

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/157283>

Please be advised that this information was generated on 2020-11-29 and may be subject to change.

Onderzoeksnotitie: Verklaren werkomstandigheden de gezondheidsverschillen tussen autochtone en allochtone werknemers?

*Madelon van Hooff, Peter Smulders en Ernest de Vroome**

Doel van deze studie was te onderzoeken of verschillen in werkomstandigheden kunnen verklaren waarom allochtone werknemers veelal een slechtere gezondheid rapporteren dan autochtone. Hiertoe werden diverse aspecten van gezondheid en de fysieke en psychosociale werkomstandigheden van autochtone en allochtone (Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en Antilliaans/Arubaanse) werknemers met elkaar vergeleken en werd onderzocht of de relatie tussen etniciteit en gezondheid gemedieerd werd door werkkenmerken. Het onderzoek werd uitgevoerd met behulp van een vragenlijst onder ruim 23.000 werknemers (5% allochtoon). De resultaten lieten zien dat allochtone werknemers een slechtere gezondheid rapporteerden dan autochtone, en dat de werkomstandigheden van vooral Turkse en Marokkaanse werknemers in ongunstige zin afwijken van die van autochtone werknemers. Werkkenmerken vormden alleen een verklaring voor verschillen in de algemene gezondheidstoestand. Geconcludeerd werd dat aan de gezondheidsverschillen naast werkkenmerken ook andere oorzaken ten grondslag liggen.

Trefwoorden: etniciteit, werkkenmerken, welzijn

De relatie tussen migratie/etniciteit en gezondheid is regelmatig onderwerp van onderzoek. Verschillende studies tonen aan, dat de gezondheidstoestand van migranten in negatieve zin afwijkt van die van de autochtone bevolking (Uniken Venema et al., 1995; Reijneveld, 1998; Weide & Foets, 1998; Stronks et al., 1999). Wren en Boyle (2001) beargumenteren echter, dat etniciteit niet als op zichzelf staande variabele in onderzoek moet worden opgenomen en dat rekening gehouden moet worden met de socio-economische context, om te voorkomen dat bepaalde 'oorzaken' voor gezondheidsverschillen worden gerapporteerd, die feitelijk niet relevant zijn.

In dit verband presenteren Uniken Venema et al. (1995) een model waarin gezondheidsverschillen mede worden verklaard door de relatief ongunstige positie van allochtonen op de arbeidsmarkt. Dit gaat gepaard met minder goede arbeidsomstandigheden, die vervolgens kunnen leiden tot een slechte gezondheid. Verschillende studies laten inderdaad zien dat allochtone werknemers onder minder gunstige arbeidsomstandigheden werken dan autochtone werknemers (Wren & Boyle, 2001; Boves, 1998; 2000; Kerkhoven, 2000; Sandvliet & Molenaar, 1990; Dagevos, 1998).

Ongunstige werkomstandigheden vormen dus een mogelijke oorzaak voor de over het algemeen slechtere gezondheid van allochtonen. Hoewel er veel onderzoek is gedaan naar de relaties tussen migratie en gezondheid en tussen werk en gezondheid, is er nog maar weinig literatuur die deze drie aspecten combineert (Wren & Boyle, 2001). Er is ook slechts beperkt onderzoek naar de relaties tussen psychosociale werkomstandigheden en de gezondheid van immigranten (Sundquist, Östergren, Sundquist & Johansson, 2003).

* TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp. Correspondentieadres: Dr. M. van Hooff, Universiteit van Amsterdam, Arbeids- en Organisationspsychologie, Roetersstraat 15, 1018 WB Amsterdam. E-mail: M.L.M.vanHooff@uva.nl.

Met in het achterhoofd deze schaarste aan onderzoek, heeft deze studie als doel om te onderzoeken of de overwegend slechtere gezondheid van allochtonen in Nederland verklaard kan worden door minder gunstige (fysieke en psychosociale) werkomstandigheden binnen deze groep. Aangezien eerder onderzoek liet zien dat werkomstandigheden gerelateerd zijn aan de gezondheid van werknemers en omdat we verwachten dat allochtonen slechtere werkomstandigheden hebben dan autochtonen, verwachten we dat dit verschil een verklaring vormt voor het verschil in gezondheid tussen deze groepen:

Hypothese 1: Verschillen in gezondheid tussen allochtone en autochtone werknemers worden verklaard door verschillen in werkomstandigheden tussen deze groepen.

