatie uit de interviews met de deelnemers van de drie zorginstellingen. De uitkomsten met betrekking tot deze vraag zijn nogal verschillend. Turkse en Marokkaanse respondenten noemden het contact met ouderen, verantwoordelijkheidsgevoel naar de patiënten toe, de uitdaging en voldoening van het werk in de zorgsector als interessante motieven en stimulantia om in de zorg te willen werken. Bovendien is er voldoende variatie binnen het werk en spelen geduld/begrip en affiniteit voor het vak een belangrijke rol. Volgens sommige respondenten is het werken in de eigen omgeving ook een belangrijke factor. Deze factor is met name van belang wanneer zij zelf kinderen hebben. Bij Turkse en Marokkaanse respondenten spelen de genoemde culturele factoren nogal een rol. De zorg voor de familie wordt als erg waardevol gezien. Andere culturele factoren die een rol spelen zijn religie, traditie en de invloed van familie, vrienden en de omgeving. Ook zijn de gezinstaken van belang. Religie en traditie zijn factoren die overeenkomen met de factoren uit de onderzochte literatuur. Dit zou kunnen betekenen dat deze twee factoren sterk overheersen in de Turkse en Marokkaanse cultuur. Voor de verbetering van de arbeidsparticipatie van deze beide vrouwengroepen zouden doelgroep-specifieke aanpassingen (cultuurbehoud) van belang kunnen zijn.

Andere belemmerende factoren uit dit onderzoek zijn de zwaarte van het werk, de hoge taakbelasting, het lage salaris en lange reistijden. De autochtone respondenten hechten daarnaast ook waarde aan de geboden onderwijsfactoren. Zij dragen als argumenten aan dat hoe hoger iemand opgeleid is, hoe meer carrièrekansen er binnen de zorgsector zijn en hoe meer bewegingsvrijheid er is. Autochtone respondenten geven te kennen dat het opleidingsniveau bepalend is voor de positie op de maatschappelijke ladder, zoals dat ook al in het theoretisch kader belicht werd. Iemands opleiding bepaalt wie diegene is en waar diegene staat en gaat.

De theorieën uit hoofdstuk twee vertoonden onderling wel enige samenhang en verklaarden dat de culturele en individuele factoren fungeerden als mogelijke oorzaken voor de lage arbeidsparticipatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de Nederlandse zorgsector. Echter, de respondenten zagen geen direct verband tussen de factoren die de literatuur noemt. De respondenten werkten al en hadden een andere beleving van het werk in de zorg. Zij vonden dat de factoren uit de literatuur te 'zwart-wit' zijn neergezet en noemden andere argumenten, zoals zwaarte van het werk, hoge werkdruk, laag salaris, ongunstige arbeidsvoorwaarden en problemen m.b.t. mobiliteit en reistijd op. Volgens de allochtone respondenten zijn zij anno 2010/2011 beter opgeleid dan de respondenten uit de literatuur. Ze zijn ook beter op de hoogte van wat het werk in de zorgsector grotendeels inhoudt. Door hun verdere scholing beschikken zij over de benodigde kennis en vaardigheden en zijn ze in staat om zelf informatie over een beroep of opleiding op te vragen. De culturele factoren uit de literatuur werden volgens de respondenten vroeger als belemmering gezien, maar tegenwoordig is dat minder aan de orde.

5.1.3 Beantwoording van deelvraag 3

In hoeverre participeerden Turkse en Marokkaanse vrouwen in vergelijking met autochtone vrouwen in verpleeghuizen en de thuiszorg? Deze vraag is beantwoord aan de hand van de gehouden interviews. Hieruit is naar voren gekomen dat Turkse en Marokkaanse vrouwen duidelijk ondervertegenwoordigd zijn in de onderzochte zorginstellingen. Vooral bij Thuiszorg Rotterdam zijn vrijwel uitsluitend autochtonen werkzaam. De Turkse en Marokkaanse respondenten treden niet op de voorgrond, blijven bescheiden op de werkvloer en zijn daardoor niet altijd transparant voor collega's en patiënten. Autochtone respondenten hebben weinig moeite met hun allochtone collega's. Ze hebben een fijne samenwerking op de werkvloer, maar buiten het werkterrein hebben zij geen contact met elkaar. Daardoor kennen autochtone, Turkse en Marokkaanse respondenten elkaar niet buiten het werkveld. De autochtone respondenten vermoeden dat de culturele factoren en deels de onderwijsfactoren (slechte beheersing van de Nederlandse taal) de Turkse en Marokkaanse vrouwen achter houdt. Zij durven dit niet met alle zekerheid te zeggen. Als zij (Turkse en Marokkaanse vrouwen) eenmaal participeren, gaat het makkelijker om zich verder te ontwikkelen. De autochtone respondenten concluderen dat de oorzaak van de lage arbeidsparticipatie van Turkse en Marokkaanse respondenten mogelijk op het culturele niveau ligt.

