

Zwoegen, Zweten en Zwijgen in de Zorg

*Een kwalitatieve empirische studie naar ervaringen
met vrouwspecifieke levensfasen van
verpleegkundigen en artsen in een academisch
ziekenhuis*

In opdracht van WOMEN Inc.

**WOMEN
INC**



Mei, 2019

Elena Bendien, Ijoya van Gemert, Anke Heijnsman, Petra Verdonk
Amsterdam, Amsterdam UMC-VUmc, afdeling Metamedica

Colofon

Titel	Zwoegen, Zweten en Zwijgen in de Zorg. Een kwalitatieve empirische studie naar ervaringen met zwangerschap en de overgang van verpleegkundigen en artsen in een academisch ziekenhuis
Auteurs	Elena Bendien, MA, PhD, Ijoya van Gemert, MSc, Anke Heijnsman, MSc, Petra Verdonk, MA, PhD Amsterdam UMC-VUmc, afdeling Metamedica
Contact	e.bendien@vumc.nl of p.verdonk@vumc.nl
Opdrachtgever	WOMEN Inc., project 'Vitaliteit op het werk', gefinancierd door Instituut GAK

Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE	3
DANKWOORD	4
SAMENVATTING	5
1. INLEIDING	6
2. THEORETISCH KADER VOOR VITALITEIT OP DE WERKVLOER	7
DE RESULTATEN VAN TWEE LITERATUURSTUDIES KORT SAMENGEVAT	7
BELICHAAMDE LEVENSLLOOP ALS OVERKOEPELEND PERSPECTIEF VOOR EMPIRISCH ONDERZOEK	8
GELIJKHEID VAN DE ONGELIJKE LICHAMEN OP DE ARBEIDSMARKT	10
MISMATCH TUSSEN EEN VROUWELIJK LICHAAM EN DE BESCHIKBARE RUIMTE OP DE WERKVLOER	11
HET MOEDERLICHAAM	12
DE LICHAAMSPOLITIEK VAN HET ONVERWACHTE	13
3. CONTEXT VAN HET EMPIRISCH ONDERZOEK	17
ORGANISATIESTRUCTUUR EN KERNGEGEVENS	17
ORGANISATIECULTUUR	17
UITDAGINGEN DIE RELEVANT ZIJN VOOR HET EMPIRISCH ONDERZOEK	18
EMPIRISCH ONDERZOEK BINNEN VUMC	18
4. METHODE	20
UITGANGSPUNTEN EN STRUCTUUR VAN HET ONDERZOEK	20
DOELGROEP	20
PROCEDURE	21
<i>Consultatiefase</i>	21
<i>Collaboratiefase</i>	22
<i>Analyse</i>	22
<i>Integratiefase</i>	23
5. BEVINDINGEN	24
THEMA I: HET MOEDERLICHAAM ONTLICHAAMD	24
<i>Arbeidsethos boven zelfzorg en werk boven privé</i>	24
<i>Coping en 'overleven' in de zorg</i>	28
<i>Flexibiliteit en collegialiteit</i>	31
<i>Legitimiteit van lichamelijke</i>	34
THEMA II: HET MOEDERLICHAAM VERZWEGEN	35
<i>Weglachen van ongemak</i>	36
<i>Ontbreken van kennis: van overgangverschijnsel naar overgangsklacht</i>	37
<i>In gesprek over lichamelijke verschijnselen</i>	39
<i>Vragen om ondersteuning, of vragen om problemen?</i>	40
<i>Levensfasen: verwachting versus ervaring</i>	43
<i>Op weg naar het duurzame inzetbaarheid beleid</i>	46
6. DISCUSSIE	54
ERVARINGEN VAN MOEDERLICHAMEN OP DE WERKVLOER (ONDERZOEKSVRAAG I)	54
<i>Een verwaarloosd lichaam in de zorg</i>	54
<i>Uit de pas of in de aangepaste pas?</i>	55
<i>Een plaats van het radicale zwijgen</i>	57
VITALITEIT OP DE WERKVLOER (ONDERZOEKSVRAAG II)	58
LICHAAMSPOLITIEK VAN HET ONVERWACHTE (ONDERZOEKSVRAAG III)	59
7. REFERENTIES	62

Dankwoord

Dit onderzoeksverslag is tot stand gekomen dankzij enorme betrokkenheid van de deelnemers die bereid zijn geweest om hun tijd in deze studie te investeren en met ons in gesprek te gaan: de vrouwelijke verpleegkundigen en artsen, leidinggevendenden, medewerkers van P&O en bedrijfsartsen. We danken alle vrouwen en mannen die hun passie voor het werk met ons wilden delen teneinde Amsterdam UMC een (nog) betere werkplek voor ons allemaal te maken.

Daarnaast bedanken we collega's Marjolein Verburgh en Karen Nieuwenhuijsen van het Coronel Instituut en de leden van het begeleidingsteam van het 'zusterproject' *ProudWoman: enhancing the health of menopausal women in lower economic positions* (ZonMw 2018-2020) voor hun niet aflatende inzet, interesse, en input.

Als laatste bedanken we de collega's van WOMEN Inc. voor de vruchtbare en inspirerende samenwerking. Onze bijzondere dank gaat uit naar Marijn Ouwehand, Metty Spelt en Suzan Steeman. Zonder hen was dit project *Vitaliteit op het Werk* er niet geweest, en wij kijken met bewondering naar hun deskundigheid en de vertaalslag die zij weten te maken richting de samenleving. Het onderzoek werd mede mogelijk gemaakt dankzij financiering van WOMEN Inc. en Instituut GAK.

Samenvatting

De reproductieve en post-reproductieve fasen in de huidige levensloop van vrouwen vallen meestal samen met hun loopbaan. Dit betekent dat vrouwen werkzaam zijn tijdens twee belangrijke transitiefasen van hun leven: de zwangerschap en de overgang. Met dit empirische onderzoek in een academisch medisch centrum genereren we kennis over de arbeidsgerelateerde gezondheid van vrouwelijke artsen en verpleegkundigen in deze twee levensfasen, met het doel om arbeidsuitval te verminderen en randvoorwaarden te scheppen voor een werkomgeving waarin vrouwen duurzaam inzetbaar kunnen zijn.

Als theoretisch kader voor kwalitatieve empirische studie, voortvloeiend uit twee narratieve literatuurstudies (Bendien et al., 2019a; Bendien et al., 2019b), gebruiken we ‘de belichaamde levensloop’ als overkoepelend perspectief met daarbinnen twee concepten: het moederlichaam en de lichaamspolitiek van het onverwachte. Middels een intersectionele benadering brengen we gender-, gezondheids- en levensloopperspectieven in kaart die in samenhang met elkaar worden bestudeerd. De data zijn verzameld door middel van 21 semigestructureerde interviews, twee focusgroepbijeenkomsten en drie dialoogsessies (in totaal 33 personen).

In onze resultaten presenteren we twee grotere thema’s.

Het thema *het moederlichaam ontlichaamd* gaat over lichamelijkheid van de vrouwelijke zorgprofessionals in relatie tot het verlenen van zorgarbeid, de werkcultuur, samenwerking met collega’s en de eigen gezondheid. We bespreken achtereenvolgens: (1a) arbeidsethos boven zelfzorg en werk boven privé; (1b) coping en overleven in de zorg; (1c) flexibiliteit en collegialiteit en (1d) legitimiteit van lichamelijkheid.

Het tweede thema *het moederlichaam verzwegen* gaat over de bespreekbaarheid van vrouwspecifieke lichamelijkheid, bestaande taboes en gezondheid en vitaliteit, en over mogelijke veranderingen in werk. We bespreken de volgende subthema’s: (2a) weglachen van ongemak; (2b) ontbreken van kennis: van overgangsverschijnsel naar overgangsklacht; (2c) in gesprek over lichamelijke verschijnselen; (2d) vragen om ondersteuning, of vragen om problemen; (2e) levensfasen: verwachting versus ervaring en (2f) op weg naar het duurzame inzetbaarheid beleid.

Het moederlichaam van zorgprofessionals kent een veelvoudige temporaliteit (misselijkheid of opvliegers kun je niet inplannen), die botst met de temporaliteit van zorgorganisaties. Daarnaast ervaart het moederlichaam een gebrek aan ruimte: fysieke ruimte om te ontspannen; interactieve ruimte om aan zwangerschap of overgang gerelateerde vragen te bespreken; ontwikkelingsruimte om bewustwording te creëren en meer kennis te vergaren en delen. Moederlichamen verrichten intellectuele, fysieke en emotionele arbeid, ook wanneer zij ‘zwangerschapsarbeid’ en ‘overgangsarbeid’ verrichten. Deze arbeid kan en moet een logisch en geaccepteerd onderdeel van het arbeidsproces op de werkvloer worden, waarover gesproken kan worden en waarvoor gepaste ondersteuning is vanuit de werkgever indien gewenst. We concluderen dat, hoewel vrouwelijke werknemers nodig zijn en hun arbeid gewaardeerd wordt, het *moederlichaam* er op de werkvloer niet toe mag doen en onbespreekbaar is. Mede hierdoor kan het verwaarloosd raken, vitaliteit verliezen of gezondheidsproblemen krijgen, en met name tijdens de zwangerschap en de overgang, als transitiefases waarin juist specifieke aandacht voor het lichaam noodzakelijk is.

1. Inleiding

De economische en politieke verwachtingen van de Nederlandse overheid ten opzichte van de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt zijn gebaseerd op gelijke arbeidsparticipatie van vrouwen en mannen en op een lange loopbaan. Dit betekent dat vrouwen tijdens, tussen en ook na hun zwangerschappen blijven doorwerken. Ook de fase van de overgang, die zich gemiddeld tussen het 45^{ste} en het 60^{ste} levensjaar afspeelt, is inmiddels volledig ingebed in de loopbaan, die immers tot het 67^{ste} levensjaar is opgerekt. Kort gezegd vallen de reproductieve en post-reproductieve fasen in de vrouwelijke levensloop binnen de vrouwelijke loopbaan. Daarmee verplaatste het vrouwelijke lichaam zich in de loop van de afgelopen decennia vanuit het privé-domein, waar het tot voor kort ‘thuis hoorde’, naar de werkvloer.

