Bewustwording
rond man-vrouw-
verschillen

Werk, gender en gezondheid

Carel Hulshof,
Toine Lagro-
Janssen

Dit artikel gaat in op genderspecifieke aspecten in de relatie tussen werk en gezondheid. Dit illustreren we bij twee veelvoorkomende gezondheidsproblemen. Wat betekent het rekening houden met verschillen tussen mannen en vrouwen bij begeleiding ter voorkoming van uitval uit het werk of bij terugkeer naar werk? Kennis hierover verdiept het inzicht in gezondheidsproblemen. Bewustwording van bestaande man-vrouwverschillen en meer kennis bij bedrijfs- en verzekeringsartsen over genderspecifieke aspecten kunnen leiden tot een meer proactieve begeleiding van werkgerelateerde gezondheidsproblemen.*

Terwijl *seks* duidt op het geheel van biologische, chromosomale en hormonale eigenschappen dat bepaalt of iemand vrouw dan wel man is, is *gender* de term die wordt gebruikt voor de psychologische eigenschappen en gedragskenmerken die binnen een bepaalde cultuur en tijd worden toegeschreven aan

vrouwen en mannen. In het artikel spreken we over man-vrouwverschillen. Dit kan zowel seks als gender betreffen, maar de genderspecifieke aspecten staan hierbij op de voorgrond.

In de relatie tussen werk en gezondheid spelen verschillen tussen mannen en vrouwen een rol. Enerzijds leiden diverse ziekten of aandoeningen tot verschillen in klachten of symptomen bij vrouwen en mannen en anderzijds kunnen →

► *prof. dr. Carel Hulshof is emeritus hoogleraar Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde en verbonden aan Amsterdam UMC, afd. Public and Occupational Health, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Amsterdam*
c.t.hulshof@amsterdamumc.nl

► *prof. dr. Toine Lagro-Janssen is hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, verbonden aan Radboudumc (Eerstelijngeneeskunde), Nijmegen*

*Dit artikel is een verkorte versie van Hoofdstuk 5

Werk en gezondheid, Kees de Kock en Carel Hulshof in *Gendersensitieve huisartsgeneeskunde, een handboek voor de praktijk*. Onder redactie van Toine Lagro-Janssen en Doreth Theunissen. Houten: BSL; november 2021.

Psychologische klachten, zoals angst, depressieve stemming en werkdruk, zoals bij Christa, zijn een risico voor zowel het ontstaan als verergeren van ischemische hartziekten.

Glazen muur en plafond

Horizontale seksesegregatie ('glazen muur'): de verdeling van mannen en vrouwen over beroepen en sectoren. Veelal is er sprake van een ongunstigere kwaliteit van arbeid (arbeidsinhoud, -omstandigheden, -voorwaarden en -verhoudingen) in de beroepen en sectoren waar veel vrouwen werkzaam zijn. Verticale seksesegregatie ('glazen plafond'): de verdeling van mannen en vrouwen over de functieniveaus binnen beroepen en sectoren. Mannen werken vaker op hogere functieniveaus dan vrouwen en stromen ook vaker door tot leidinggevende of manager.

de gevolgen hiervan voor de arbeidsparticipatie ook verschillend zijn. Deels is dit terug te voeren op verschillen in de beroepen waarin mannen en vrouwen traditioneel werkzaam zijn (zie figuur 1). Dit wordt horizontale seksesegregatie genoemd (zie kader Glazen muur en plafond). Hierbij valt op dat de traditionele vrouwenberoepen en ook de sectoren waar veel vrouwen werken (bijvoorbeeld zorg, schoonmaak, uitzendbranche) over het algemeen gekenmerkt worden door een relatief laag inkomen, weinig regelmogelijkheden in of controle over het werk, minder carrièremogelijkheden, een grotere kans op seksuele intimidatie of geweld op het werk en meer mogelijkheden tot werken in deeltijd.¹

Dit betekent een ongelijke verdeling van betaalde arbeid in het nadeel van vrouwen. Wat betreft de meer typische 'mannenbanen' voltrekken zich ook ingrijpende veranderingen: het afnemen van het aantal werknemers met een vast contract, de opkomst van zelfstandigen zonder personeel, werk dat door buitenlandse werknemers gedaan wordt omdat er geen Nederlandse werknemers voor te vinden zijn, en banen die verdwijnen door robotisering.