5.2 Reflectie

5.2.1 De Human Capital-theorie

Dit onderzoek biedt ook ruimte voor reflectie. In dit onderdeel komen kritiek en kantekeningen over de behandelde theorie en de manier waarop het onderzoek heeft plaatsgevonden aan de orde. Er is hierin een tweedeling gemaakt tussen de theoretische invalshoek en de gehanteerde methodiek.

De *Human Capital*-theorie is een beschouwing vanuit een individualistisch perspectief. Deze theorie benadrukt de individuele investeringen in het menselijk kapitaal. Volgens de *Human Capital*-theorie investeren individuen weinig, met als gevolg dat het onder andere tot inkomensverschillen leidt. Volgens Bisshop (2008, p. 66) kunnen mensen die investeren ook verticaal doorgroeien. Hij concludeert dat allochtone vrouwen meestal over minder menselijk kapitaal beschikken, wat kan bijdragen tot een lager opleidingsniveau. Volgens Bisshop (2008) vloeit hieruit de lage participatie van deze vrouwen op de arbeidsmarkt voort.

De resultaten uit dit onderzoek zijn gedeeltelijk in overeenstemming met de *Human Capital*-theorie. Niet alle factoren hebben iets gemeenschappelijks met de literatuur. De belemmeringen uit het onderzoek zijn nogal verschillend. Respondenten noemen niet alleen de factoren uit de literatuur, maar ook andere belemmeringen die mogelijk de lage participatie verklaren. De literatuur noemt individuele (opleidingsniveau, ervaring, etniciteit en geslacht) en culturele factoren (religie, arbeidsvoorwaarden, lichamelijke intimiteit en veiligheid). In dit onderzoek noemen de respondenten belemmeringen als hoge werkdruk, laag salaris, zwaar werk, ongeduldige patiënten en lange reistijden als individuele factoren. Factoren als religie, cultuur, gezinstaken en de veiligheid voor de moslima's met betrekking tot het werk zelf (bijv. agressieve patiënten en/of discriminatie) en de avonddiensten worden als culturele belemmeringen genoemd. Kijkend naar de oorzaken die de literatuur en dit onderzoek benoemen voor de lagere arbeidsparticipatie van allochtone vrouwen zijn er dus wel degelijk verschillen aanwezig.

Veenman (1997, 2002) voegt de kenmerken van allochtonen onder de noemer van individuele en collectieve hulpbronnen toe. Volgens deze auteur heeft het opleidingsniveau wel enige invloed op de werkloosheid, maar dit verklaart niet alles. De arbeidsmarkt beschrijft hij als een selectiemechanisme dat zorgdraagt voor beschikbare plaatsen voor werknemers. Werknemers worden verschillend gewaardeerd en beloond. Wanneer er voldoende werk is op de arbeidsmarkt, vallen sommigen door de mand. Dit heeft tot gevolg dat zij dan geen betaalde arbeid hebben. Veenman noemt dit een 'maatschappelijk

verdelingsmechanisme'. Hij benoemt het opleidingsniveau, tegenwoordig de mate van opleidbaarheid, als belangrijk selectie criterium. In dit onderzoek is de mate van verschil in opleidingsniveau van de respondenten terug te vinden. Respondenten met een beter opleidingsniveau voeren andersoortige werkzaamheden uit in vergelijking met lager opgeleide collega's. Ook benoemt Veenman vooropleiding en werkervaring als objectieve maatstaven voor de arbeidsmarktparticipatie. Deze maatstaven komen in dit onderzoek gedeeltelijk aan de orde, omdat niet alle respondenten bij aanvang van het werk in de zorgsector een opleiding hadden genoten en er soms ook geen sprake was van (eerdere) werkervaring.

De *Human Capital*-theorie belicht meer de afzonderlijke kanten van het individu en kijkt niet naar andere belemmerende factoren. Volgens deze theorieën ligt de lage arbeidsparticipatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen aan hun mindere investering in het menselijk kapitaal, waardoor ze minder productief zijn voor de arbeidsmarkt. De theorie van Wielers en Van der Meer (2006) belicht de andere kant van de belemmeringen, namelijk de culturele factoren. Volgens deze auteurs gaat het niet alleen om de individuele factoren, maar ook om de culturele factoren. Beide factoren beïnvloeden elkaar. Deze twee theorieën belichten elk een belangrijk aspect voor de lage arbeidsparticipatie van allochtone vrouwen. Het is daarom raadzaam om naar beide aspecten van belemmeringen te kijken.