Een vraag die in dit verband naar boven komt is in hoeverre de arbeidsmarkt in het algemeen en organisaties in het bijzonder rekening houden met genderaspecten in de maatschappelijke rollen en met gezondheidsgerelateerde fysieke behoeftes en ervaringen van mannen en vrouwen. Het is niet toevallig dat deze vraag wordt gesteld op het moment waarop de vrouwen in Nederland voor het eerst de helft van de beroepsbevolking vertegenwoordigen (CBS, 2019). Om nu en in de toekomst over voldoende vrouwelijk arbeidspotentieel te beschikken en arbeidsuitval te voorkomen, is aandacht voor de levensfasen zoals zwangerschap en overgang, cruciaal. Het verminderen van werkstress en het stimuleren van gezond gedrag krijgen steeds meer aandacht van werkgevers, met als doel het voorkomen van verloop of uitval door ziekte en het terugdringen van ziekteverzuim. De (h)erkenning van de fysieke en mentale veranderingen en klachten rondom vrouwspecifieke levensfasen zoals zwangerschap en overgang in relatie tot arbeidsparticipatie blijft echter sterk achter (Bendien et al., 2019a; Bendien et al., 2019b). Door middel van dit empirische onderzoek in een academisch medisch centrum willen we kennis genereren over de impact die juist die twee levensfasen op de gezondheid en de loopbaan van vrouwelijke werknemers kunnen hebben. Wij richten ons hierbij specifiek op vrouwelijke verpleegkundigen en artsen en hun leidinggevenden.

Het overkoepelende doel van het onderzoek is om de arbeidsgerelateerde gezondheid van vrouwen in twee belangrijke vrouwspecifieke levensfasen, te weten zwangerschap en de overgang, te bevorderen door het genereren en verspreiden van kennis, waardoor arbeidsuitval kan worden verminderd en randvoorwaarden kunnen worden gecreëerd voor een werkomgeving waarin vrouwen duurzaam inzetbaar kunnen zijn.

Ook willen we door middel van deze kwalitatieve empirische studie een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van een nieuw conceptueel framework voor onderzoek naar de diverse levensfasen in relatie tot de gezondheid, gebaseerd op een gender- en diversiteitsperspectief, en vanuit een levensloopperspectief.

2. Theoretisch kader voor Vitaliteit op de werkvloer

Deze kwalitatieve empirische studie is intersectioneel van aard (Acker, 2012; Hankivsky, 2014). Om gezondheid en gezondheidszorg te begrijpen, is een intersectionaliteitsperspectief handzaam, waarin de werkelijkheid wordt benaderd vanuit meervoudige categorieën van verschil, ofwel sociale identiteiten, zoals sekse en gender, etniciteit, leeftijd en klasse (Hankivsky, 2014; Verdonk et al., 2019). Intersectionaliteit, als concept gemunt door Kimberlé Crenshaw (1991), komt voort uit de zwarte vrouwenbeweging vanwege de kritiek op het feminisme dat *race* en gender niet van elkaar gescheiden kunnen worden; zwarte vrouwen staan tegelijkertijd bloot aan seksisme en racisme (bijv. Lorde, 1984; Crenshaw, 1991). De individuele ervaringen maar ook de sociale identiteiten van mensen worden gevormd door en binnen een sociale context, die wordt gekenmerkt door machtsstructuren en ongelijkheid zoals bijvoorbeeld zichtbaar wordt in discriminatie. Vanuit een intersectionele benadering worden daarom meerdere categorieën zoals gender en klasse tegelijkertijd en in hun samenhang bestudeerd om de complexiteit van de bestudeerde setting in kaart te brengen en ook onderliggende machtsverhoudingen bloot te leggen. Door deze intersecties te doorgronden streven we ernaar om veelal impliciete mechanismen van ongelijkheid tegen het licht te houden. Met deze studie willen we bijdragen aan inzicht in de maatschappelijke, organisatorische en interpersoonlijke mechanismen die de vitaliteit op de werkvloer van vrouwen in de levensfasen zwangerschap en overgang kunnen hinderen of bevorderen. In dit theoretische kader richten we ons op gender, arbeid en gezondheid tijdens twee vrouwspecifieke levensfasen (de intersecties leeftijd en gender), en leggen we aan de hand van diverse literatuurbronnen uit welke relatie de thema's met elkaar hebben. In onze analyse van de ervaringen van vrouwelijke werknemers tijdens de zwangerschap en de overgang maken we gebruik van het levensloopperspectief (Maher, 2013; Sabelis & Schilling, 2013).

De resultaten van twee literatuurstudies kort samengevat

Het grootste deel van de beschikbare studies over vrouwen, arbeid en gezondheid is gericht op een specifiek gezondheidsprobleem, zoals bijvoorbeeld burn-out, vermoeidheid of depressie (Aronsson et al., 2017; Verdonk et al., 2010), of op een specifieke periode, zoals zwangerschap of de postnatale periode (Van Beukering et al., 2014; Trimbos Instituut, 2016). Voorafgaand aan deze theoretische beschouwing hebben we twee narratieve literatuurstudies uitgevoerd met als thema's *zwangerschap en werk* (Bendien et al., 2019b) en *de overgang en werk* (Bendien et al., 2019a). In de literatuurstudies hebben we binnen de geraadpleegde databases geen studies aangetroffen die deze transitiefasen afzonderlijk dan wel gezamenlijk vanuit het levensloopperspectief beschouwen.

De artikelen over zwangerschap en werk die in de literatuurstudie zijn opgenomen richtten zich grotendeels op de volgende vier thema's: (1) gezondheidsproblematiek tijdens zwangerschap en werk, inclusief beroepspecifieke risico's (bijv. Alex, 2011; Bonzini et al., 2009; Van Melick et al., 2014; Yeh et al., 2018); (2) ziekteverzuim en zwangerschapsverlof (bijv. Kristensen et al., 2007; Guendelman et al., 2016); (3) psychosociale factoren op het werk (bijv. Gatrell, 2013;

Jones, 2017; Loyal et al., 2017); en (4) beleid, wet- en regelgeving en interventies m.b.t. zwangerschap op de werkvloer (bijv. Goodman, 2018; Rangel et al., 2018). De nadruk wordt in studies vaak op de gezondheid van de foetus gelegd, terwijl de (gezondheid van) werkende zwangere vrouwen zelf naar het tweede plan verdwijnt. Deze conclusie is van belang met het oog op de resultaten van onze empirische studie die in dit verslag zullen worden beschreven, en waarin de gezondheid van vrouwen en hun ervaringen met zwangerschap en overgang, en niet de gezondheid van het ongeborn kind centraal staat. Tot op zekere hoogte zullen we verwaarlozing van (de gezondheid van) werkende zwangere vrouwen terug vinden in de verhalen van werknemers die we geïnterviewd hebben. Ook zien we de relatie die in de literatuurstudies wordt gelegd tussen de fysieke kenmerken van het werk en gezondheidsproblemen zoals vermoeidheid of rugpijn terug in onze interviews. De literatuurstudie over zwangerschap en werk heeft inspirerende inzichten opgeleverd voor de conceptuele framing van onze empirische studie. Het betreft hier voornamelijk het werk van Gatrell en haar collega's (Gatrell, 2011, 2013; Gatrell, Cooper & Kossek, 2017) waar het begrip van 'maternal body' op de werkvloer wordt uitgewerkt. Wij komen hier later op terug.

De literatuurreview over overgang en werk toonde voornamelijk aan dat het onderzoek ernaar tot dusver schaars is (Bendien et al., 2019a). Daaruit trekken we de conclusie dat het hoog tijd is om maatschappelijk en politiek aandacht op de overgang in relatie tot werk te vestigen. We troffen slechts 36 wetenschappelijke artikelen aan die geschikt waren voor onze literatuurstudie en hebben de resultaten van de review in acht thema's samengevat: (1) gebrek aan (h)erkenning (bijv. Jack et al., 2014); (2) kosten en ziekteverzuim (bijv. Kleinman et al., 2013); (3) werkvermogen (bijv. Geukes et al., 2016); (4) werkkenmerken (bijv. Hardy et al., 2018); (5), andere psychosociale en culturele factoren (bijv. Griffiths et al., 2013); (6) gezondheid (bijv. Gartoulla et al., 2016); (7) stress, moeheid en burn-out (bijv. Verdonk, 2019); en (8) omgaan met de overgang en interventies (bijv. Fenton & Panay, 2014). De resultaten van de literatuurreview hebben we als inspiratiebron en als raamwerk gebruikt voor de theoretische framing van ons empirische onderzoek. De studies die vrouwelijke lichamen in de overgang vooral bestuderen als stoorzender op de werkvloer, boden een prikkelend en vruchtbaar uitgangspunt voor het ontwikkelen van ons theoretisch kader. Met onze analyse willen we begrijpen waarom over het vrouwelijk lichaam op de werkvloer vooral wordt gezwegen, of waarom het onderwerp overgang lachend van tafel wordt geveegd. Ook de inzichten die we in de literatuur terugvinden over de veerkracht van vrouwen in de overgang en de mate waarop ze hun werk waarderen zullen we verder uitwerken aan de hand van empirische data.