Methode

Respondenten en procedure

Voor deze studie is gebruikgemaakt van de data uit de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) 2005 (Van den Bossche et al., 2006). Van de 80.000 benaderde werknemers vulden er ongeveer 23.400 de vragenlijst in. Voor selectiviteit in de steekproef door verschillen in respons tussen diverse deelpopulaties, werd gecorrigeerd door middel van weging. Na weging vormt de respons een representatieve afspiegeling van de werknemers binnen de Nederlandse beroepsbevolking.

Onderzoeksvariabelen

Tabel 1 bevat een overzicht van de gemiddelden en de standaarddeviaties van de onderzoeksvariabelen. Tevens vermeldt deze tabel de herkomst van de gebruikte vragen. Tenzij anders vermeld, zijn schaalscores schaalgemiddelden.

Etniciteit. Deze variabele maakte geen deel uit van de NEA, maar is door het CBS aan het databestand toegevoegd. Er is gebruikgemaakt van de standaard CBS definitie: Iemand is allochtoon als minimaal één van beide ouders in het buitenland is geboren. In dit onderzoek werd de volgende indeling gehanteerd: 'autochtoon', 'Marokkaans' (1,1%), 'Turks' (1,3%), 'Surinaams' (2,3%), 'Antilliaans, Arubaans' (1,0%), 'Westers overig' (8,4%) en 'Niet-westers overig' (2,2%). Respondenten in de laatste twee categorieën zijn niet meegenomen in de analyses, vanwege de grote heterogeniteit naar afkomst in deze groepen.

Tabel 1 Gemiddelden en standaarddeviaties voor elk van de vijf herkomstgroepen en voor de totale steekproef