In dit onderzoek zijn dan ook beide factoren onderzocht en dit is vergeleken met de theorieën die een potentiële verklaring geven voor de lage arbeidsparticipatie van in Nederland woonachtige allochtone vrouwen. De resultaten uit dit onderzoek gaan niet alleen van het opleidingsniveau uit. Volgens de respondenten zouden de culturele factoren ook een bijdrage leveren aan de lage arbeidsparticipatie. Wanneer de culturele normen niet zo strikt zouden worden nageleefd door Turkse en Marokkaanse vrouwen, zou dit hun arbeidsparticipatie wellicht kunnen versoepelen en vergroten. Hoewel deze theorie bruikbaar was in de verkenningsfase van dit onderzoek, kon in de verdiepingsfase worden geconstateerd dat deze theorie niet volledig de lage arbeidsparticipatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de zorg verklaart.

De respondenten uit dit onderzoek legden hun nadruk op religie, traditie, gezinstaken en veiligheid als culturele belemmeringen. Voor de individuele factoren worden belemmeringen als hoge werkdruk, zwaar werk, laag salaris, ongeduldige patiënten en lange reistijden genoemd. Sommige respondenten zien het opleidingsniveau deels als belemmering, maar sluiten de combinatie van individuele en culturele factoren niet uit. De culturele factoren zijn mogelijk de oorzaak van individuele factoren. Factoren als religie, traditie en gezinstaken kunnen Turkse en Marokkaanse vrouwen bemoeilijken om te

investeren in een opleiding. Hierdoor investeren zij minder in hun menselijk kapitaal en dit heeft weer gevolgen voor de individuele factoren. De respondenten vinden dat de culturele factoren de laatste jaren sterk aan het veranderen zijn. Dit merken de respondenten aan zichzelf, omdat zij niet of minder beïnvloed zijn door de culturele factoren.

5.3 Aanbevelingen

5.3.1 Huidig en toekomstig personeel in de zorg

Hieronder worden enkele aanbevelingen gegeven om Turkse en Marokkaanse vrouwen te motiveren om in de zorgsector te werken. Daarvoor is gekeken welke belemmeringen een struikelblok vormen en hoe deze kunnen worden weggenomen. Vervolgens worden er verbeter- en aandachtspunten geformuleerd die de informanten zelf als kansrijk beoordeelden. De aandachtspunten zijn gericht op de beeldvorming ten aanzien van Nederlandse allochtonen en op informatie over de zorg c.q. het aantrekkelijk(er) maken van de zorgsector als werkgever.

5.3.2 Zoek zelf naar mogelijkheden voor taakverlichting

Aan de respondenten is gevraagd of er meer Turkse en Marokkaanse vrouwen in de zorg moeten komen werken. Veel van de zorgmedewerkers vinden dat er specifieke voorwaarden moeten komen om in de zorg te kunnen werken. Behalve feeling, affiniteit en liefde voor het werk, moeten mensen het werk ook een warm hart toedragen. Volgens de respondenten is er ook een grens met wat men kan bereiken. Wanneer iemand voldoet aan deze voorwaarden kan zij binnen de zorgsector werken. Medewerkers werken dan samen met mensen van hun eigen culturele achtergrond en dat geeft hen een beter gevoel. Ze spreken en begrijpen elkaar ook beter. Er vindt een betere onderlinge uitwisseling over patiënten en de eigen cultuur plaats. Er ontstaat zo mogelijk een betere onderlinge verstandshouding. Verder is het belangrijk dat vrouwen die voor de zorg gekozen hebben het werk ook volhouden. Om uitval te voorkómen en de doorstroom te bevorderen zijn enkele aspecten van belang. Zo is het van belang dat er goede begeleiding is vanuit de zorgafdeling (leiding). De zorgmedewerkers moeten in de gelegenheid worden gesteld om ervaringen in zoveel mogelijk verschillende werkzaamheden op te doen. Hierdoor worden ze ook gestimuleerd om in diverse deelsectoren meer zicht te verkrijgen. Daarnaast moet er aandacht worden besteed aan diverse, eerder in deze scriptie besproken, culturele aspecten van het werken in de zorgsector.

Het is verder van belang om het zelfbeeld en -vertrouwen bij zorgverleners te bevorderen vanaf een laag niveau (1 en 2). Daarnaast moet er aandacht zijn voor werkzaamheden die vanuit cultureel perspectief extra lastig kunnen zijn voor Turkse en Marokkaanse vrouwen, bijvoorbeeld aandacht voor het wassen van mensen en het draaien van verschillende diensten. Door beter aandacht hieraan te besteden zou de arbeidsparticipatie van de onderzochte Turkse en Marokkaanse vrouwen kunnen verbeteren.