Belichaamde levensloop als overkoepelend perspectief voor empirisch onderzoek

In deze empirische studie gaan we specifiek in op de relatie tussen de gezondheid van vrouwen en hun arbeid tijdens de zwangerschap en de overgang. De keuze voor deze twee transitielevensfasen in de vrouwelijke levensloop hebben we in de inleiding toegelicht. Deze keuze heeft tevens bepaald waarom we aan het vrouwelijk lichaam een centrale plaats geven in de theoretische framing van het onderzoek. Om de woorden van Bernice Hausman te gebruiken, streven we er met deze studie naar om een 'politiek van vrouwelijk lichaam' te bevorderen

(2004). Onder een *politiek van vrouwelijk lichaam* verstaan we het ontwikkelen van beleid dat rekening houdt met de implicaties van een moderne loopbaan en een moderne vrouwelijke levensloop. Zonder specifieke aandacht voor vrouwelijke lichamen lopen we het risico om de focus op de vitaliteit, gezondheid en de autonomie van vrouwen als gelijkwaardige burgers en arbeidskrachten te verliezen. Aan de hand van twee voorbeelden lichten we onze aandacht voor de plaats van een vrouwelijk lichaam op de arbeidsmarkt toe.

Ten eerste bestaat er een sterke overlap in de jaren wanneer de vruchtbaarheid van een vrouw en haar loopbaankansen op hun hoogst zijn (Shrier & Shrier, 2009). Het besluit om vanwege zwangerschap enkele maanden van de werkvloer weg te blijven, gaat gepaard met een reële kans op stagnatie in de loopbaan (Ashcraft, 1999; Maxwell, Connolly & Laoire, 2019). De mechanismen die voor stagnatie kunnen zorgen zijn vaak impliciet van aard, omdat ze in het traditionele denken zijn geworteld dat de werknemer het werk altijd en volledig centraal stelt. De dragers van dat traditionele denken hoeven zich dat niet altijd bewust te zijn, inclusief zwangere vrouwen zelf (Acker, 1990; Wolkowitz, 2006). Een ‘zwanger lichaam’ kan bijvoorbeeld bij collega’s en leidinggevenden het gevoel opwekken dat de prioriteiten van de zwangere medewerker vanuit haar werk naar het privé-domein verschuiven, en dat dat onwenselijk is voor het goed functioneren van de organisatie (Gatrell et al., 2017). Zo kan een zwanger lichaam a priori binnen de werkcontext als onbetrouwbaar worden bestempeld. Dit verwachtingspatroon wordt vaak ook door zwangere vrouwen zelf geïnternaliseerd, waardoor ze hun zwangerschap langer dan nodig proberen te verbergen of meer uren gaan werken om te bewijzen dat de zwangerschap geen invloed heeft op hun werkvermogen of op het stellen van prioriteiten (Gatrell, 2011; Mäkelä, 2012). Het perverse hiervan is dat exact dit gedrag negatieve gevolgen kan hebben voor de gezondheid van zwangere vrouwen. Zo ontstaat een vicieuze cirkel, waarin vooroordelen over een zwanger lichaam de mentaliteit op de werkvloer domineren, en gedateerde opvattingen over sekse en genderrollen niet bekritiseerd worden.

Een tweede voorbeeld betreft vrouwen die rond hun 50^{ste} verjaardag in verschillende mate maar wel onvermijdelijk overgangsverschijnselen ervaren (Harlow et al., 2012). Een van de lichamelijke manifestaties daarvan, die op de werkvloer niet te vermijden zijn, zijn opvliegers (Geukes et al., 2012). Het grootste deel van de vrouwen op de arbeidsmarkt werkt in de zorg-, onderwijs- en dienstverleningssectoren en dit betekent dat ze veelal met andere mensen te maken krijgen (Verdonk, 2019). Sterker nog, lichamelijk contact, in de zorg bijvoorbeeld, is vaak noodzakelijk. Maar een lichaam in de overgang loopt niet altijd in de pas met bijvoorbeeld het werkrooster. Het te warm krijgen kan op de meest ‘ongepaste’ momenten plaatsvinden, zoals tijdens een medische operatie of het afnemen van de mondelinge toets. Door het taboe over het onderwerp overgang, voelen werkende vrouwen in de overgang zich op dergelijke momenten soms ongemakkelijk, en soms zelfs schuldig of volledig verantwoordelijk voor het ongemak (Hardy et al., 2019). Hun lichamen lijken te ontsporen, en als het door anderen wordt opgemerkt praten ze er liever niet over of doen het lachend af (Griffiths et al., 2013). Een lichaam met overgangsverschijnselen lijkt de autoriteit en de professionele uitstraling van een werkende vrouw te ondermijnen (Fenton & Panay, 2014). En terwijl de bijdrage van een ‘lichaam’ in de overgang aan de werkprocessen hard meetelt, omdat het meestal over een ‘lichaam’ met veel ervaring gaat, blijft het onderhouden daarvan een privé-aangelegenheid van de vrouwen zelf (Bariola et al., 2017; Verdonk, 2019).

Resumerend kunnen de belangrijke levensfasen in de vrouwelijke levensloop niet los van de belichaamde ervaringen begrepen en doorgegrond worden. We beschouwen de arbeid die door vrouwen wordt verricht als belichaamde arbeid, en hun levensloop als belichaamde levensloop. Desalniettemin merken we dat de organisaties waar vrouwen werken, deze vrouwelijke lichamen veelal liever buiten beschouwing laten of als seksenneutraal (lees: hetzelfde als het mannelijke lichaam) beschouwen. Deze manier van op de werkvloer met een vrouwelijk lichaam omgaan wordt vaak onbewust in stand gehouden, als uiting van een patriarchaal systeem met een eenduidige werknemer, en omdat het eenvoudiger is voor organisaties als vrouwen zich aan de bestaande orde committeren. Vrouwen schikken zich vaak in een systeem dat hen letterlijk en figuurlijk niet op het lijf is geschreven. De redenen en de gevolgen van deze stand van zaken nemen we verder onder de loep.

Gelijkheid van de ongelijke lichamen op de arbeidsmarkt

Vanaf de naoorlogse tijd tot nu hebben diverse maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de verbeteringen in de volksgezondheid, voor grote veranderingen gezorgd in de levensstijl, de loopbaan en het levenspatroon van werknemers in Nederland. Vrouwen hebben de grootste impact van deze veranderingen hebben ervaren (Shrier & Shrier, 2009). Waar de reproductieve aspecten van een vrouwelijk lichaam vroeger bepalend waren voor de maatschappelijke rol van vrouwen, wordt tegenwoordig terecht de nadruk gelegd op het vermogen, het talent en de wensen van de vrouwen zelf om zich tot vakmensen te ontplooien, en dus op gelijkheid tussen mannen en vrouwen (*equality*, zie Hammarström et al., 2014). Wanneer gelijkheid op de arbeidsmarkt op die manier wordt begrepen, dan lijkt het succesverhaal over vrouwenparticipatie op de arbeidsmarkt vrijwel rond te zijn en te onderbouwen met cijfers over bijvoorbeeld opleidingsniveau en deelname aan de arbeidsmarkt. Echter, de gevolgen van traditionele maatschappelijke rolverdeling van zorgtaken, machtsverhoudingen in organisaties en de organisatie van arbeid, maar ook de fysieke verschillen tussen mannen en vrouwen verdwijnen door dit verhaal naar de achtergrond, waardoor het moeilijk wordt om de gezondheid en vitaliteit van vrouwen op de arbeidsmarkt kritisch tegen het licht te houden.

In 1967 verscheen het essay van Joke Kool-Smit 'Het onbehagen bij de vrouw' dat als manifest voor de tweede feministische golf in Nederland wordt beschouwd. Zij schetste een scherp en bedroevend beeld van de Nederlandse vrouwen die wel 60 uur per week thuis werkten, maar die nauwelijks zelf konden bepalen of en hoeveel kinderen ze wilden, en bij wie betaald werk als vrijetijdsbesteding of hobby werd gezien. Er is een wereld van verschil tussen het beeld van de moderne werkende vrouwen en het beeld dat Kool-Smit in 1967 schetste. Echter, het onbehagen bij vrouwen is nog niet verdwenen. In haar essay meer dan 50 jaar geleden anticepeerde Kool-Smit reeds op de ongelijkheid op de werkvloer die ze zag aankomen: 'Ondanks vijftig jaar emancipatie zijn er nog altijd bedrijfstakken waar vrouwen met gelijk of gelijkwaardig werk minder verdienen dan mannen. ... Vrouwen hebben toegang gekregen tot de maatschappij, maar op een enkele uitzondering na zijn ze geconcentreerd in de lagere regionen daarvan' (Kool-Smit, 1967, p. 268). Zo waarschuwde Kool-Smit dat het toetreden tot de

arbeidsmarkt vrouwen niet vanzelfsprekend van gelijke rechten en gelijke waardering van hun werk zal voorzien als bij mannen.

Om de ongelijkheid die nog steeds op de arbeidsmarkt de scepter zwaait te ontvouwen hebben we in deze studie voor levensloopbenadering gekozen. Anne Seiden (1989) heeft de vrouwelijke levensloop beeldend beschreven als ‘levens-pretzel’, waar de biologische-reproductieve cirkel, de gezins- en huwelijks-cirkel en de onderwijs- en beroeps-cirkel binnen een vrouwelijke levensloop elkaar overlappen. Soms versterken ze elkaar en soms leidt de overlap tot conflicten.

Het ligt voor de hand dat de gelaagdheid van de vrouwelijke levensloop en de bijzondere rol die de reproductieve cirkel daarin speelt, in de loopbaan en vitaliteit van vrouwen en mannen op de werkvloer voor kenmerkende verschillen kunnen zorgen. Gelijkheid op de werkvloer begint onzes inziens bij het accepteren van en het rekening houden met historische maatschappelijke ongelijkheid en genderaspecten, met biologische verschillen (sekseverschillen), en ook met andere verschillen en ongelijkheden zoals culturele verschillen tussen werknemers (*equity*, zie Hammarström et al., 2014). Het blijkt echter lastig om aan een zodanig begrepen gelijkheid op de werkvloer vorm te geven. Hieronder gaan we dieper in op de redenen waarom gelijkheid in de bestaande organisatiestructuren niet vanzelfsprekend is en welke consequenties dit kan hebben voor de loopbaan en gezondheid van vrouwen.

