

Vergaderjaar 2010–2011

**30 420**

**Emancipatiebeleid**

**Nr. 157**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN ONDERWIJS, CULTUUR EN WETENSCHAP**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 31 mei 2011

Op 15 februari jl. heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) het onderzoek «Moeilijk werken; gezondheid en de arbeidsdeelname van migrantenvrouwen» aan de leden van de Vaste Commissie Onderwijs, Cultuur en Wetenschap gestuurd.

In de vorige kabinetsperiode is aan het SCP opdracht verleend om dit onderzoek te verrichten. In het kader van de uitvoering door Nederland van het VN-Vrouwenverdrag rapporteert de Nederlandse regering in principe elke vier jaar aan het Comité van het VN-Vrouwenverdrag. Ook wordt elke vier jaar een thematisch rapport uitgebracht en aan de Tweede Kamer aangeboden. Het SCP-onderzoek is het vierde rapport in deze nationale reeks. Hierbij ontvangt u de kabinetsreactie op het vierde nationale themarapport.

**Inhoud van het onderzoek**

Het SCP-onderzoek bouwt voort op de Emancipatiemonitor 2008, waarin een hoofdstuk was gewijd aan verschillen in de gezondheid tussen vrouwen en mannen. Vrouwen tussen de 15 en 65 jaar bezoeken bijna twee keer zo vaak de huisarts als mannen. Ook blijken (chronische) aandoeningen vaker voor te komen bij vrouwen dan bij mannen en vaker bij mensen met een niet-westerse achtergrond dan bij autochtonen.

In het SCP-onderzoek worden de volgende vragen aan de orde gesteld:

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

De invloed van gezondheidsproblemen op arbeidsparticipatie werkt *indirect*. Het zijn niet zozeer de aandoeningen op zichzelf (bijvoorbeeld

rugpijn of migraine) die bepalen of mensen wel of niet betaald werk verrichten, maar de samenhang van deze aandoeningen met het welbevinden (de mate waarin mensen lichamelijke of psychische problemen ervaren).

Dit indirecte effect van gezondheid op de arbeidsmarktparticipatie verschilt tussen herkomstgroepen. Bij Turks-Nederlandse en Marokkaans-Nederlandse vrouwen spelen gezondheidsproblemen een grotere rol in de verklaring van de relatief lage arbeidsdeelname dan bij vergelijkbare autochtone en Surinaams-Nederlandse vrouwen.

Vrouwen die niet buitenshuis werken voelen zich meer beperkt door een vergelijkbare aandoening dan vrouwen die dat wel doen. Ook geven vrouwen die niet buitenshuis werken aan dat ze liever wél betaald werk zouden verrichten. Ze verwachten echter veel problemen bij het (weer) aan het werk gaan. In het bijzonder ervaren Turks-Nederlandse vrouwen minder steun van hun sociale omgeving en zij voelen zich vaak niet serieus genomen door de gezondheidszorg.

### **Kabinetsreactie**

Het kabinetsbeleid is erop gericht vrouwen en mannen uit verschillende herkomstgroepen met gezondheidsproblemen en participatieachterstanden zoveel mogelijk te bereiken door generiek beleid.

#### *Gezondheidsbeleid*

Het kabinet heeft op 25 mei jl. de landelijke nota Gezondheidsbeleid (Kamerstuk 32 793, nr. 1) naar de Tweede Kamer gestuurd. In deze nota zijn de speerpunten voor de komende vier jaar geformuleerd. De nota geeft een kader voor het lokale gezondheidsbeleid van gemeenten.