Tot slot is aandacht voor de specifieke meerwaarde van Turkse en Marokkaanse zorgverleners van belang, zowel vanuit de zorg aan toenemende groepen Turkse en Marokkaanse zorgvragers alsook vanuit de wens de zorg meer multicultureel te maken. Het is daarom van belang dat er een dialoog hierover plaatsvindt óver en b́innen de zorgsector. Meer aandacht voor interculturele zorg kan het werk aantrekkelijker maken voor deze vrouwen. Turkse en Marokkaanse vrouwen ervaren meer specifieke belemmeringen om in de zorg te werken: belastend werk (fysiek), verandering in het roosterbeleid en personeelsvoorziening en het negatieve imago van de zorgsector. Ten aanzien van het roosterbeleid schijnen de laatste jaren veranderingen te zijn opgetreden; zo heeft Laurens Zorginstelling een soort 'moedercontract', waarmee moeders kunnen werken en daarnaast bijv. ook hun kinderen zelf van en naar school kunnen brengen.

5.4 Aanbevelingen voor de zorginstellingen

5.4.1 De culturele achtergrond

Het is wenselijk om Turkse en Marokkaanse vrouwen in de zorg te behouden. De algemene beeldvorming over de zorg in Turkse en Marokkaanse gemeenschappen is essentieel voor een grotere arbeidsparticipatie binnen de zorgsector. Volgens de respondenten is het vanwege de culturele achtergrond en de daarmee samenhangende opvattingen over de zorg, verstandig dat deze doelgroepen positief worden benaderd met de juiste informatie. Volgens de respondenten zou het prettig zijn dat de organisaties problemen die de branche betreffen vroegtijdig signaleren en hun instellingen ondersteunen bij het vinden van oplossingen. Instellingen moeten zaken met betrekking tot hun zorginstelling, medewerkers en hun beleid professioneel aanpakken en uitvoeren. Aanpassingen in het beleid ten aanzien van de allochtone medewerkers zou volgens de respondenten ook een zinvolle bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van hun relatief lage arbeidsparticipatie. Instellingen die allochtone vrouwen met hoofddoeken weigeren, moeten bijvoorbeeld worden aangesproken. Er zou dan sprake kunnen zijn van verborgen discriminatie. Daarnaast kunnen instellingen

ook flexibele(re) werktijden invoeren voor mensen met kinderen. Verder zouden er voor de drukke periodes (onderbezetting) oproepkrachten ingezet kunnen worden.

5.4.2 Investeren Human Capital

In de zorg werken is verantwoordelijk werk: het gaat om andermans gezondheid. Daarom moeten mensen die in de zorg werken goed opgeleid en gekwalificeerd zijn. In de praktijk zijn veel mensen die potentieel in de zorg willen werken, net niet voldoende gecertificeerd om gelijk aan de slag te gaan, terwijl ze wél gemotiveerd zijn. Zorginstellingen laten hier een kans liggen. Gemotiveerde zorgmedewerkers moeten in de gelegenheid gesteld worden om zich verder te ontwikkelen. Een generiek beleid dat gericht is op medewerkers van alle achtergronden en waarin thema's als werkdruk, veiligheid (nachtdiensten) en de combinatie van werk en zorg de nodige aandacht krijgen, is hiervoor cruciaal.

5.4.3 Investeren in actieve werving en informatieverstrekking

Actieve werving van allochtone vrouwen zorgt ervoor dat er aandacht is voor interculturele verschillen (en overeenkomsten). Belangrijk is dat er geen negatieve beeldvorming over deze vrouwen ontstaat. Er moet een eenduidig beleid zijn over arbeidsvoorwaardelijke aspecten, zoals wel of niet een hoofddoek dragen en wel of niet werken tijdens islamitische feesten en avond- en weekenddiensten. Gerichte begeleiding vanuit leidinggevenden om door te stromen is daarbij van belang. Vervolgens moeten voor de zorgmedewerkers opleidingsplaatsen beschikbaar worden gesteld. Benadruk ook vooral de goede kansen voor Turkse en Marokkaanse vrouwen zelf, zoals baanzekerheid en doorgroeimogelijkheden. Bovendien is het hier van belang dat potentiële kandidaten zijn voorzien van voldoende informatie over het werken in de Nederlandse zorgsector. Dit vergt meer dan alleen een paar folders op een tafel leggen. Diverse kanalen moeten hierbij worden benut, waaronder open dagen waar mensen nader worden geïnformeerd. Daarnaast zien we dat de nieuwe generatie allochtonen thuis is in het gebruik van de *social media*. Zorginstellingen kunnen bijvoorbeeld kanalen als Twitter, Facebook, Hyves en YouTube gebruiken om informatie over het werken in de zorgsector te delen.