Mismatch tussen een vrouwelijk lichaam en de beschikbare ruimte op de werkvloer

Bijna elk modern beroep is oorspronkelijk, en vaak letterlijk, aan mannelijke lichamen afgemeten. Toen vrouwen met een opmars op de arbeidsmarkt begonnen, moest er op de werkvloer plaats worden gemaakt voor nieuwe soorten lichamen. Dit bleek niet vanzelfsprekend te zijn, en die ruimte blijft nog steeds marginaal. Voor onze studie zijn ten minste drie manieren waarop dat gebrek aan ruimte gestalte krijgt van belang. Ten eerste heerst nog steeds de mentaliteit op de werkvloer dat de identiteit van werkende vrouwen tot hun reproductieve functie wordt gereduceerd, d.w.z. dat vrouwen in eerste instantie als (potentiële) moeders worden gezien. Ten tweede wordt een vrouwelijk lichaam mede door dit reductionistisch denken als onbetrouwbaar beschouwd, d.w.z. als fysiek instabiel, onderworpen aan hormoonwisselingen en daardoor voor emoties vatbaar. Op grond hiervan wordt dan ook aan de cognitieve functies van vrouwen getwijfeld, waardoor ze minder geschikt lijken voor hogere functies met meer verantwoordelijkheid, en worden vrouwelijke lichamen gemedicaliseerd, alsof sekse- en genderverschillen met behulp van een pilletje op de werkvloer geneutraliseerd kunnen worden. En ten derde weten vrouwen zelf vaak niet hoe ze aan hun belichaamde arbeid goed vorm kunnen geven, zoals waar en wanneer ze grenzen moeten aangeven en de taboes doorbreken om hun behoeftes bespreekbaar te maken. Daarnaast lijkt het besef afwezig dat veel van de vragen van vrouwen op de werkvloer geen individuele vragen zijn, maar eerder structurele en politieke vraagstukken, die niet alleen en zonder meer binnen bestaande organisatiestructuren en -culturen opgelost kunnen worden.

Om dit ‘gebrek aan ruimte’ te kunnen doorgronden hebben we twee concepten gekozen als basis voor het theoretische kader voor onze empirische studie: het moederlichaam en de

lichaamspolitiek van het onverwachte. Eerst leggen we uit welke betekenis we in het kader van ons onderzoek aan deze concepten geven. Vervolgens passen we de concepten toe in onze analyse om de relaties tussen gender, arbeid en gezondheid op de werkvloer bloot te leggen.

Het moederlichaam

Het moederschap kan gezien worden als een geschikt concept om de complexiteit van de samenhang tussen de biologische, sociaal-maatschappelijke en culturele aspecten van vrouwelijke levenslopen integraal aan te kaarten. In navolging van Hausman zien we het moederschap als een politiek project voor vrouwen dat in de laatste decennia uit de privéruimte van het eigen huis naar de openbare ruimtes zoals studie, werk of andere vormen van maatschappelijke participatie is verplaatst (2004). In onze conceptuele framing gaan we nog een stap verder. De politiek van een vrouwelijk lichaam gaat verder dan het moeder-zijn. Het is verbonden aan een vrouwelijk lichaam dat het moeder-zijn als potentie heeft of geacht wordt te hebben, afgezien van het feit of het gerealiseerd kan/zal of moet worden, en daardoor alle manifestaties van dergelijke lichamen heeft zoals menstrueren, premenstruele klachten, zwanger zijn, miskramen, borstvoeding geven, en overgangsverschijnselen. Daarom kiezen we in onze studie voor het concept moederlichaam (in plaats van een vrouwelijk lichaam), dat beter onze integrale benadering weerspiegelt. Met deze benadering willen we op geen enkele manier de ervaringen van vrouwen die geen kinderen hebben gekregen om diverse redenen, maar ook die van trans*vrouwen en trans*mannen over het hoofd zien of het belang van onderzoek daarnaar ontkennen. Trans*lichamen hebben ervaringen met moederlichamen gemeen, en beide hebben ook eigen unieke ervaringen in relatie tot arbeid en gezondheid. Dit verdient echter eigenstandig onderzoek en kan niet in het kader van deze studie worden meegenomen.

Het concept moederlichaam werd in het leven geroepen om de complexiteit van de nieuwe verhoudingen op de arbeidsmarkt te kunnen weergeven. Michelle Boulous Walker werkte het begrip ‘moederlichaam’ (oorspronkelijke Engelse term ‘maternal body’) uit in haar boek ‘Philosophy and Maternal Body: Reading silence’ (2002). In dat boek stelde zij dat de meest effectieve manier om vrouwen het zwijgen op te leggen is door te wijzen op de associatie met het moederschap. Het moederlichaam opereert dan als plaats van het radicale zwijgen. De metafoor van het moederlichaam is volgens Walker verre van onschuldig en draagt bij aan het zwijgen opleggen bij vrouwen wier identiteit op de werkvloer gereduceerd wordt tot de reproductieve functie.

De Britse wetenschapper Caroline Gatrell (Gatrell, 2013; Gatrell, Cooper & Kossek, 2017) geeft een verdere verdieping aan het concept. Volgens Gatrell verwijst het concept van het moederlichaam in de context van werk naar alle aspecten van potentiële vruchtbaarheid, waaronder de zwangerschap en de overgang. Het moederlichaam wordt geacht te functioneren in de prevalerende masculiene organisatiecultuur (Haynes, 2011), waardoor vrouwen hun uiterste best moeten doen om hun lichaam te laten inpassen binnen een systeem dat niet of minder voor hun lichamen geschikt is. Volgens Gatrell geldt dit voor elk vrouwelijk lichaam en in elke levensfase. Het inpassen van dat lichaam binnen het systeem wordt echter nog moeilijker als het over een zwanger lichaam of over een lichaam in de overgang gaat (Gatrell,

2013). Het moederlichaam wordt opgevat als een lichaam dat lekt (met bloed, vruchtwater, borstmelk, zweet) en als een lichaam dat muteert (verandert van vorm en gewicht). Deze ‘ongedurigheid’ van vrouwelijke lichamen lijkt steeds verwarring op de werkvloer te veroorzaken. Om de veranderingen die in vrouwelijke lichamen plaatsvinden ‘simpel’ te houden wordt dan voorgesteld om moederlichamen met behulp van hun reproductieve functie te definiëren. Als resultaat worden vrouwen door werkgevers liever als lichamelijke wezens gezien dan als intellectuele wezens (voor uitgebreide kritiek op dit standpunt zie Witz, 2000). Ondanks het feit dat vrouwen hun plaats op de arbeidsmarkt hebben veroverd, worden ze eerder als hulptroepen gezien dan als de sturende kracht van de arbeidsmarkt. Meerdere factoren, zoals traditionele culturele opvattingen over genderverhoudingen, toegankelijkheid tot het onderwijs en economische behoefte aan arbeidskrachten binnen bepaalde sectoren, maar ook gegenderde beeldvorming en status van beroepen inclusief de lonen en de mogelijkheden tot doorgroeien spelen een rol in deze ‘segregatie’ (Verdonk, 2019). Beroepskeuzes en de manier waarop ze worden gemaakt, zijn niet vrij van traditionele denkpatronen over genderrollen (Höpfl & Atkinson, 2000). Het resultaat van dergelijke vooringenomen keuzes zien we in het feit dat binnen de Nederlandse zorgsector vandaag 84% van de werknemers vrouwen zijn (CBS, 2019). Kennelijk past het moederlichaam van werkende vrouwen goed bij de ondersteuning van de vitale zorgprocessen in onze maatschappij. Of de vitaliteit van werkende vrouwen zelf daardoor voldoende beschermd wordt is echter de vraag.

De lichaamspolitiek van het onverwachte

Het originele concept heet ‘a body politics of surprise’ en werd door Jack, Riach en Bariola in hun recente werk (2019) geïntroduceerd met als doel de ervaringen van vrouwen in de overgang als *temporele belichaamde ervaringen* neer te zetten. We werken dit concept verder uit en passen het toe om de ervaringen met zowel de zwangerschap als de overgang op de werkvloer te kunnen doorgronden.

Het temporele aspect van dit concept heeft hier een bijzondere invulling vanwege onze keuze voor een levensloopbenadering. Geïnspireerd door de procesfilosofie van Henry Bergson (2005/1911) zien we elke levensloop als een onafgebroken proces van in elkaar overgaande, versmeltende, veranderingen waardoor een simpele causale verklaring van een concrete ervaring niet voldoende is. Een verpleegkundige in de overgang voelt zich misschien schuldig als ze overweegt om zich ziek te melden, niet omdat er op dat moment een probleem op de afdeling speelt, maar omdat de totaliteit van haar ervaringen een bepaald beeld van de werkcultuur bij haar oproept, die opoffering van haar gezondheid ten behoeve van de organisatiebelangen toestaat en normaliseert. Anders gezegd wordt een temporele belichaamde ervaring gevoed niet (alleen) door de ervaring van dat moment, maar door alle ervaringen die geaccumuleerd zijn gedurende de levensloop. De verpleegkundige heeft dus een belichaamde biografie, en die biografie beïnvloedt het ‘nu’. Binnen feministisch werk vinden we deze ideeën terug bij auteurs die de vrouwelijke levensloop als een verzameling van *temporele veelvoud* (temporal multiplicities) begrijpen (Ainsworth, 2002; Bendien, 2013; Camussi & Leccardi, 2005; Davies, 1989; Riach & Loretto, 2009; Sabelis, 2001). We hebben al gezien dat de temporele lijn van een vrouwenloopbaan bijvoorbeeld niet parallel loopt met temporaliteit van

haar gezinsleven en haar gezinsplanning (Shrier & Shrier, 2009). Het feit dat vrouwen moeder worden kan dus niet als reden worden gebruikt om te twijfelen aan het werkvermogen en de professionaliteit van de werkende moeders – de biografie van het vrouwelijke lichaam en de biografie van het werkende lichaam lopen niet synchroon, en beide worden gedicteerd door sociale structuren.