	Hele steekproef (n = 20.909)		Autochtone Nederlanders (n = 19.612)		Marokkanen (n = 213)		Turken (n = 310)		Surinamers (n = 532)		Antillianen/ Arubanen (n = 242)		F(df) / χ^2 (df)	p
	M / %	sd	M / %	sd	M / %	sd	M / %	sd	M / %	sd	M / %	sd		
Sekse (% vrouw)	45,30		45,20		34,30 ^e		44,40		52,30 ^e		49,00		22,29	(4) **
Opleiding (% laag)	27,70		27,20		42,10 ^e		43,20 ^e		30,20 ^e		30,60		93,36	(8) **
Dienstverband (% vast)	84,30		85,00		75,10 ^e		69,90 ^e		78,40 ^e		68,60 ^e		123,52	(4) **
Leefstijd	39,58	11,89	39,83	11,91	32,91 ^e	9,89	32,94 ^e	9,46	38,0 ^e	11,04	37,10 ^e	11,89	48,22	(4, 20903) **
Omvang dienstverband (uren)	31,14	11,01	31,14	11,00	30,65	11,46	30,72 ^e	11,43	32,18 ^e	10,27	29,79	11,89	2,24	(4, 20585) **
Overwerk (1 = structureel, ..., 3 = nooit)	2,00	0,74	1,99	0,74	2,11 ^e	0,80	2,12 ^e	0,81	2,17 ^e	0,79	2,05	0,74	10,35	(4, 20624) **
Avond/nachtwerk (1 = regelmatig, ..., 3 = nee)	2,24	0,82	2,25	0,81	2,12 ^e	0,87	2,00 ^e	0,91	2,27	0,86	2,15	0,80	8,65	(4, 19592) **
Weekendwerk (1 = regelmatig, ..., 3 = nee)	2,19	0,84	2,19	0,84	1,93 ^e	0,92	1,99 ^e	0,90	2,20	0,87	2,14	0,86	8,53	(4, 19608) **
Werktempo (1 = nooit, ..., 4 = altijd) ^b	2,30	0,47	2,29	0,47	2,40 ^e	0,54	2,35 ^e	0,48	2,31	0,54	2,29	0,49	4,04	(4, 20527) **
Autonomie (1 = nee, ..., 3 = ja, regelmatig) ^a	2,47	0,48	2,48	0,47	2,15 ^e	0,55	2,20 ^e	0,57	2,38 ^e	0,50	2,33 ^e	0,45	59,23	(4, 20634) **
Fysieke belasting (1 = nooit, ..., 4 = heel vaak) ^c	1,62	0,80	1,62	0,80	1,81 ^e	0,83	1,73 ^e	0,81	1,52 ^e	0,75	1,50 ^e	0,74	7,62	(4, 20398) **
Repeterende bewegingen (1 = nooit, ..., 4 = heel vaak) ^c	2,41	1,13	2,39	1,13	2,75 ^e	1,08	2,81 ^e	1,07	2,73 ^e	1,15	2,70 ^e	1,14	30,32	(4, 20460) **
Gezondheidstoestand (1 = uitstekend, ..., 5 = slecht) ^a	2,61	0,86	2,60	0,86	2,72 ^e	0,97	2,89 ^e	0,93	2,70 ^e	0,92	2,69	0,86	11,29	(4, 20635) **
Herstelbehoefte (0 = nee, 1 = ja) ^b	0,32	0,30	0,31	0,30	0,52 ^e	0,33	0,50 ^e	0,32	0,38 ^e	0,32	0,37 ^e	0,29	59,13	(4, 20206) **
RSI-klachten (som van items. Per item 0 = nooit, 3 = altijd)	5,03	5,86	4,90	5,74	7,06 ^e	0,50	7,95 ^e	0,46	6,85 ^e	0,30	6,39 ^e	0,42	55,75	(4, 20138) **
Chron. klacht. arm/hand (% ja) ^d	5,50		5,60		4,30		6,10		4,90		6,20		1,44	(4)
Chron. klacht. rug/nek (% ja) ^d	10,60		10,60		10,00		11,00		9,80		12,00		0,95	(4)
Migraine/ernstige hoofdpijn (% ja) ^d	5,40		5,30		3,80		6,80		7,80 ^e		8,20		12,54	(4) *
Astma/bronchitis/emfyseem (% ja) ^d	5,20		5,20		6,70		4,20		4,40		7,00		3,94	(4)

a CBS, geen datum; b Frenken, 2005; c VBBA (Van Veldhoven, Meijman, Broersen & Fortuin, 2002); d Dijkstra, Kroft & Oomkes, 2004; e Van den Heuvel, Blatter & Hildebrandt, 2002; f EBB (Enquête Beroepsbevolking, CBS); g de betreffende groep allochtonen verschilt significant van de autochtone Nederlanders; * p < ,05; ** p < ,01

Werkenmerken

Bij de keuze voor de werkenmerken is gestreefd naar een afspiegeling van psychosociale en fysieke aspecten van de werkomgeving.

Aard van de werkring. Respondenten kunnen aangeven of ze al dan niet een vast dienstverband hebben.

Contractuele werkuren. Respondenten wordt gevraagd de omvang van hun dienstverband in uren per week (volgens contract) aan te geven.

Overwerk wordt gemeten met de vraag 'Werkt u over, dat wil zeggen meer uren dan contractueel zijn vastgelegd?'

Afwijkende werktijden. Respondenten geven aan in hoeverre ze (1) 's avonds of 's nachts, en (2) in het weekend werken.

Werkdruk is gemeten met elf items, bijvoorbeeld 'Moet u erg snel werken?' ($\alpha = 0,87$).

Autonomie werd in kaart gebracht met vijf items, bijvoorbeeld 'Bepaalt u zelf de volgorde van uw werkzaamheden?' ($\alpha = 0,73$).

Fysieke belasting. Dit concept is gemeten met acht items, bijvoorbeeld 'Moet u in uw werk tillen in een ongemakkelijke houding?' ($\alpha = 0,95$).

Repeterende bewegingen zijn gemeten met drie items, bijvoorbeeld 'Moet u in uw werk vele malen per minuut dezelfde beweging maken met uw arm(en)?' ($\alpha = 0,95$).