5.4.4 Rolmodellen

Turkse en Marokkaanse vrouwen die succesvol carrière maken, moeten transparant zijn om de negatieve beeldvorming weg te werken. Daarom wordt gewezen op het onbenut potentieel van Turkse en Marokkaanse vrouwen en het belang van een multicultureel

personeels- en zorgbeleid. Als er rolmodellen zijn, kunnen zij worden gevraagd om bijvoorbeeld via Twitter en Facebook hun positieve ervaringen over hun werk te delen. Een bericht als “Ik heb net het leven van een bejaarde vrouw gered”, geeft aan hoe belangrijk en relevant het werken in de zorgsector kan zijn.

5.4.5 Aanbevelingen voor nader onderzoek

In dit onderzoek ligt de focus op het individuele perspectief in plaats van het institutionele perspectief. Het institutionele perspectief erkent de aandacht voor individuele kenmerken, maar verklaart de positie van de werkenden op basis van de specifieke structurele kenmerken. De handelingen van individuen zijn ingebed in instituties. Uit institutionele regelingen vloeien niet alleen acties van werknemersorganisaties voort, maar ook het personeelsbeleid van instellingen en van overheidsbeleid. Deze institutionele regelingen geven gezamenlijk structuur aan de interne arbeidsmarkt. De positie op de arbeidsmarkt wordt dan niet alleen bepaald door het rationeel gedrag van werknemers en werkgevers, maar ook de structurele kenmerken, zoals het bestaan van loopbaanpaden, vacatures en selectiecriteria, zullen een belangrijke rol meespelen. Deze structurele kenmerken zijn in dit onderzoek benoemd, maar niet verder uitgewerkt. Nader onderzoek op het terrein van het institutionele perspectief kan verder bijdragen aan het begrijpen van de stagnatie van de arbeidsparticipatie van de onderzochte doelgroepen binnen de Nederlandse zorgsector. Tot slot enkele andere aanbevelingen met betrekking tot nader onderzoek: gelijksoortig onderzoek uitbreiden over een groter gebied dan alleen de regio Rotterdam. Een kwantitatief onderzoek zou daarnaast meer Turkse en Marokkaanse vrouwen kunnen bereiken en hun onderparticipatie binnen de Nederlandse zorgsector verder kunnen verklaren. En als laatste aanbeveling zou ik willen voorstellen om de verkregen onderzoeksresultaten te vergelijken met literatuur- en/of praktijkonderzoeken uit andere (met name west-Europese) landen ten aanzien van de arbeidsparticipatie van allochtone vrouwen (en wellicht ook mannen?).

5.5. Conclusie

De deelvragen hebben in het teken gestaan van het beantwoorden van de centrale vraag van het onderzoek: *Welke aspecten belemmeren Turkse en Marokkaanse vrouwen, ten opzichte van autochtone vrouwen, om in de Nederlandse zorgsector te werken?*

Om de bovenstaande vraag te beantwoorden is gebruikgemaakt van een tweetal onderzoekstechnieken. Uit de literatuur zijn de factoren die een belemmerende rol hebben gespeeld bij de arbeidsparticipatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de zorgsector nagegaan. Om een compleet beeld te krijgen, zijn deze documenten aangevuld met verkennende interviews. Zo is er input ontvangen uit 49 interviews met zorgmedewerkers en leidinggevenden. Uit de interviews kon een helder beeld verkregen worden van de percepties van de individuele medewerksters. Nadat de individuele interviews waren afgerond, hebben er interviews met twee leidinggevenden plaatsgevonden. Met de zorgmedewerkers en de twee leidinggevenden zijn gesprekken gehouden over de belemmerende factoren en de doorgroeimogelijkheden voor autochtone vrouwen in de Nederlandse zorgsector. Deze interviews hebben inzichten, verbeteringen en aanbevelingen opgeleverd met betrekking tot de lage arbeidsparticipatie van deze vrouwen in de zorgsector.

Uit de interviewresultaten is op te maken dat Turkse en Marokkaanse vrouwen anders denken over het werken in de zorgsector dan autochtone vrouwen. Ook de keuze voor het werken in de zorg ligt voor deze groepen verschillend. De vrouwen die geïnterviewd zijn denken vrijer over de factoren en belemmeringen dan die in de literatuur genoemd zijn. De vrouwen die al in de zorg werken, hebben een zekere status ten aanzien van hun familieleden die niet werken. Dit leidt ertoe dat zij toch een positieve instelling hebben over het werk in de zorgsector. Het werk wordt door Turkse en Marokkaanse informanten als positief beschouwd, hoewel zij ook kritiek uitten. Respondenten die voor de zorg hebben gekozen zijn heel tevreden en enthousiast en geven aan dat zij binnen de zorg tot hun recht komen. Turkse, Marokkaanse en autochtone vrouwen krijgen de mogelijkheden om door te groeien. Hoewel dit momenteel (economische recessie) in mindere mate is, worden de Respondenten toch wel in de gelegenheid gesteld om zich verder te ontwikkelen binnen de zorgsector.