Gezondheid wordt door vele factoren beïnvloed. Naast biologische aspecten zijn omgeving, gedrag en zorgvoorzieningen belangrijk. Het kabinet gaat uit van de eigen kracht en persoonlijke verantwoordelijkheid van burgers. Mensen maken ten aanzien van hun gezondheid zelf keuzes vanuit hun eigen mogelijkheden, motieven en belangen. Iedereen moet kunnen beschikken over basisvaardigheden, betrouwbare en toegankelijke informatie, goede en bereikbare voorzieningen. Het ministerie van VWS zet in op meer bereikbare en veilige zorgvoorzieningen dicht in de buurt (zie de beleidsbrief Zorg die werkt: de beleidsdoelstellingen van de minister van VWS, Tweede Kamer vergaderjaar 2010–2011, 32 620, nr. 1). Elke Nederlander moet kunnen rekenen op zorg van hoge kwaliteit: snel, goed, veilig en respectvol. Het is vooral de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars, zorgverleners, burgers, het verenigingsleven, bedrijfsleven en gemeenten om het lokale gezondheidsbeleid vorm te geven. In het huidige stelsel en in de lokale zorgverlening is ruimte om – waar dit relevant is – rekening te houden met de diversiteit van de bevolking.

#### *Brede aanpak van «multiproblematiek»*

Het hebben of ervaren van gezondheidsproblemen gaat vaak hand in hand met andere problemen. Het uitgangspunt bij de brede aanpak van meervoudige problemen is dat gemeenten, UWV en andere uitvoeringsinstanties op de leefgebieden van zorg, welzijn, onderwijs en wonen gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor een efficiënte en effectieve aanpak. Aangezien bij laagopgeleide, niet-westerse allochtone vrouwen van de eerste generatie vaak sprake is van een stapeling van problemen zal deze

brede aanpak ook ten goede kunnen komen aan hun gezondheid en aan hun vermogen om in de samenleving te participeren. Het ministerie van SZW ondersteunt en faciliteert de uitvoering bij de aanpak van de multiproblematiek. Met Divosa, VNG en UWV is overleg gevoerd om na te gaan waar ruimte is om de dienstverlening aan mensen met meervoudige problemen te verbeteren. Over de voortgang van dit overleg is uw Kamer medio april jl. geïnformeerd (Tweede Kamer vergaderjaar 2010–2011, 26 448, nr. 461).

#### *Experiment: Fit4Work*

Een voorbeeld van een experiment in het kader van de multiproblematiek is het project Fit4Work, een initiatief van UWV, sociale diensten en GGD-en in de G4. Fit4Work is gericht op mensen zonder werk in een uitkeringssituatie, met een negatieve gezondheidsbeleving en psychosociale problemen. Het project moet een nieuwe evidence-based methodiek voor werkhervatting opleveren. Na afloop van het project in 2014 moet deze methodiek ook beschikbaar komen voor gemeenten buiten de G4.

#### *Gezonde Wijk*

Ervaringen uit de wijkenaanpak (brief «Aanpak Wijken» van 28 januari 2011; Tweede Kamer vergaderjaar 2010–2011, 30 995, nr. 87) leren dat een integrale invalshoek bijdraagt aan de aanpak van meervoudige problemen van mensen, waaronder gezondheidsachterstanden. Het kabinet zet de wijkenaanpak voort en beziet of deze aanpak breder kan worden ingezet. Uit het RIVM-onderzoek «Gezondheid in veertig krachtwijken» in 2008 bleek de gezondheid van vrouwen en mannen in deze wijken minder goed te zijn dan in de rest van Nederland. Vaak was daarbij sprake van een cumulatie van gezondheidsproblemen. Bij het experiment Gezonde Wijk werken het ministerie van VWS, het ministerie van BZK en de steden Amsterdam, Arnhem, Den Haag, Deventer, Dordrecht, Eindhoven, Enschede, Heerlen, Leeuwarden, Utrecht, Rotterdam en Zaanstad samen. Binnen het experiment is ook specifiek aandacht voor de verbetering van de gezondheid van migrantenvrouwen. Er zijn onder meer ruim 200 extra wijkverpleegkundigen in de wijken aan de slag gegaan. De eerste onderzoeksresultaten van de experimenten laten zien dat mensen in deze wijken meer zijn gaan bewegen en dat de sociale cohesie is toegenomen. Ook het CBS concludeert op basis van de outcomemontitor dat na drie jaar wijkenaanpak de gezondheid van de bewoners licht verbeterd is. Het komende jaar worden de lessen uit de experimenten in praktische handvatten gegoten voor gebruik in andere wijken, steden, corporaties, bestuurders, zorgprofessionals, zorgverzekeraars en voor andere geïnteresseerden.