Ook verticale seksesegregatie is van belang: vrouwen stromen, door een combinatie van factoren, in geringere mate door naar hogere posities. In Nederland waar men de neiging heeft zichzelf als vooruitstrevend te beschouwen, valt bovendien op dat de vrouwen in veel grotere mate in deeltijd werken dan landen om ons heen. In Nederland werkt 73,4 procent van de werkende vrouwen in deeltijd tegenover 23,3 procent van de mannen. In de EU als geheel werkt gemiddeld 30,7 procent van de vrouwelijke arbeidskrachten in deeltijd en 8 procent van de mannen.² Door deze factoren zijn vrouwen minder vaak financieel onafhankelijk en lopen zij een groter risico om te vervallen tot armoede, bijvoorbeeld bij een echtscheiding of overlijden van de partner.

Meer mantelzorg

Met het ouder worden van de werkende bevolking en de verplichting tot langer doorwerken komen verschillen tussen mannen en vrouwen nog duidelijker naar voren. Participatie in betaald werk van vrouwen ligt in het algemeen lager dan bij mannen – vrouwen zijn vaker parttime werkzaam –, hebben andere banen met ongunstigere arbeidsomstandigheden, hebben een hoger ziekteverzuim en stoppen eerder met werk.³ Daarnaast zijn vrouwen meer dan mannen betrokken bij mantelzorg. Mantelzorg hangt samen met een hogere kans op stress in het werk, depressie en ziekteverzuim en geeft bij vrouwen vaker dan bij mannen aanleiding tot het terugbrengen van het aantal uren of het stoppen met werk.⁴ Het is niet zo dat de werk-privébalans bij vrouwen over het algemeen ongunstiger is dan bij mannen. Wel komen bij correctie voor de omvang van het dienstverband en sociaaleconomische positie genderverschillen naar voren. Vrouwen in fulltime banen of in hogere posities (leidinggevenden, managers) hebben vaker problemen

▼ **Figuur 1: Verdeling mannen en vrouwen over beroepsklassen (totaal werkenden x 1.000).**

Bron: cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-arbeidsmarkt/werkenden/beroepen-van-werkenden

met hun werk-privébalans dan hun mannelijke collega's waarschijnlijk door het grotere beroep dat op hen gedaan wordt in de privésituatie.^{5,6}

Gender en gezondheid

Bij werkgerelateerde gezondheidsproblemen is meestal sprake van een complexiteit. Zij vragen vaak langdurige begeleiding waarbij samenwerking nodig is met verschillende disciplines. In deze paragraaf gaan we in op een aantal genderspecifieke aspecten van twee veel voorkomende aandoeningen: hart- en vaatziekten en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Hart- en vaatziekten

Christa, 48-jaar, werkt als IC-verpleegkundige. Ze heeft veel ervaring en werkt er al 20 jaar. Door de enorme werkdruk als gevolg van de Covid-19 pandemie heeft ze een zeer zware en emotionele werkdag achter zich. Op de fiets op weg naar huis krijgt ze een zwaar gevoel op de borst dat niet afneemt als ze thuiskomt. Omdat ze zich steeds beroerder voelt, maakt ze zich zorgen en belt met de huisartsenpost. Gezien haar leeftijd denkt men niet aan een hartinfarct. De klachten zijn enkele uren later niet afgenomen. Ze vertrouwt het niet en gaat met een goede vriendin naar de huisartsenpost. Daar verwijst men haar met spoed naar de

SEH-cardiologie waar vastgesteld wordt dat ze een hartinfarct heeft. Vier maanden later komt ze bij de cardioloog op controle. Ze is nog steeds niet aan het werk.

Psychologische klachten, zoals angst, depressieve stemming en ervaren werkstress, zoals die ook bij Christa spelen, zijn een risico voor zowel het ontstaan als het verergeren van ischemische hartziekten. Het werk in sectoren als de zorg en het onderwijs, waar meer vrouwen dan mannen werkzaam zijn, wordt complexer door steeds sneller veranderende voorschriften, eisen en werkwijzen. De combinatie van een verouderende beroepspopulatie, hoge werkdruk en stress door een tekort aan voldoende gekwalificeerd personeel en frustratie door de bescheiden maatschappelijke waardering, leidt tot een hoog ziekteverzuim: 6,1 procent in de zorg en 4,5 procent in het onderwijs. In de verpleging, verzorging en thuiszorg liep het ziekteverzuim in 2020 zelfs op tot 8,0 procent.⁷ Bijna de helft (48%) van de werkenden in de zorg ervaart hun werkdruk als (veel) te hoog. Hoewel vrouwen meer psychologische klachten rapporteren dan mannen, is onderzoek naar genderverschillen in het cardiale risico van psychologische klachten nog beperkt.⁸ Wel is bekend dat het ervaren van een hoge werkdruk een verhoging van het risico geeft op