Gezondheid

Gezondheidstoestand wordt met behulp van één item in kaart gebracht: 'Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?'

Herstelbehoefte wordt gemeten met elf stellingen, bijvoorbeeld 'Aan het einde van een werkdag ben ik echt op.' ($\alpha = 0,87$).

RSI-klachten worden in kaart gebracht met twaalf vragen, bijvoorbeeld 'Had u de afgelopen drie maanden in uw nek, schouders, armen, polsen, handen en/of vingers een branderig of gloeiend gevoel?' De schaalscore is de somscore van de twaalf items.

Chronische aandoening. Respondenten kunnen aangeven of ze een chronische aandoening hebben en, zo ja, welke (bijvoorbeeld migraine of ernstige hoofdpijn).

Persoonskenmerken

Sekse (1 = vrouw, 2 = man), leeftijd (in jaren) en opleidingsniveau (1 = laag (t/m VMBO), 2 = midden (MBO) en 3 = hoog (HBO/WO)) worden in het onderzoek opgenomen als persoonskenmerken.

Data-analyse

Hypothese 1 gaat ervan uit, dat de relatie tussen etniciteit en gezondheid wordt gemedieerd door werkenmerken. Om mediatie vast te stellen, moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan (Baron & Kenny, 1986): (1) etniciteit moet gerelateerd zijn aan gezondheid, (2) etniciteit dient gerelateerd te zijn aan werkenmerken, (3) werkenmerken moeten gerelateerd zijn aan gezondheid, en (4) de relatie tussen etniciteit en gezondheid dient te verdwijnen (volledige mediatie) of zwakker te worden (gedeeltelijke mediatie) na controle voor werkenmerken.

Om te onderzoeken of etniciteit gerelateerd is aan gezondheid (voorwaarde 1), wordt voor elke gezondheidsindicator een ANOVA uitgevoerd met de vijf herkomstgroepen als factor. Verschillen worden verder onderzocht door middel van paarsgewijze contrasten. Verschillen in het voorkomen van chronische aandoeningen worden enkel getoetst voor aandoeningen met een prevalentie van minimaal 5% in de hele onderzoeksgroep (problemen met armen of handen [ook artritis, reuma, RSI], problemen met rug en nek [ook artritis, reuma, RSI], migraine of ernstige hoofdpijn en astma, bronchitis of emfyseem). Voor elk van deze aandoeningen wordt een χ^2 -toets uitgevoerd en deze wordt, indien toepasselijk, aangevuld met paarsgewijze contrasten.

Om verschillen in werkkenmerken te onderzoeken (voorwaarde 2) wordt voor elk werkkenmerk een ANOVA uitgevoerd met de vijf herkomstgroepen als factor en het betreffende werkkenmerk als afhankelijke variabele. Ook in dit geval worden verschillen verder onderzocht met behulp van paarsgewijze contrasten.

Om voorwaarden 3 en 4 te onderzoeken wordt gebruikgemaakt van logistische regressie-analyse. Hiertoe worden gezondheidstoestand ('uitstekend', 'zeer goed' en 'goed' = 'goed'(0) en 'matig' en 'slecht' = 'slecht'(1)), herstelbehoefte (6 of meer vragen 'ja' = hoge herstelbehoefte (1) en 5 of minder vragen 'ja' = een lage herstelbehoefte (0)) en RSI-klachten (7 of minder punten = weinig klachten (0) en 8 of meer punten = veel klachten (1)) gedichotomiseerd.

Voor elke gezondheidsindicator die verschilt tussen autochtone en allochtone werknemers, worden achtereenvolgens twee hiërarchische modellen gespecificeerd. In *Model 1* worden de vijf herkomstgroepen gemodelleerd (autochtone werknemers zijn de referentiegroep). Om te onderzoeken of de relatie tussen etniciteit en gezondheid verdwijnt na controle voor werkkenmerken worden deze in *Model 2* toegevoegd. In dit model worden ook de persoonskenmerken als controlevariabelen toegevoegd. Als maat voor de verklaarde variantie wordt gebruikgemaakt van de Nagelkerke R^2 .