Dit onderzoek eindigt met enkele aanbevelingen voor de verbetering van de arbeidsparticipatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de zorgsector. Het is bijvoorbeeld belangrijk om maatregelen te nemen om uitval tegen te gaan. Volgens de respondenten is het wenselijk om binnen de zorg op systematische en actieve wijze ondersteuning te geven. Het is belangrijk om de vrouwen die al binnen de zorg werken te behouden en de gemotiveerden eventueel door te laten stromen. Er moeten echter geen

allochtone vrouwen worden voorgetrokken op basis van hun etnische achtergrond in plaats van op basis van hun competenties en ervaring. De zorginstelling moet het werk in de zorgsector aantrekkelijk(er) maken voor haar zorgmedewerkers. Problemen binnen de instellingen moeten, ten slotte, volgens de respondenten tijdig worden gesignaleerd en aangepakt. Dit sluit tevens aan bij de toevoeging die is gedaan omtrent de conferentie over participatie van allochtonen(Conferentie 'Meedoen, Meedenken en Meebeslissen' van het onafhankelijke Utrechtse Verwey-Jonker instituut (Tomassen, 2010)).

6. Literatuurlijst

Allaart, P.C., van Essen, G., & Peters, F.J.M. (2000). *Arbeid in zorg en welzijn. Integreerend OSA-rapport 2000*. Tilburg: OSA.

Becker, G.S. (1964). *Human Capital, New Yorker*. New York.

Bisschop, G. (2008). *Diversiteit in mobiliteit, een kwantitatief onderzoek naar de interne mobiliteit van de allochtone werknemers bij het bestuursdepartement van het ministerie van Justitie* (Afstudeerthesis). Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Bloemen, H., & Dellaert, B. (2000a). *De studiekeuze van middelbare scholieren. Een analyse van motieven, perspectieven en preferenties*. Tilburg: OSA.

Bloemen, H., & Dellaert, B. (2000b). *De keuze van jongeren voor een zorgopleiding. Onderzoek naar factoren die de studiekeuze beïnvloeden*. Tilburg: OSA.

Bloemen, H. & Dellaert, B. (2000c). *Determinanten van studiekeuze van jongeren*. Den Haag: OSA.

Bloemendaal, I., de Kroon, S. & van der Velde, F. (2008). *Allochtone vrouwen in de zorg. Motivaties, preferenties en belemmeringen voor het werken in de zorg bij Turkse en Marokkaanse meisjes en vrouwen*. Onderzoek uitgevoerd door Prismant in opdracht van de Raad voor Werk en Inkomen. Verkregen op 25 maart 2011 van http://rwi.nl/CmsData/File/2008/Allochtone_vrouwen_in_de_zorg_okt_2008-DEF.pdf

Boedjarath, I., & Fienieg, B. (2010). *Meedoen, meedenken, meebeslissen. Participatie van allochtonen in gezondheidsbevordering*. Verkregen op 26 maart 2012 van <http://www.verweyJonker.nl/doc/actueel/conferenties/Verslag%20Meedoen%20Meedenken%20Meebeslissen.pdf>

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom Onderwijs.

Bots, M. (1994). *Scholingsproject allochtone verplegenden. Op weg naar een baan*. Verpleegkunde nieuws, jaargang, 8, 21, 19-21.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2003). *Allochtonen in Nederland 2003*. Verkregen op 28 juni 2011 van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/0829A30D-FBEE-4B0D-846C-062F06E085D1/0/allochtonennederland03.pdf>.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2011). *Werkloosheid onder niet-westerse allochtonen in 2010 verder opgelopen*. Verkregen op 21 maart 2012 van <http://www.cbs.nl/NL/menu/themas/dossiers/allochtonen/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-005-pb.htm>

Dagevos, J., & Veenman, J. (1992). *Succesvolle allochtonen – over de maatschappelijke carrière van Turken, Marokkanen, Surinamers en Molukkers in hogere functies*. Amsterdam: Boom Onderwijs.

Dagevos, J. (1998a). *Begrensde mobiliteit – over allochtone werkenden in Nederland*. Assen: Van Gorcum.

Dagevos, J., & Roodenburg, A. (1998b). *Ongekend talent : Hoog opgeleide allochtonen en hun kansen op instroom, doorstroom en uitstroom bij de ministeries van VROM, OC&W en V&W*. Rotterdam: ISEO.

Dagevos, J., Odé, A., & Pels, T. (1999b). *Etnische-culturele factoren en de maatschappelijke positie van etnische minderheden - een literatuurstudie*. Rotterdam: ISEO.