Klachten aan het bewegingsapparaat hoeven lang niet altijd tot ziekteverzuim te leiden.

cardiale incidenten bij zowel mannen (hazard ratio (HR) 1,29; 95% betrouwbaarheidsinterval 1,13-1,48) als bij vrouwen (HR 1,46; 1,07-1,99).⁹ Voor mannelijke patiënten is aangetoond dat ervaren werkdruk, al dan niet in combinatie met weinig sturingsmogelijkheden op het werk, ook de kans op een recidief vergroot. De bewijzen voor vrouwen zijn hierbij minder sterk, mogelijk omdat vrouwen vaak nog andere rollen vervullen dan de rol van werknemer en de werkgerelateerde rol minder is onderzocht. Christa heeft na vier maanden haar werk nog niet hervat. Ze heeft geen specifieke hartrevalidatie gehad. Vrouwelijke patiënten met coronaire hartziekten hebben een anderhalf keer zo grote kans op een vertraagde werkhervatting dan mannen.¹⁰ Zij ontwikkelen na het doormaken van een cardiaal incident vaker en ernstigere depressieve symptomen en angstsymptomen en lijken hierbij een slechtere prognose voor werkhervatting te hebben dan mannen.¹¹ Dit wordt verklaard door een complex van factoren waarbij vrouwen vaker werk doen waarin het relatief minder gemakkelijk is om te re-integreren dan mannen en vrouwen vaak minder goed begeleid worden. Bij vrouwelijke patiënten moet daarom intensievere begeleiding geboden worden bij arbeidsre-integratie, omdat

ze over het algemeen minder snel het werk hervatten. Een tijdige verwijzing naar hartrevalidatie en overleg met de huisarts is daarbij belangrijk.

Aandoeningen bewegingsapparaat

Huub, een ervaren kraanmachinist van 58 jaar, heeft klachten van zeurende pijn in zijn rechterarm met tintelingen in de middelste drie vingers links. Ook de rechterschouder doet pijn. Er zijn geen andere medische klachten. Uw collega zag hem een half jaar geleden al eens in verband met een 'cervicobrachiaal syndroom.' De klachten over tintelingen worden steeds hinderlijker. Hij werkt momenteel in Rotterdam, 150 km van waar hij woont. Doordat een collega is uitgevallen en een karwei af moest, is hij te lang doorgedaan. Hij heeft op zijn verzoek van de huisarts pijnstillers gekregen om aan het werk te kunnen blijven. De huisarts adviseerde ook een consult bij de bedrijfsarts. De bedrijfsarts heeft een goede samenwerking opgebouwd met een arbeidsfysiotherapeut. Deze weet hem te overtuigen van het nut van het doen van oefeningen, omdat anders de klachten tot nog grotere beperkingen kunnen leiden. Door consequent pauzes te nemen en zijn oefeningen te doen weet Huub zijn klachten onder controle te krijgen.

Klachten van arm, nek en schouder (KANS) komen veel voor. In de Nederlandse bevolking wordt de jaarprevalentie (het aantal personen dat klachten heeft gehad gedurende een bepaald jaar) geschat op 30-40 procent. Hiervan bezoekt ongeveer 30 procent het spreekuur van de huisarts. Vrouwen bezoeken anderhalf keer meer dan mannen het spreekuur van de huisarts (150 gevallen per jaar).¹² Schouderklachten komen daarbij het meest voor. De incidentie en prevalentie van KANS neemt toe met de leeftijd en is vanaf de puberteit hoger voor vrouwen dan voor mannen. Klachten hoeven lang niet altijd tot ziekteverzuim te leiden; slechts bij 16-20 procent van de mensen met klachten is er sprake van verzuim. Bij Huub was er ook nog geen sprake van verzuim. Conform het beleid van de NHG Standaard schouderklachten werd hij vanwege dreigend disfunctioneren verwezen naar de oefen-therapeut, in dit geval met succes. Schouderklachten gaan vaak gepaard met neklachten. Op alle leeftijden komen neklachten vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Ook voor specifieke lage rugklachten en voor het lumbosacraal radi-