Resultaten

Tabel 1 laat zien dat er verschillen zijn in de gezondheidstoestand van de vijf herkomstgroepen. Marokkanen, Turken en Surinamers rapporteren een significant minder goede gezondheidstoestand dan autochtone Nederlanders. Met betrekking tot herstelbehoefte en RSI-klachten wijken alle vier de groepen allochtone werknemers in ongunstige zin af van de autochtone werknemers. Voor chronische klachten aan arm/hand of rug/nek en astma/bronchitis/emfyseem worden geen verschillen gevonden. Wel blijken Surinaamse werknemers vaker migraine/ernstige hoofdpijn te rapporteren dan autochtone.

Ook voor werkkenmerken zijn er verschillen tussen autochtone en allochtone werknemers. Uit tabel 1 blijkt dat Marokkaanse, Turkse en Surinaamse werknemers gemiddeld minder vaak overwerken dan autochtone werknemers. Marokkanen en Turken werken echter vaker 's avonds of 's nachts of in het weekend. Deze twee groepen allochtonen ervaren hun werktempo gemiddeld als hoger en ervaren minder autonomie in hun werk. Dit laatste geldt eveneens voor Surinamers en Antillianen/Arubanen. In vergelijking met het werk van autochtonen, is het werk van Marokkanen en Turken vaker fysiek belastend en dat van Surinamers en Antillianen/Arubanen juist minder vaak. Ten slotte rapporteren alle vier de groepen allochtonen dat ze meer te maken te hebben met repeterende bewegingen in het werk. De werkomstandigheden van Turkse en Marokkaanse werknemers zijn over het algemeen dus slechter dan die van autochtone

werknemers. Verschillen tussen Surinaamse en Antilliaanse/Arubaanse werknemers en autochtone werknemers zijn minder eenduidig.

In de logistische regressie-analyses zijn alleen die gezondheidsmaten opgenomen, waarvoor verschillen werden gevonden tussen autochtone en allochtone werknemers. De resultaten van deze analyses staan in tabel 2.

Voor gezondheidstoestand laat Model 1 zien dat alleen Turken een grotere kans hebben op een slechte gezondheid dan autochtonen. Na toevoeging van de werkkenmerken in Model 2 is dit verschil echter niet langer significant, wat een bevestiging vormt voor hypothese 1.

Vooraf Marokkaanse en Turkse werknemers hebben een grotere kans om een hoge herstelbehoefte te rapporteren dan autochtone werknemers. Voor Surinaamse werknemers is het verschil kleiner en voor Antilliaanse/Arubaanse werknemers worden geen verschillen gevonden. In Model 2, waarin de werkkenmerken zijn toegevoegd, hebben Marokkaanse, Turkse en Surinaamse werknemers nog steeds een vrijwel even sterk vergroot risico op een hoge herstelbehoefte als in Model 1, waardoor hypothese 1 niet bevestigd wordt voor deze gezondheidsmaat.

Voor RSI-klachten laat Model 1 zien dat elk van de vier groepen allochtone werknemers een hogere kans heeft op RSI-klachten dan autochtone werknemers. Uit de resultaten van Model 2 blijkt, dat allochtone werknemers ook na controle voor werkkenmerken nog steeds verhoogde kans hebben op RSI-klachten als in Model 1. Hierdoor wordt hypothese 1 niet bevestigd voor RSI-klachten.

Model 1 laat voor migraine/ernstige hoofdpijn zien, dat Surinaamse en Antilliaanse/Arubaanse werknemers er een grotere kans op hebben dan autochtone werknemers. Voor Marokkaanse en Turkse werknemers wordt geen verhoogd risico gevonden. Hetzelfde patroon van resultaten is zichtbaar in Model 2. Hypothese 1 wordt dus niet bevestigd voor migraine/ernstige hoofdpijn.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was, in kaart te brengen of verschillen in werkomstandigheden een verklaring vormen voor verschillen in gezondheid tussen autochtone en allochtone werknemers.