In de context van onze empirische studie naar zwangerschap, overgang en werk, kunnen er diverse temporele dimensies worden onderscheiden binnen het arbeidsproces waarin moederlichamen participeren. De innerlijke klok van een moederlichaam, d.w.z. wanneer het lichaam rugpijn ervaart of een opvlieger krijgt, werkt letterlijk niet synchroon met de organisatieklok waar het arbeid verricht. Diverse temporele dimensies in de vrouwelijke levensloop hebben geen lineaire werking. Ze kruisen elkaar en vormen een complexe samenhang, net als in de levens-pretzel van Anne Seiden (1989). Als gevolg hiervan praten we liever over een moederlichaam-in-wording dat continu verandert en op onvoorspelbare en unieke wijze.

Een van de verklaringen voor de bijzondere, afwezige aanwezigheid van moederlichamen op de werkvloer vinden we in het antropologische werk van Mary Douglas (1966), waarin zij vrouwelijke lichamen op de werkvloer beschrijft als verstoring van de gevestigde orde en aantasting van de grens tussen het werk en het privé-domein, en daardoor voor ‘sociale onzuiverheid’ zorgt. Onder de gevestigde orde, breder op te vatten dan alleen de werksetting, wordt o.a. een tweedeling van lichamen begrepen waarbinnen een mannelijk lichaam als stabiel, betrouwbaar en ingehouden wordt gezien, in tegenstelling tot een vrouwelijk lichaam, dat als twijfelachtig, instabiel en verdacht wordt beschouwd (Gatrell et al., 2017; Griffiths, MacLennan & Hassard, 2013; Little et al., 2015). Deze geconstrueerde tweedeling, hoe achterhaald ook, blijft vaak het gedrag van de vrouwen zelf, van collega’s en van leidinggevendenden bepalen en daardoor ook invloed uitoefenen op de vitaliteit en de loopbaankansen van vrouwen.

Vrouwelijke lichamen worden dus van oudsher als onvoorspelbaar gedefinieerd (Douglas, 1966). Onvoorspelbaarheid hier is een negatief kenmerk in de context van productieve arbeid, die op planmatigheid, productiviteit en winst gericht is. Het uitgangspunt van de lichaampolitiek van het onverwachte is dat zowel zwangerschap als de overgang als processen worden opgevat waarbinnen een stap-voor-stap planning niet mogelijk is (Grosz, 2005). De organisatie heeft geen absolute controle over de gezinsplanning van vrouwelijke werknemers en heeft absoluut geen controle over de manier waarop de zwangerschap zal verlopen, of wanneer de overgang zal beginnen, en of een vrouw daarvan last krijgt. Dat laatste, namelijk geen controle hebben, blijft een struikelblok voor organisaties die niet in termen van belichaamde arbeid denken en liever met een eenduidig soort lichaam of met een (ogenschijnlijk) neutraal en sekseloos lichaam van mannelijke werknemers te maken hebben. Dit organisatiedenken past niet bij moederlichamen-in-wording, die continue veranderen gedurende de levensloop. Onder gunstige omstandigheden en met voldoende kennis en wil kunnen zowel vrouwen zelf als hun organisaties beter op de lichamelijke behoeftes van vrouwen in deze transitiefasen anticiperen en de gezondheid en vitaliteit van vrouwen faciliteren. Maar er komt geen kant en klaar algoritme dat een misselijkheidsaanval, een opvlieger of een slapeloze nacht zal kunnen voorspellen.

In deze studie beargumenteren wij dat een moederlichaam vrouwspecifiek werk heeft aan zichzelf. Een zwanger lichaam verricht niet alleen de gevraagde arbeid ten behoeve van de werkgever of de organisatie, of, in de zorg, de patiënt, maar een zwanger lichaam verricht in eerste instantie ‘zwangerschapsarbeid’ (*‘pregnancy labour’*), zoals een lichaam in de overgang ‘overgangsarbeid’ (*‘menopause labour’*) verricht. En die arbeid vindt plaats onafhankelijk van de werkafspraken, roosters, vergaderingen en alle handelingen die in de taakomschrijving van de vrouwelijke werknemer zijn opgenomen. Het onverwachte in ons concept begrijpen we daarom letterlijk en figuurlijk, als iets waarop je wellicht kan anticiperen maar wat je nooit precies kunt voorspellen. Vruchtwater kan breken tijdens een vergadering, een menstruatie kan beginnen tijdens een operatie en een heftige opvlieger kan zich tijdens een belangrijke presentatie manifesteren. Tegelijkertijd kunnen tijdens de zwangerschap en de overgang onverwacht positieve ontwikkelingen plaatsvinden, kunnen nieuwe vriendschappen op de werkvloer ontstaan, andere soorten relaties met cliënten worden opgebouwd, en ook nieuwe inzichten in het eigen leven en visies op zelfontplooiing verschijnen, soms ook met als resultaat een herwaardering van de plaats die het werk in het leven van een vrouw inneemt. Moederlichamen kunnen dus onvoorspelbaar zijn, niet omdat de lichamelijke uitingen van het moederlichaam per se problematisch zijn of onvoorspelbaar - immers, dat een vrouw menstrueert is maandelijks te verwachten, en dat een vrouw in de overgang komt is voorspelbaar als ze tijd van leven heeft, maar omdat de lichamelijke uitingen van het moederlichaam niet controleerbaar zijn en daarmee niet aan de aannames van productieve arbeid voldoen.

Tegenover de lichaamspolitiek van het onverwachte staat dus de ‘lichaamspolitiek’ van de werkvloer waarin vrouwelijke lichamen als moederlichamen werden aangemerkt en daarmee als minder competente lichamen. Deze traditionele werkvloerpolitiek wordt door twee grote verhalen (grand narratives) gesteund en in het leven gehouden. Zo komen Gatrell en collega’s tot de conclusie dat de aannames over de gezondheid van vrouwen op de werkvloer sterk beïnvloed zijn door het deterministisch medisch verhaal dat alle vrouwen gedurende hun reproductieve levensfase vaak ziek zijn, en dat hun slechte gezondheid hun cognitieve vermogens negatief kan beïnvloeden (2017). Daarnaast worden de lichamen van vrouwen gezien als overspoeld door hormonen die ‘dreigen over te lopen op de werkvloer in de vorm van onvoorspelbaar emotioneel gedrag’ (Gatrell, 2013, p. 624).

Opmerkelijk is dat beide grote verhalen hun oorsprong in de medische wetenschappen vinden. Kort samengevat komen ze erop neer dat vrouwen zozeer voor hormonale wisselingen vatbaar zijn dat die ook hun cognitief functioneren kunnen aantasten - daarom is medicalisering van een vrouwelijk lichaam een gepast antwoord om die onvoorspelbaarheid in toom te houden (Annandale & Clark, 1996). Alleen al het taalgebruik van sommige medische adviezen, zoals wanneer een vrouwelijk lichaam met een ‘kamer van hormoongriezelen’¹ wordt vergeleken, toont de denigrerende houding ten opzichte van een moederlichaam-in-wording (voor uitgebreide kritiek zie Gatrell et al., 2017; Nettleton, 2013).

¹ Voor een voorbeeld van dergelijke standpunten zie de website: <http://www.alexiswalters.com/blog/womens-hormones-and-mental-health/>

In deze studie gebruiken we de twee beschreven concepten om de inzichten van onze respondenten vanuit diverse perspectieven, maar steeds in samenhang met elkaar, te bekijken en betekenis te geven. Op grond van de probleemstelling, ingebed in de bovenstaande theoretische beschouwing, formuleren we de volgende onderzoeksvragen voor onze empirische studie:

1. Hoe ervaren verpleegkundigen en artsen in een academisch ziekenhuis de twee transitiefasen zwangerschap en overgang?
2. Welke structurele en organisatorische randvoorwaarden kunnen bijdragen aan de vitaliteit en een duurzame inzetbaarheid van vrouwelijke verpleegkundigen en artsen in deze levensfasen?
3. Kan, en zo ja, hoe, voor een lichaamspolitiek van het onverwachte ruimte worden gecreëerd in een ziekenhuis?

3. Context van het empirisch onderzoek

Organisatiestructuur en kerngegevens

Amsterdam UMC-VUmc is een academisch ziekenhuis dat ernaar streeft om topzorg aan de patiënten te bieden, onderzoek uit te voeren dat op diverse vakgebieden toonaangevend is en onderwijs verzorgen van hoge kwaliteit. Ons empirisch onderzoek is uitgevoerd binnen Amsterdam UMC, locatie VUmc. Alle gegevens in deze sectie betreffen uitsluitend de locatie VUmc.

Medio 2018 hebben het Amsterdams Medisch Centrum (AMC) en VUmc hun krachten gebundeld in een samenwerkingsverband onder de gezamenlijke naam Amsterdam UMC. De organisatie kent een divisiestructuur, waarbij de medische afdelingen in 10 divisies zijn ondergebracht. Voor de meesten patiënten verandert er in eerste instantie niet veel. In de komende jaren gaan bepaalde specialismen, poliklinieken en verpleegafdelingen verhuizen van de locatie AMC naar VUmc, en andersom. Voor de medewerkers betekent het Amsterdam UMC een nauwere samenwerking met de gelijksoortige afdelingen in het ‘andere’ ziekenhuis, en soms ook opheffing van een van beide afdelingen. We spreken over VUmc wanneer het gaat om gegevens van voor het samengaan in Amsterdam UMC, we spreken over locatie VUmc wanneer we spreken over de periode na de fusie.

Amsterdam UMC-locatie VUmc is een werkgever met ca. 7200 medewerkers. Het verlenen van medische zorg behoort tot de kernactiviteiten van locatie VUmc. Volgens het beschikbare Jaarverslag (2017)² werd er in VUmc jaarlijks aan ca. 25.000 patiënten spoedeisende hulp verleend; ca. 25.000 patiënten kregen dagverpleging; meer dan 20.000 patiënten werden opgenomen en ca. 8.000 patiënten kregen IC-behandeling. Het wetenschappelijk onderzoek bij VUmc resulteert jaarlijks in meer dan 2.800 publicaties en ca. 150 promoties. Daarnaast verzorgt VUmc onderwijs aan onder andere geneeskundestudenten.