#### *Arbeidsparticipatie van migrantenvrouwen*

De arbeidsparticipatie van met name Turks-Nederlandse en Marokkaans-Nederlandse vrouwen ligt nog op een laag niveau. Er is in de laatste jaren wel sprake van een positieve trend. Bij de Turks-Nederlandse vrouwen is de arbeidsparticipatie van 32 procent in 2006 gestegen naar 39 procent in 2010; bij de Marokkaans-Nederlandse vrouwen van 29 naar 37 procent. Hiermee maakt de arbeidsparticipatie van deze vrouwen eenzelfde ontwikkeling door als die van autochtone Nederlandse vrouwen in de tachtiger jaren van de vorige eeuw. De gemiddelde arbeidsparticipatie van alle vrouwen in Nederland steeg van 31 procent in 1981 naar 39 procent in 1990. Inmiddels is de 60 procent bereikt, waarbij hoogopgeleide vrouwen twee keer zo vaak een baan hebben als laagopgeleide vrouwen (80 respectievelijk 40 procent).

### *De invloed van opleidingsniveau en sociale steun*

Zoals ook uit het SCP-onderzoek blijkt, hangt de gezondheidsbeleving van mensen van diverse factoren af. Een belangrijk inzicht voor het beleid is de correlatie tussen opleidingsniveau en gezondheidsbeleving: laagopgeleiden hebben een minder goed ervaren gezondheid dan hoger opgeleiden ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)). Naast veel allochtone vrouwen (van wie een groot deel laag opgeleid is) noemen ook laagopgeleide autochtone vrouwen vaak gezondheidsproblemen als reden waarom ze geen baan hebben.

Uit onderzoek is bekend dat met name bij de eerste generatie vrouwelijke migranten een samenhang bestaat tussen gezondheidsproblemen en weinig steun uit hun omgeving om buitenshuis te gaan werken. Positief is dat die steun uit hun omgeving de afgelopen jaren is toegenomen. Onderzoek (het Jaarrapport Integratie van SCP, CBS en WODC) toont aan dat niet-westerse allochtonen in betrekkelijk korte tijd (1998–2006) vaker geëmancipeerde opvattingen over de rolverdeling tussen vrouwen en mannen zijn gaan aanhangen. Dat heeft ertoe geleid dat vrouwen vaker buitenshuis zijn gaan werken.

### *Cultuurverandering nodig*

Uit groepsgesprekken die voor het SCP-onderzoek «Moeilijk werken» gehouden zijn met vrouwen uit verschillende herkomstgroepen komt tenslotte nog een positief signaal naar voren. Vrouwen met een grotere focus op betaald werk hebben meestal een als beter ervaren gezondheid. De Turks-Nederlandse vrouwen zeggen het zo: «Een werkend metaal zal niet roesten».

Bij de bevordering van de arbeidsparticipatie kiest het kabinet voor maatregelen die eraan bijdragen dat iedereen zoveel mogelijk naar vermogen participeert. Ter vergroting van de economische zelfstandigheid van vrouwen wordt de financiële afhankelijkheid van een kostwinner niet langer ondersteund. Aanvullend hierop richt het beleidsprogramma Eigen kracht (zie de kabinetsbrief Hoofdpijnen emancipatiebeleid, Tweede Kamer vergaderjaar 2010–2011, 27 017, nr. 74) zich op laagopgeleide vrouwen (waaronder migrantenvrouwen) zonder baan en zonder uitkering. Samen met gemeenten bouwt het kabinet zo voort op de resultaten van 1001-kracht, waarbij de aandacht wordt verlegd van vrijwilligerswerk naar relevante stappen op de participatieladder richting betaald werk. De activiteiten van het programma Eigen kracht worden mede gericht op de sociale omgeving van de vrouwen. Het kabinet streeft hiermee naar een cultuurverandering waarbij het hebben van betaald werk voor alle vrouwen én voor hun sociale omgeving vanzelfsprekend wordt.

De minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap,  
J. M. van Bijsterveldt-Vliegthart