De resultaten lieten zien dat allochtone werknemers een minder goede gezondheid hebben dan autochtone werknemers, wat overeenkomt met eerder onderzoek naar dit onderwerp. De opvallendste verschillen werden gevonden voor herstelbehoefte en RSI-klachten. Ook met betrekking tot gezondheidstoestand en het risico op migraine/ernstige hoofdpijn waren er verschillen, al waren deze minder uitgesproken. De mate waarin chronische klachten van arm/hand of rug/nek en astma/bronchitis/emfyseem voorkomen varieerde echter niet tussen de diverse etnische groepen.

Net als uit eerder onderzoek, bleek uit deze studie dat de werkomstandigheden van allochtonen op veel punten minder gunstig waren dan die van autochtonen. Allochtone werknemers werken vaker 's avonds, 's nachts of in het weekend en in een hoger werktempo, hebben minder autonomie, een hogere fysieke belasting en maken meer repeterende bewegingen in het werk. Vooral Marokkaanse en Turkse medewerkers komen er op veel punten slechter van af. Voor Antilliaanse/Arubaanse en Surinaamse werknemers waren de verschillen minder eenduidig.

Tabel 2 Resultaten van de logistische regressie-analyses voor gezondheidsmaten

	Gezondheidstoestand (0 = goed, 1 = slecht)		Herstelbehoefte (0 = laag, 1 = hoog)		RSI-klachten (0 = nee, 1 = ja)		Migraine/ernstige hoofdpijn (0 = nee, 1 = ja)	
	MI	P	M2	P	MI	P	M2	P
Herkomst (ref. = autochtoon)	1,23	0,89	4,12 *	3,99 *	2,94 *	2,59 *	0,67	0,63
Marokkaans								
Turks	1,83 *	1,45	3,35 *	3,39 *	2,95 *	2,56 *	1,13	1,04
Surinaams	1,27	1,11	1,53 *	1,46 *	1,53 *	1,35 *	1,65 *	1,47 *
Andil/Arub.	1,02	0,92	1,32	1,28	1,80 *	1,76 *	1,78 *	1,71 *
Midden								
Opleiding (ref. = laag)								
Hoog		0,89		1,09		0,91 *		1,23 *
Hoog		0,76 *		1,27 *		0,79 *		0,95
Vrouw		0,88		1,36 *		1,60 *		2,24 *
Sekse (ref. = man)								
25 t/m 54		1,67 *		1,19 *		1,55 *		1,50 *
Leeftijd (ref. = 15 t/m 24)								
55 t/m 64		2,36 *		1,28 *		2,04 *		1,26
Dienstverband (ref. = niet vast)								
Vast		1,05		1,11		0,96		1,15
Contracturen (ref. = 0-16)								
17- 32		1,02		1,40 *		1,07		1,15
33-36		0,75 *		1,46 *		1,00		1,05
37 of meer		0,76 *		1,47 *		0,98		1,15
Overwerk (ref. = nooit)								
Structureel		0,72 *		1,09		0,97		0,90
Incidentieel		0,77 *		0,91		0,97		1,00
Regelmatig		0,99		1,07 *		0,91		1,01
Soms		0,99		1,09		0,96		1,03
Avond/nachtwerk (ref. = nee)								
Regelmatig		0,95		0,96		1,01		1,21
Soms		0,98		1,10		0,99		1,16
Weekendwerk (ref. = nee)								
Regelmatig		1,00		1,95 *		1,31 *		1,21
Soms		1,99 *		7,67 *		2,36 *		1,62 *
Weekendwerk (ref. = nooit)								
Vaak		6,12 *		39,95 *		6,49 *		2,51 *
Autonomie (ref. = weinig)								
Altijd		0,86		0,86		0,82 *		1,02
Een beetje		0,62 *		0,55 *		0,71 *		0,87
Fysieke belasting (ref. = nooit)								
Veel		1,19 *		1,22 *		1,44 *		1,01
Soms		1,35 *		1,46 *		2,40 *		1,09
Vaak		1,74 *		1,76 *		3,16 *		0,85
Altijd		0,98		1,03		1,35 *		0,96
Repeterende bewegingen (ref. = zelden/nooit)								
Regelmatig		1,29 *		1,26 *		2,28 *		1,34 *
(Heel) vaak		1,62 *		1,49 *		3,65 *		1,42 *