Organisatiecultuur

In de missie van VUmc is de christelijke achtergrond van de organisatie zichtbaar, die gepaard gaat met een emancipatoire functie en maatschappelijk engagement.³ Tegenwoordig staat Amsterdam UMC, en ook de locatie VUmc, voor het ‘goede zorg bieden en bijdragen aan de medische kennis van morgen’.⁴

Volgens de visie van VUmc is de instelling gebonden aan het bevorderen van de gezondheidszorg en als gevolg daarvan het welzijn van mensen. VUmc brengt de patiënten en hun naasten, zorgverleners, onderzoekers, studenten en andere maatschappelijke partners bij elkaar om een krachtig netwerk te creëren, teneinde de primaire doelen op het gebied van de zorg, onderzoek en onderwijs te bereiken en tevens een aantrekkelijke en inspirerende werkplek te creëren. VUmc streeft ernaar om een werkgever te zijn waar werknemers *willen* werken, ook

² Ten tijde van het afronden van dit rapport is een nieuwe Jaarverslag 2018 verschenen:

<https://www.vumc.nl/over-vumc/jaardocumenten.htm>

³ <https://www.hdc.vu.nl/nl/erfgoedvu/geschiedenis/index.aspx>

⁴ <https://www.vumc.nl/over-vumc/over-ons.htm>

vanwege hun professionele voldoening en de zinvolle aanvulling die hun werk aan hun leven geeft.

VUmc formuleerde drie kernwaarden: betrokkenheid, zorgvuldigheid en ambitie. Een van deze waarden, nl betrokkenheid, is in het Medewerkersonderzoek van november 2017 meegenomen. De betrokkenheid in VUmc kreeg een score van 7,2, die overeenkomt met de gemiddelde score binnen de sector (benchmark UMC's). Voor de begrippen *bevlogenheid* en *tevredenheid* scoorde VUmc hoger dan gemiddeld in de sector, respectievelijk met 7,5 versus 7,1 in de sector, en 7,3 versus 6,9 in de sector.

Uitdagingen die relevant zijn voor het empirisch onderzoek

Uit het Jaarverslag 2017 blijkt dat het vervullen van de vacatures van onder meer verpleegkundigen lastig blijft door schaarste op de arbeidsmarkt. Hoe de organisatie bestaand personeel kan behouden en ook nieuw talent kan blijven aantrekken is een strategische vraag die VUmc evenals vele andere zorginstellingen bezig houdt. Een voorbeeld van het streven van VUmc op dit terrein is het programma Duurzame inzetbaarheid. Een van de doelen daarvan is om doelgericht en effectief beleid te ontwikkelen dat rekening houdt met de leeftijdsspecifieke behoeftes van de medewerkers. Uit gegevens van P&O blijkt bijvoorbeeld dat de instelling jaarlijks gemiddeld met 250 zwangerschappen van personeelsleden te maken krijgt, waarmee aandacht voor deze groep gerechtvaardigd lijkt. Ook zien we dat hoewel het totale verzuim in VUmc 4,2% is, het verzuim bij vrouwelijke medewerkers tussen 45 en 60 jaar oud een stuk hoger ligt, namelijk 5,5% (bron: P&O VUmc, 2019). Het gaat hier over ruim 1.800 medewerkers in die leeftijdsgroep, afgezet tegenover het totale aantal medewerkers van VUmc van ca. 7.200, dus ongeveer 25% van het personeel op deze locatie. Uitzonderingen daargelaten, is dit tegelijkertijd de leeftijdsgroep die met overgangsverschijnselen te maken krijgt. Uit de beschikbare cijfers kunnen geen conclusies worden getrokken over de mate waarin het hogere verzuimpercentage bij oudere vrouwelijke werknemers samenhangt met overgangsverschijnselen. Ook over andere factoren die kunnen samenhangen met hoger verzuim vooral bij vrouwen, zoals bijvoorbeeld het verlenen van mantelzorg of alleenstaand ouderschap, is geen informatie beschikbaar. Een correcte duiding van de redenen voor het verzuim en het verloop van het personeel binnen deze (en ook de andere) leeftijdsgroepen medewerkers blijft daarom lastig. Meer onderzoek aan de hand van specifieke vraagstellingen kan licht werpen op de dynamiek, de redenen en mogelijke preventie van verzuim en personeelsverloop in VUmc en in gender- en andere diversiteitsaspecten daarin. Dergelijke analyses kunnen input bieden voor VUmc-beleid op het gebied van duurzame inzetbaarheid van het personeel.

Empirisch onderzoek binnen VUmc

In opdracht van WOMEN Inc. voert de afdeling Metamedica een verkennende studie uit naar de ervaringen van vrouwelijke artsen en verpleegkundigen met hun gezondheid en vitaliteit tijdens twee vrouwspecifieke levensfasen zwangerschap en overgang. WOMEN Inc. richt zich onder andere op het agenderen van het thema 'zorgvriendelijk werkgeverschap' bij werkgevers

en werkgeversorganisaties, zoals VNO-NCW en AWWN. In dit project wordt deze lijn voortgezet met het project *Vitaliteit op de werkvloer*. In een parallel project i.s.m. ProudWoman/ ProudMom en AMC-UvA (gefinancierd door ZonMW, 2018-2020) wordt een interventie aangeboden en geëvalueerd voor vrouwen die bij de facilitaire of administratieve dienst binnen Amsterdam UMC werken (veelal met een lager opleidingsniveau). De twee projecten verlopen gelijktijdig en zijn op elkaar afgestemd door structureel gezamenlijk overleg en uitwisseling van tussen- en eindresultaten.

4. Methode

Uitgangspunten en structuur van het onderzoek

In dit kwalitatieve empirische onderzoek wordt gebruik gemaakt van intersectionele- en levensloopperspectieven (zie theoretisch kader). In dit project is gekozen voor actieonderzoek (Boog, 2003; Van Lieshout, Jacobs & Cardiff, 2017). In actieonderzoek staan verschillende perspectieven centraal en is niet alleen verwerving van kennis het doel, maar ook het bewerkstelligen van wederzijds begrip door middel van een dialogische benadering (Abma, 2001; Abma & Widdershoven, 2006; Abma et al., 2019). Onze studie genereert kennis en heeft tegelijkertijd als doel bij te dragen aan (implementatie van) verandering. Om verschillende ervaringen en perspectieven in kaart te brengen en daarnaast de dialoog hierover aan te gaan, zijn diverse onderzoeksmethoden ingezet: interviews, focusgroepen en dialoogsessies.⁵

Het empirische onderzoek is in drie fasen uitgevoerd: de consultatie-, collaboratie- en integratiefase. Afhankelijk van de doelstelling van elke fase worden er diverse onderzoeksmethoden toegepast. Het onderzoek is door een team van vier onderzoekers uitgevoerd.

Doelgroep

Om een breed beeld van persoonlijke ervaringen in de levensfasen van zwangerschap en overgang in relatie tot werk te verkrijgen, zijn vrouwen van diverse achtergronden geïnterviewd, zowel artsen als verpleegkundigen. In dit onderzoeksproject richtten we ons op relevante stakeholders, en naast verpleegkundigen en artsen betrekken we leidinggevenden, P&O-adviseurs en andere betrokkenen bij HRM, gezondheid en inzetbaarheid. Voor de focusgroepen en dialoogsessies zijn tevens bedrijfsartsen en vertegenwoordigers van partnerorganisaties uitgenodigd.

De werving van deelnemers vond plaats via het principe van maximale variatie en bewuste selectie, waarin ze gericht werden geselecteerd, zoals oudere en jongere pas bevallen vrouwen, werkzaam op verschillende functieniveaus (verpleegkundigen, artsen), en vrouwen van verschillende culturele achtergronden. Op deze manier hebben wij getracht om binnen de geringe omvang van dit onderzoek zicht te krijgen op zoveel mogelijk verschillende perspectieven en ervaringen. De deelnemers zijn via de lokale afdelingen en het eigen netwerk binnen Amsterdam UMC en affiliatieziekenhuizen benaderd.

In totaal zijn acht vrouwelijke verpleegkundigen en zeven vrouwelijke artsen geïnterviewd. Hun leeftijd varieert tussen de 28 en 63 jaar. De verpleegkundigen vertegenwoordigen twee

⁵ In dit verslag rapporteren we over de data die binnen dit empirisch onderzoek door de onderzoekers van VUmc zijn gegenereerd. Behalve onze data is in de loop van het project andere data beschikbaar gesteld die door onze partners of door andere partijen is verzameld. Voorbeelden daarvan zijn het verslag van de expertmeeting gemaakt door WOMEN Inc. en de resultaten van de werkgeverspeiling uitgevoerd door onderzoeksbureau Motivaction. Waar nodig maken we daarvan gebruik, met telkens de benodigde referentie.

verschillende klinische afdelingen. De artsen zijn werkzaam in drie verschillende klinische disciplines. Van deze 15 geïnterviewden hadden vijf ervaring met alleen zwangerschap, vijf hadden ervaring alleen met de overgang en vijf hadden ervaring met beide levensfasen. Daarnaast zijn vier leidinggevend, één bedrijfsarts en één vertegenwoordiger van de P&O afdeling geïnterviewd (in totaal drie vrouwen en drie mannen). Aan de twee focusgroepen hebben in totaal tien genodigden deelgenomen (één man en negen vrouwen). Vier genodigden (allen vrouw) hebben aan een dialoogsessie deelgenomen.⁶ In totaal hadden vier van de betrokken verpleegkundigen een niet-Nederlandse culturele achtergrond. Binnen alle andere groepen respondenten bleek het lastig om de deelnemers met een andere dan de Nederlandse achtergrond te vinden. In totaal waren bij de diverse fasen van het empirische onderzoek 33 deelnemers betrokken.