Fienieg, B. (2010). *Meedoen, meedenken, meebeslissen. Participatie van allochtonen in gezondheidsbevordering*. Verkregen op 26 maart 2012 van <http://www.verweyJonker.nl/doc/actueel/conferenties/Verslag%20Meedoen%20Meedenken%20Meebeslissen.pdf>.

Graaff, F. de, & Devillé, L.J.M. (2003). *Kansen en belemmeringen voor allochtonen op de arbeidsmarkt in de zorg- en welzijnssector*. Tilburg: OSA.

Groeneveld, S.M. (2002). *Loopbanen onder de loep*. Assen: Van Gorcum.

Keuzenkamp, S., & Merens, A. (2006). *Sociale atlas van vrouwen uit etnische*

minderheden. Den Haag: SCP.

Lagendijk (1990). Onderzoek BV. *Allochtone vrouwen en verzorgende beroepen*. Opleiding van Verzorgende en Dienstverlenende beroepen. Bunnik: OVBD.

Marshall, C., & Rossman, G.B. (2006). *Designing qualitative research*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Raad voor Werk en Inkomen (2008). *Voor de keuze: voorstellen voor een betere studie- en beroepskeuzebegeleiding*. Verkregen op 18 april 2011 van <http://rwi.nl/CmsData/File/2008/Advies-SBK.pdf>

Schaafsma, J. (2006). *Ethnic diversity at work. Diversity attitudes and experiences in Dutch organizations*. Amsterdam: Aksant Academic Publishers.

Thiel, S. van (2007). *Bestuurskundig onderzoek - een methodologische inleiding*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Tomassen, G. (2010). *Meedoen, meedenken en meebeslissen*. Utrecht: Gezondheidsinstituut NIGZ.

Ultee, W., Arts, W., & Flap, H. (1992). *Sociologie - Vragen, uitspraken, bevindingen*. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.

Veenman, J. (1995). *Heb je niets, dan ben je niets - tweede-generatie allochtone jongeren in Amsterdam*. Assen: Van Gorcum.

Veenman, J. (1996). *Keren de kansen? - tweede-generatie allochtonen in Nederland*. Assen: Van Gorcum.

Wielers, R., & van der Meer, P. H. (2006). *Ontwikkelingen op de Nederlandse arbeidsmarkt (2): arbeidsmarkt- participatie*. In J. Ruysseveldt, & J. van Hoof (red.). *Arbeid in verandering* (pp. 147-169). Meppel: Boom.

Bijlagen

Bijlage 1: Interviewleidraad zorgdeelnemers

Inleiding

Allereerst wil ik alle respondenten hartelijk danken voor de deelname aan dit interview, wat ik uitgevoerd heb in het kader van mijn afstudeerscriptie Sociologie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Middels dit onderzoek wilde ik nagaan welke aspecten Turkse en Marokkaanse vrouwen belemmeren om in de Nederlandse zorgsector te werken.

Het interview bevat vijf onderdelen. In het eerste onderdeel worden een aantal algemene vragen gesteld (achtergrondinformatie). In het tweede onderdeel stel ik een aantal vragen over de keuze van het werken in de zorgsector. Vervolgens stel ik een aantal vragen over de mogelijke invloed of rol van familie, vrienden en de omgeving bij deze keuze. Onderdeel vier bevat vragen over de religie en het laatste onderdeel sluit het interview af met vragen over het sociale netwerk.

Het interview duurt ongeveer een uur en wordt volledig anoniem verwerkt. Als u geen bezwaar heeft, neem ik het interview op, omdat dit het uitwerken makkelijker maakt. Zijn er nog vragen naar aanleiding hiervan? Zo niet, dan begin ik nu met het eerste onderdeel.

Het eerste onderdeel vormt een introductie op het interview. Deze vragen gaan over uw achtergrond.

1. Wat is uw naam?
2. Wanneer en waar bent u geboren?
3. Heeft u een opleiding genoten? Zo ja, welke?
4. Heeft u een gezin? Zo ja, waaruit bestaat uw gezin?

Het volgende onderdeel bestaat uit vragen die gaan over uw keuze van het werk in de zorg.

1. Waarom heeft u gekozen voor het werk in de zorgsector?
2. Welke ervaring heeft u met dit werk?
3. Hoe beleeft u het werk in de zorg?
4. Welke relevante factoren hebben een rol bij uw keuze voor dit werk gespeeld?
5. Wat zijn de aantrekkelijke en mindere aantrekkelijke kanten van het werk in de zorg?
6. Wat zijn de kenmerken van uw werk in de zorg?

Nu zijn we aangekomen bij het derde onderdeel uit het interview. In dit gedeelte gaat het over de invloed van familie, vrienden en de omgeving.