* p < 0,5

Verschillen in werkomstandigheden vormden echter slechts in zeer beperkte mate een verklaring voor de relatie tussen etniciteit en gezondheid. Het enige gezondheidskenmerk waar werkkenmerken als mediator optraden is gezondheidstoestand. Echter, bij deze gezondheidsmaat was er in de logistische regressieanalyse in beginsel alleen een verschil tussen Turkse en Nederlandse werknemers. Bij alle andere indicatoren van gezondheid bleven de verschillen tussen de herkomstgroepen ook na correctie voor verschillen in werkkenmerken overeind.

Een mogelijke oorzaak hiervoor ligt in het feit dat de werkomstandigheden van Suriinaamse en Antilliaans/Arubaanse werknemers niet eenduidig in negatieve zin afwijken van de werkomstandigheden van autochtone werknemers: als er geen verschillen in werkkenmerken zijn, kunnen deze ook geen verschillen in gezondheid verklaren.

Daarnaast is het mogelijk dat verschillen in gezondheid veroorzaakt worden door verschillen in werkkenmerken, die niet in deze studie zijn meegenomen, of dat het vooral een combinatie van verschillende werkkenmerken is, die tot gezondheidsklachten leidt. Dit zou in vervolgonderzoek verder onderzocht kunnen worden.

Een derde oorzaak voor de beperkte mediërende rol van werkkenmerken kan zijn, dat allochtone werknemers langer dan autochtone werknemers blijven doorwerken in geval van gezondheidsklachten, omdat zij minder bekend zijn met regelingen op het gebied van sociale zekerheid. De gezondheid van werkende allochtonen is hierdoor gemiddeld slechter dan de gezondheid van werkende autochtonen, zonder dat dit samenhangt met werkomstandigheden.

Een andere mogelijkheid is dat allochtonen die het Nederlands niet goed beheersen, impliciet worden uitgesloten van deelname, omdat de gebruikte vragenlijst was opgesteld in het Nederlands. Aangezien laag opgeleide werknemers met relatief slechte werkomstandigheden waarschijnlijk zijn oververtegenwoordigd in deze groep, is het goed mogelijk dat in dit onderzoek een 'restriction of range'-effect is opgetreden voor werkomstandigheden en gezondheidskenmerken.

Een vijfde verklaring is theoretisch van aard. De in de inleiding geciteerde modellen van Uniken Venema et al. (1995) en Stronks et al. (1999) bespreken naast werkomstandigheden andere oorzaken, zoals gezondheidszorg, leefstijl en de sociale omgeving, voor verschillen in gezondheid tussen etnische groepen. Toekomstig onderzoek kan meer inzicht genereren in de relatie tussen etniciteit en gezondheid door ook deze factoren mee te nemen.

Beperkingen van dit onderzoek

Het huidige onderzoek kent ten minste twee beperkingen. Allereerst is deze studie gebaseerd op een cross-sectionele dataset, waardoor het strikt genomen niet mogelijk is uitspraken te doen over de causaliteit van de onderzochte relaties. Het is immers niet uit te sluiten dat de slechtere gezondheid van allochtonen de oorzaak is van het feit dat ze minder gunstige werkomstandigheden rapporteren (zie bijvoorbeeld De Lange et al., 2004), in plaats van het omgekeerde verband (werkomstandigheden → gezondheid) dat in deze studie werd verondersteld.

Ten tweede maakt dit onderzoek gebruik van zelf-gerapporteerde gegevens. Vaak wordt verondersteld, dat dit soort maten gevoelig zijn voor 'common method variance' (Podsakoff et al., 2003). Dit leidt tot een overschatting van de sterkte van de onderzochte relaties. Echter, het feit dat in deze studie sommige relaties wel, en andere relaties niet gevonden zijn, vormt een argument tegen de aanwezigheid van een versturende invloed van 'common method variance'. Niettemin zou het goed zijn om in toekomstig

onderzoek ook 'objectieve' gezondheids- en werkindicatoren mee te nemen om een completer beeld van beide onderwerpen te krijgen.