culair syndroom is bekend dat de incidentie en prevalentie bij vrouwen op alle leeftijden hoger is. Dit zou aanleiding kunnen zijn om te denken dat vrouwen gevoeliger zijn voor blootstelling aan werkgerelateerde fysieke en psychosociale risicofactoren voor aandoeningen van het bewegingsapparaat, zoals tillen en bukken, duwen en trekken, werken boven schouderhoogte, repetitieve bewegingen, ervaren werkdruk en gebrek aan sociale steun van leidinggevers of collega's. Dit is in zijn algemeenheid niet het geval. In een omvangrijk Nederlands onderzoek vond men dat sommige werkgerelateerde risicofactoren bij mannen tot relatief meer klachten leiden en andere werkgerelateerde factoren bij vrouwen.¹³ Wel leiden de klachten en symptomen bij vrouwen tot frequenter en langer durend verzuim. In het revalidatieproces bij langdurige uitval uit het werk door aandoeningen van het bewegingsapparaat kunnen genderspecifieke aspecten een rol spelen. Sterke genderidentificatie zoals naar voren komend in het stereotype beeld van de ideale vrouw als een goede moeder en echtgenote en de ideale man als een stoere goedpresterende werker heeft een negatieve invloed op het opvolgen van de revalidatieadviezen.¹⁴ Dit geldt dus zowel voor mannen als vrouwen.

Conclusie

Werkgerelateerde gezondheidsproblemen waarbij genderspecifieke aspecten van belang zijn komen vaak voor. Gelukkig is er kennis beschikbaar om een verbeterde aanpak vorm te geven. Betere gendersensitieve zorg en gezondheid voor werkenden betekent uiteindelijk winst voor iedereen. ■

Referenties

1. Verdonk P. *Arbeid*. In: Fauser B, Lagro-Janssen A, Bos A, red. *Handboek vrouwspecifieke geneeskunde*. Houten: Prelum uitgevers; 2013.
2. *Emancipatiemonitor 2020 CBS en SCP Den Haag, december 2020* ISBN 978 90 377 0964.
3. Van Zwieten MHJ, Vroome EMM de, Mol MEM, Mars GMJ, Koppes LLJ, Bossche SNJ van den. *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2013: Methodologie en globale resultaten*. Hoofddorp/Heerlen: TNO/CBS; 2014.
4. Josten E, Boer A de. Mantelzorg en betaald werk bij vrouwen en mannen. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*. 2015;31(4):414-429.
5. Hämmig O, Bauer G. Work-life imbalance and mental health among male and female employees in Switzerland. *Int J Public Health*. 2009;54:88-95.
6. Roter DL, Hall JA. Physician gender and patient-centered communication: A critical review of empirical research. *Ann Rev Pub Health*. 2004;25:497-519.
7. CBS Ziekteverzuim zorg en welzijn hoogst sinds 2003 CBS 2020. cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/40/ziekteverzuim-zorg-en-welzijn-hoogst-sinds-2003
8. Kivimäki KM, Nyberg ST, Batty GD, Fransson EI, Heikkilä K, Alfredsson L et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet*. 2012;380:1491-97. doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60994-5.
9. Mommersteeg PMC, Maas AHM. *Ned Tijdschr Geneesk* 2018;162:D2961.
10. Smedegaard L, Nume AK, Charlot M, Kragholm K, Gislason G, Hansen PR. Return to work and risk of subsequent detachment from employment after myocardial infarction: insights from Danish nationwide registries. *J Am Heart Assoc*. 2017;6(10):e006486.
11. Revalidatiecommissie NVVC / NHS en projectgroep PAAHR, *Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie 2011*. Utrecht: Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie; 2011.
12. Feleus A, Bierma-Zeinstra SMA, Miedema HA, Bernsen RMD, Verhaar JAN, Koes BW. Incidence of non-traumatic complaints of arm, neck and shoulder in general practice. *Man Ther*. 2008;13:426-433.
13. Hooftman WE, van der Beek AJ, Bongers PM, van Mechelen W. Is there a gender difference in the effect of work-related physical and psychosocial risk factors on musculoskeletal symptoms and related sickness absence? *Scand J Work Environ Health*. 2009;35(2):85-95.
14. Côté D, Coutu MF. A critical review of gender issues in understanding prolonged disability related to musculoskeletal pain: how are they relevant to rehabilitation? *Disability and Rehabilitation*. 2010;32(2):87-102.)