Procedure

De onderzoeksdata zijn via een stapsgewijze benadering in drie fasen verzameld, geanalyseerd, verdiept en geïntegreerd. De verschillende onderzoeksfasen leverden input voor de daarop volgende fase, en de verschillende onderzoeksfasen overlaptten elkaar deels.

Consultatiefase

Deze fase bestond uit semigestructureerde interviews met verpleegkundigen en artsen, leidinggevend en andere stakeholders.

Eerst vonden interviews plaats met acht vrouwelijke verpleegkundigen en zeven vrouwelijke artsen, allen met ervaring ten aanzien van zwangerschap en/of overgang tijdens hun loopbaan. Naar aanleiding van deze interviews is de topiclijst voor de leidinggevend en andere stakeholders aangepast. Vervolgens zijn interviews uitgevoerd met stafleden die ervaring (kunnen) hebben met (het begeleiden van) vrouwen tijdens de zwangerschap en/of overgang op het werk: vier leidinggevend (M/V), werkzaam op verschillende functieniveaus in klinische teams of met een MT functie, en twee professionals, namelijk een bedrijfsarts en een P&O-adviseur. Twee onderzoekers voerden de individuele interviews uit. De interviews met verpleegkundigen en artsen duurden gemiddeld een uur en die met leidinggevend een half uur. Tijdens de interviews stonden de beleving en de ervaringen van de geïnterviewden centraal. Alle interviews werden na schriftelijke toestemming (*informed consent*) van de respondent opgenomen en verbatim getranscribeerd. Van elk interview is een samenvattend verslag gemaakt en aan de geïnterviewde voorgelegd om te verifiëren of de opgehaalde data herkenbaar en kloppend zijn (*member check*).

Naar subgroepen gestratificeerde gegevens binnen VUmc op gebied van bijvoorbeeld arbeidstevredenheid waren niet voor handen. Ook konden kwantitatieve gegevens over de relatie tussen de overgang en vitaliteit en gezondheid niet worden bekeken omdat de overgang (en in mindere mate de zwangerschap) niet wordt meegenomen in

⁶ Er zijn in totaal drie dialoogsessies gehouden: één op de locatie VUmc; de twee andere vonden buiten VUmc plaats. Een van de twee sessies was door WOMEN Inc. georganiseerd, de andere door het onderzoeksteam van een parallel- project van AMC. De deelnemers aan deze twee sessies worden hier niet meegeteld.

werknemerstevredenheidsonderzoeken of Risico Inventarisaties en Evaluaties (RIE's). In vragenlijstonderzoek kunnen bijvoorbeeld gevalideerde vragenlijsten voor overgangsklachten worden opgenomen, de overgangsfase waarin een vrouw zich bevindt, of kunnen ervaringen met zwangerschapsdiscriminatie worden opgenomen. Door het ontbreken van deze informatie (zie ook Bendien et al., 2019a) kunnen we onze kwalitatieve bevindingen op dit moment nog niet contextualiseren met informatie uit bestaande registratiedata zoals verzuimgegevens of arbeidstevredenheid binnen afdelingen of de gehele organisatie.

Collaboratiefase

De collaboratiefase bestond uit de organisatie van twee focusgroepen en de analyse van de data uit individuele interviews en de bijeenkomsten. Het doel van deze fase was om de tot dusver gegenereerde resultaten te valideren door middel van een brede bespreking met vertegenwoordigers van de doelgroep en andere stakeholders (Van Lieshout et al., 2017). Tijdens de focusgroepbijeenkomsten werden de thema's uit de interviews besproken en verdiept. Diegenen die eerder zijn geïnterviewd zijn op één uitzondering na bewust niet voor focusgroepbijeenkomsten uitgenodigd. Het werven van nieuwe participanten bood de gelegenheid om de tussenresultaten van het onderzoek binnen een bredere groep werknemers te valideren. Teneinde tijdens de bijeenkomsten de discussie optimaal te laten verlopen en om te vermijden dat eventuele machtsverschillen tussen de deelnemers de discussie zouden beïnvloeden, is besloten om twee aparte focusgroepbijeenkomsten te houden. De eerste groep bestond uit professionals in leidinggevende functies, zoals bedrijfsartsen, managers en vertegenwoordigers van de P&O afdeling. De tweede groep bestond uit verpleegkundigen en een vertegenwoordiger van de P&O afdeling.

Voor de eerste focusgroep waren tien participanten uitgenodigd waarvan maar drie uiteindelijk konden deelnemen, en tijdgebrek belemmerde de andere deelnemers. De drie participanten waren een manager bedrijfsvoering, een bedrijfsarts en een vertegenwoordiger van de ondernemingsraad. De tweede focusgroep bestond uit zes verpleegkundigen van drie verschillende afdelingen en één vertegenwoordiger van de P&O afdeling. Opvallend was dat er meer verpleegkundigen kwamen dan zich aanvankelijk hadden opgegeven.

De bijeenkomsten duurden gemiddeld anderhalf uur en zijn na de verkregen schriftelijke toestemming opgenomen en verbatim getranscribeerd. De focusgroepbijeenkomsten werden door twee onderzoekers geleid, die het verloop van de bespreking faciliteerden. Per groep werden twee tot drie thema's voorgelegd en besproken. Ter verificatie en goedkeuring is naar alle deelnemers van de bijeenkomsten een geanonimiseerde samenvatting gestuurd. De transcripten zijn net als de individuele interviews gecodeerd en geanalyseerd.

Analyse

De getranscribeerde interviews zijn thematisch geanalyseerd door ten minste twee onderzoekers. Daarbij is gebruik gemaakt van kwalitatieve data software (MAXQDA). De transcripten zijn eerst gecodeerd door middel van open codering. Daarna zijn de codes kritisch geanalyseerd, gecategoriseerd (axiale codering) en vervolgens is de codeboom tot een hanteerbare lijst van 29 codes teruggebracht (selectieve codering). Nadat de codes zijn geclusterd is een volgende analyseslag uitgevoerd. Uiteindelijk zijn de resultaten naar de twee

overkoepelende onderzoeksthema's teruggebracht. Voor het valideren van de resultaten werden, naast reguliere projectgroepsbijeenkomsten, twee analyse-/reflectie sessies georganiseerd, waaraan de vier onderzoekers allen hebben deelgenomen. De vier onderzoekers hebben consensus bereikt over de twee overkoepelende thema's. Om de validiteit van de resultaten van het onderzoek te vergroten hebben de onderzoekers een *logboek* bijgehouden waarin zij ten tijde van het onderzoek hun reflecties (inclusief eigen vooronderstellingen), aantekeningen en overwegingen hebben genoteerd. Ook zijn er aantekeningen gemaakt van observaties op de werkplek, van (meta)communicatie tijdens de interviews en gedachten en theoretische achtergronden die bij de onderzoekers naar boven kwamen. Daarnaast hebben vele discussies plaatsgevonden binnen het onderzoeksteam. Deze reflecties zijn in de analyse meegenomen.

Integratiefase

In deze fase zijn diverse databronnen en deelenalyses samengevoegd, inclusief de resultaten uit de literatuurstudies over de onderwerpen zwangerschap en de overgang voor werkende vrouwen. Het doel van deze fase was om verdieping in de bevindingen aan te brengen en de meest relevante/markante resultaten te omlijnen voor de einderapportage. Tevens werden drie andere bijeenkomsten georganiseerd met vrouwen die zich in de betreffende levensfasen bevonden, leidinggevend en vertegenwoordigers van diverse werkgevers. De eerste sessie vond plaats tijdens een werkgeversbijeenkomst georganiseerd door WOMEN Inc., waarbij ons onderzoeksteam aan de hand van enkele inhoudelijke thema's de eerste tussenresultaten heeft gepresenteerd. De thema's zijn besproken en de feedback van de aanwezigen is meegenomen in de volgende analyseronde. De tweede bespreking vond plaats tijdens een bijeenkomst in het Amsterdam UMC-AMC waarin het concept van de literatuurstudie *overgang en werk* aan de begeleidingscommissie van het ZonMW-'zuster'project (projectleiding dr. Karen Nieuwenhuijsen) werd voorgelegd, bestaande uit vertegenwoordigers van WOMEN Inc., Amsterdam UMC-AMC, FNV, NVR, Amsterdam UMC-VUmc, OLVG en ProudWoman. De verkregen feedback is in de definitieve rapportage verwerkt en vormt input voor dit verslag. Tot slot is er een dialoogsessie op locatie VUmc georganiseerd, ter afsluiting en als laatste member check van onze analyse. Aan deze sessie hebben vier deelnemers en twee onderzoekers deelgenomen. Een van de deelnemers was eerder geïnterviewd.

De integratiefase heeft een discussie op gang gebracht die tot verdieping van de bevindingen heeft geleid en de kans bood om de wijze van de kennisdisseminatie te bespreken. Tijdens deze laatste fase is de informatie van de consultatie-, collaboratie- en integratiefasen in dit verslag samengevoegd en verwerkt.

5. Bevindingen

De bevindingen van het onderzoek worden aan de hand van de twee overkoepelende thema's gepresenteerd:

- (i) Het moederlichaam ontlichaamd
- (ii) Het moederlichaam verzwegen

Thema I: Het moederlichaam ontlichaamd

In de interviews en gesprekken met verpleegkundigen, artsen en leidinggevenden komt lichamelijke arbeid als belangrijk thema naar voren. Het werken in de zorg is in grote mate (ook) lichamelijke arbeid en veelal fysiek zwaar. Het lichaam van een medewerker is daarbij een 'werktuig' dat 'werk verricht' aan andere lichamen ten behoeve van het genezen en herstellen van die andere lichamen. Daarnaast moet het lichaam van een medewerker ook bij voorkeur een voorspelbaar en controleerbaar onderdeel zijn van de hele organisatiemachine. In de praktijk betekent dit dat de eigen lichamelijke signalen veel moeten worden genegeerd of onderdrukt. Echter, wanneer de eigen lichamelijke signalen van vrouwelijke medewerkers zich aandient en dit niet onderdrukt kan worden zoals bijvoorbeeld bij de zwangerschap, of bij opvliegers, ontstaat er een wrijving, en wordt duidelijk dat de medewerker een moederlichaam heeft, dat niet langer binnen de organisatiestructuur past.