We hopen dat dit onderzoek ondanks zijn beperkingen een aanzet geeft voor volgende studies om de relatie tussen etniciteit, werk en gezondheid verder te ontrafelen.

Literatuur

- Baron, R.M. & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bossche, S.N.J. van den, Hupkens, C.L.H., Ree, S.J.M. de & Smulders, P.G.W. (2006). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2005*. Hoofddorp: TNO.
- Boves, T. (1998). Arbeidsomstandigheden van allochtone en autochtone werknemers. In F.W.M. Huls & D. Klinkenberg (red.), *Allochtonen in Nederland 1998* (pp. 27-29). Voorburg: CBS.
- Boves, T. (2000). *Zwaar werk voor allochtonen*. Voorburg: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (geen datum). *Permanent Onderzoek Leefsituatie*. Gedownload op 15 oktober 2007 van www.cbs.nl/NR/rdonlyres/B3BC273E-D153-4037-96C4-D6EAFE18F9D1/0/2005polstoelichtingversie210306.pdf.
- Dagevos, J. (1998). *Begrensd mobiliteit: Over allochtone werkenden in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Dijkstra, L., Kroft, H. & Oomkes, K.J. (2004). *Handleiding Monitor Arboconvenanten: Toelichting, gebruiksaanwijzing en technische specificaties*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Frenken, F. (2005). Trends in arbeidsomstandigheden 2004. *Sociaaleconomische trends*, 4, 41-48.
- Heuvel, S.G. van den, Blatter, B.M. & Hildebrandt, V.H. (2002). *Validiteit van de module fysieke belasting en de module bewegingsapparaat in de monitor arboconvenanten*. Hoofddorp: TNO.
- Kerkhoven, N. (2000). Arbeidsgerelateerde psychische problematiek bij allochtonen. In E. Bohlmeijer, K. Hubregtse & A. Hijmans van den Bergh (red.), *Diversiteit en Werkstress*. Utrecht: Forum.
- Lange, A.H. de, Taris, T.W., Kompier, M.A.J., Houtman, I.L.D. & Bongers, P.M. (2004). The relationships between work characteristics and mental health: Examining normal, reversed and reciprocal relationships in a 4-wave study. *Work & Stress*, 18, 149-166.
- Podsakoff, P.M., MacKenzie, S.B., Lee, J.-Y. & Podsakoff, N.P. (2003). Common method biases in behavioural research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88, 879-903.
- Reijneveld, S.A. (1998). Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: Do socioeconomic factors explain their adverse position? *Journal of Epidemiology, Community and Health*, 55, 701-707.
- Sandvliet, A.D.R. & Molenaar, F. (1990). *Een kwestie van samen doen. Een verkennend onderzoek naar de arbeidssituatie van werknemers uit etnische minderheidsgroepen*. Voorburg: Directoraat-Generaal van de Arbeid van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Stronks, K., Uniken Venema, P., Dahhan, N. & Gunning-Schepers, L.J. (1999). Allochtoon, dus ongezond? Mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid geïntegreerd in een conceptueel model. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 77, 33-40.
- Sundquist, J., Östergren, P., Sundquist, K. & Johansson, S. (2003). Psychosocial working conditions and self-reported long-term illness: A population-based study of Swedish-born and foreign-born employed persons. *Ethnicity & Health*, 8, 307-317.
- Uniken Venema, H.P., Garretsen, H.F.L. & Maas, P.J. van der (1995). Health of migrants and migrant health policy, The Netherlands as an example. *Social Science and Medicine*, 41, 809-818.
- Veldhoven, M. van, Meijman, T.F., Broersen, J.P.J. & Fortuin, R.J. (2002). *Handleiding VBBA*. Amsterdam: SKB Vragenlijst Services.
- Weide, M.G. & Foets, M. (1998). Migranten in de huisartsenpraktijk: Andere klachten en diagnoses dan Nederlanders. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142, 2105-2109.
- Wren, K. & Boyle, P. (2001). *Migration and work-related health in Europe: A literature review*. Stockholm: National institute for working life.