1. Welke rol hebben familie en vrienden bij uw keuze voor de zorgsector gespeeld?
2. Welke rol heeft de omgeving gespeeld bij uw keuze?
3. In hoeverre kunt u werk en zorg combineren?
4. Welke opvattingen zijn er over werken in de zorg door vrouwen?
5. Welke toekomstperspectieven biedt het werk in de zorg?

De volgende vragen hebben betrekking op religie.

1. Welke religie belijdt u?
2. In welke mate heeft religie invloed op uw leven?
3. In hoeverre heeft religie invloed op uw werk?

Dit is het laatste onderdeel en heeft betrekking op contacten met anderen en uw sociale netwerk.

1. Heeft u een sociaal netwerk? Zo ja, waaruit bestaat uw sociaal netwerk?
2. Op welke manier en hoe vaak vindt het netwerken plaats?
3. In hoeverre is het contact uit uw sociaal netwerk belangrijk voor u?

Dit was het laatste onderdeel. Hartelijk dank voor uw medewerking!

Bijlagen 2

Overzicht van deelnemers en de drie zorginstellingen

<i>Nummers</i>	<i>Respondenten</i>	<i>Opleidingsniveau</i>	<i>Instelling</i>
1	B	VMBO Basiszorg (niveau 3)	Laurens Zorginstelling
2	A	HBO-Verpleegkunde	Laurens Zorginstelling
3	A	MBO Helpende Welzijn (niveau 2)	Humanitas
4	B	MBO Verzorging (niveau 3)	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau
5	A	BBL-traject Verzorging	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau
6	A	MBO-Verpleegkunde (niveau 3)	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau
7	A	MBO-Verzorgende (niveau 3)	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau
8	A	MBO-Economie en Helpende Welzijn (niveau 2)	Humanitas
9	B	Verzorgende IG (niveau 3)	Humanitas
10	B	HBO-Voedingsdeskundige	Humanitas
11	B	MBO-Helpende Welzijn (niveau 2)	Humanitas
12	C	MBO-Verzorging (niveau 3)	Humanitas
13	B	Helpende Welzijn (niveau 2)	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau
14	B	Basisverzorging	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau
15	C	Verpleegkunde (niveau 3)	Laurens Zorginstelling
16	A	MBO-Verzorgende IG	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau
17	C	Verpleegkunde A, Managementopleiding, Voortgezet verpleegkundige Ouderenzorg en chronische	Laurens Zorinstelling

		zorg GGZ	
18	A	MBO-Verzorgende IG	Laurens Zorginstelling
19	B	Helpende Welzijn (niveau 2)	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau
20	B	Helpende Welzijn (niveau 2)	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau
21	B	MBO-Verzorgende (niveau 3)	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau
22	C	Verzorgende IG (niveau 3)	Laurens Zorginstelling
23	A	Bezig met MBO-Verzorging (niveau 3)	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau
24	C	HBO-V Leidinggevende	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau
25	B	MBO-Helpende Welzijn Helpende ouderenzorg	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau
26	B	Helpende Welzijn (niveau 2) Bezig met Verzorging niveau 3	Humanitas
27	C	HBO-Verpleegkunde	Laurens Zorginstelling
28	A	MBO-Verzorging(-niveau 3) Studie Verpleegkunde	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau
29	A	MBO-Helpende Welzijn (niveau 2)	Humanitas
30	A	MBO-Verpleegkunde (niveau 3)	Laurens Zorginstelling
31	A	MBO-Verpleegkunde (niveau 3)	Laurens Zorginstelling
32	B	MBO-Verpleegkundige (niveau 3)	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau
33	C	MBO-Verzorgende (niveau 3)	Laurens Zorginstelling
34	C	MBO-Verzorgende IG	Humanitas
35	A	BBL-opleiding Zorg en Welzijn	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau

36	B	MBO-Helpende Welzijn (niveau 2)	Humanitas
37	A	Verzorgende (nog geen diploma)	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau
38	B	MBO-Verpleegkunde (niveau 3)	Laurens Zorginstelling
39	B	HBO-Verpleegkunde	Laurens zorginstelling
40	B	MBO-Zorgniveau 1	Humanitas
41	C	MBO-Helpende Welzijn (niveau 2)	Laurens Zorginstelling
42	B	MBO-Helpende Welzijn	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau
43	A	MBO-Verzorgende IG	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau
44	C	MBO-Helpende Welzijn	Humanitas
45	B	BBL-opleiding Zorg en Welzijn	Laurens Zorginstelling
46	C	MBO-Verpleegkunde (niveau 3)	Laurens Zorginstelling
47	B	Helpende Verzorger (niveau 1)	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau
48	C	MBO-Verpleegkunde (niveau 3)	Humanitas
49	B	MBO-Verzorgende IG	Maatschappelijk Ondersteunings Bureau