De interviews maken inzichtelijk hoe het werk in de zorg en de organisatie van het werk een rol speelt bij het 'ontlichamen' van het lichaam van medewerkers. We onderscheiden hierbij verschillende subthema's:

- Arbeidsethos boven zelfzorg en werk boven privé;
- Coping en overleven in de zorg;
- Flexibiliteit en collegialiteit;
- Legitimiteit van lichamelijke arbeid.

Arbeidsethos boven zelfzorg en werk boven privé

De zorg voor patiënten vindt 24/7 plaats, en precaire of kritieke situaties kunnen zich op ieder moment manifesteren. Dit vraagt om een constante alerte houding waarbij direct tot actie kan worden overgegaan. Het hoge arbeidsethos van verpleegkundigen en artsen heeft als gevolg dat de zorg voor patiënten gaat boven het reageren op persoonlijke lichamelijke signalen of (zelf)zorg:

Je zegt niet zomaar: laat die patiënt maar stikken, ik ga. (Verpleegkundige)

Ja, de patiënt gaat wel voor, ja. Dat klopt. We hebben hier toen ik hoogzwanger was een reanimatie gehad, en toen ben ik wel ook gewoon gaan reanimeren. Dat is eigenlijk best wel... dat zou ik een ander afraden eigenlijk. Maar dat doe je gewoon als

verpleegkundige. (...) En ik heb ook wel eens het kolven uitgesteld omdat het te druk was. (Verpleegkundige)

Ja, een collega van mij is vanwege ernstige privé omstandigheden een tijd om halfnegen i.p.v. acht uur gekomen, en die ging iets eerder naar huis, maar die heeft geen dag verzuimd. En dat zit zo diep in ons. Die arbeidsethos. (Arts)

Bezien vanuit de organisatie en het patiëntperspectief is deze prioritering een goede zaak. Tegelijkertijd ontstaat er frictie wanneer de medewerkers structureel hun eigen gezondheid en lichamelijke ondergeschikt maken aan de gezondheid van anderen. Omdat er tevens sprake is van een constante hoge werkdruk, het werk steeds verder intensiveert, en er bijvoorbeeld in het werk met name van verpleegkundigen ook weinig vergaderingen en bijeenkomsten zijn, soms ook wel ‘institutionele rustmomenten’ genoemd, schiet het nemen van rust in de praktijk er vaak bij in, zelfs als het gaat om officiële lunchpauzes of toiletbezoek. Dit bestendigt vervolgens verder het mechanisme waarin eigen lichaamssignalen onderdrukt moeten worden:

Ja, maar je moet proberen de dingen voor jezelf te regelen op de momenten dat het kan, want ...soms, bijvoorbeeld in weekenden, avond- en nachtdiensten, is het moeilijk om te gaan eten of pauzeren. Dus dan eet je soms hier achter de balie, dan heb je niet echt een pauze, van de afdeling af. Dat is altijd. Het is niet alleen als je zwanger bent of als je niet lekker in je vel zit, het is altijd eigenlijk zo dus. (Verpleegkundige)

En het is verbazingwekkend dat je meestal pas hoeft te plassen op het moment dat je gaat sluiten, dan voel je het pas. (Arts)

De gesprekken met vrouwelijke verpleegkundigen en artsen illustreren dat zij zich zoveel mogelijk schikken om binnen de organisatiekaders te passen. Dat wordt zichtbaar uit de voorbeelden die gaan over andere collega's maar ook uit eigen ervaringen met bijvoorbeeld zwangerschap wanneer hun eigen lichaam op allerlei manieren nadrukkelijk aanwezig is:

Het was echt even doorbijten door de periode wanneer je zo ontzettend misselijk bent dat je denkt: 'I am going to die'. Maar je gaat je toch wel, ja rechtop zitten en je gaat naar je werk. Ik werkte toen bij de operatiekamers, dus mijn herinneringen zijn dat ik bij iedere keer dat ze diathermie, dat is elektrische snijden van het weefsel, dat daar een soort barbecue luchtjes kwamen. En iedere keer dat het vrijkwam dan draaide ik me om en dan rende ik naar de WC, want ik kon het niet verdragen en moest ik ontzettend overgeven. (Verpleegkundige)

Ik vond het mega-irritant, want ik kon niet zo snel meer lopen en niet snel meer rennen, want die buik zat in de weg. (Arts)

Je ziek melden of grenzen stellen gaat tegen de norm in. Artsen en verpleegkundigen zijn degenen die voor patiënten zorgen, zelf zijn ze niet ziek:

Het heeft veel te maken met dat je eigenlijk elke keer te laat bent met erkennen [dat je je niet goed voelt, red.]. ...En ja, dat het van jezelf ook mag ...want het komt niet in mij op om mij ziek te melden. Dan moet het wel erg zijn. (Focusgroep: verpleegkundigen)

Nou gisteren hadden we een collega die echt flauw viel. Die gewoon zo ziek was maar dan toch vindt dat ze moet komen. We hebben ook wel de neiging om te denken, ziek zijn dat hoort bij de ander, of klachten. En zelf bikkelen we wel heel vaak te lang door. En dat zie je wel ook met de overgangsklachten. (Leidinggevende)

Ik denk dat dokters een hoog arbeidsethos hebben. Ik hoorde gisteravond op het journaal dat docenten vaak ziek voor de klas staan. Ik denk nou, een dokter is nooit ziek, want een dokter werkt altijd door, hoe hoge koorts je ook hebt. Als je echt ziek bent dan ben je dus ook wel echt heel erg ziek, want de dokters melden zich niet ziek. (Arts)

Deze arbeidsethos-boven-zelfzorgbenadering, waarbij de patiënt altijd voorgaat, heeft echter een keerzijde. Ten eerste is de vraag of dit als strategie op de lange termijn duurzaam is en de medewerker op deze wijze aan het werk kan blijven. Ten tweede heeft dit gevolgen voor de werk-privé balans van geïnterviewden. En ten derde kan presenteïsme⁷ ook negatieve gevolgen hebben voor de patiëntveiligheid:

Ja ik moet zeggen dat ik op halve kracht wel hier gestaan heb en dat vond ik zelf wel af en toe leiden tot onverantwoorde situaties. (Verpleegkundige)

Als je kijkt binnen de verpleegkundige hoek, dat is een fysiek beroep. ...Als je niet goed voor jezelf blijft zorgen, val je uit en kan je dus niet voor de ander zorgen. Dus ik denk dat dat onlosmakelijk met elkaar verbonden is, een vitale medewerker is in dit geval een gezonde patiënt. (Leidinggevende)

De geïnterviewden leggen zo een verband tussen gebrek aan zelfzorg en de consequenties die dit voor de patiënt kan hebben. Daarbij lijkt de zelfzorg van verpleegkundigen en artsen los te staan of in ieder geval ondergeschikt te zijn aan het hoofddoel van de instelling, namelijk het verlenen van goede patiëntenzorg. In de praktijk is deze tweedeling een mogelijke valkuil waaronder zowel patiënten als werknemers kunnen lijden. Een van de relevante vragen die geïnterviewden in verband hiermee zelf stellen is bij wie de verantwoordelijkheid voor de organisatie en voor de vitaliteit van de medewerkers eigenlijk ligt. Medewerkers voelen zich zowel individueel als gezamenlijk verantwoordelijk voor de continuïteit van het werk. De individuele en gedeelde verantwoordelijkheid rondom eigen grenzen en gezondheid (en die van collega's) worden hieraan ondergeschikt gemaakt. Het vitaliteitsvraagstuk is daarom een discussie met een open einde - individu en organisatie worden tegenover elkaar gezet, waarbij het individu meer verantwoordelijkheid krijgt toebedeeld dan de organisatie. Uit onze analyse blijkt de individuele benadering sterk geïnternaliseerd te zijn. De vrouwelijke geïnterviewden

⁷ Presenteïsme 'is a concept used to describe the phenomenon of working through illness and injury' (Dew at al., 2005).

reflecteren vooral op hun eigen gedrag, en zijn van mening dat het bewaken van hun eigen (lichamelijke) grenzen belangrijk is. In de praktijk lukt dat echter vaak niet:

Ik ben wel iemand die probeert om veel te doen. En dan nog even een verzoek erbij van kan je nog even die patiënt? En dan denk ik eigenlijk niet, maar doe dan maar toch, weet je wel? Dat is wel belangrijk denk ik om het goed te kunnen volhouden dat je die grenzen bewaakt. Dat is wel lastig soms, hoe je dat moet doen, hoe je dat moet bereiken, dat weet ik niet zo goed. (Arts)

Grensbewaking is moeilijk vol te houden in een organisatie die voortdurend aanspraak doet op het overschrijden van die grenzen. Vrouwelijke geïnterviewden realiseren zich dat en reflecteren op hoe ze zelf bijdragen aan instandhouding van deze vicieuze cirkel door zaken op het werk (en ook thuis) naar zich toe te trekken, zelf proberen op te lossen en niet structureel aan de bel te trekken:

We doen het ook wel zelf, we trekken het ook naar ons toe, we doen het ook wel zelf voor een deel, we laten het ook niet liggen, maar we hebben ook de ervaring dat als wij het ook laten liggen gebeurt het niet. (Verpleegkundige)

Ik vind dat we het pittig hebben. Ik heb er geen vragen over maar meer van het is pittig. Voor een vrouw. Doen we zelf. Doen we vaak ook zelf. We verwachten veel te veel van onszelf. En dat doen we ook echt zelf, en ik vind ook dat wij het tij moeten keren. (Leidinggevende)

Dat moet je zelf bewaken. Anders word je stapeldol. Je kan niet en een perfecte moeder zijn, en de perfecte partner, en een opgeruimd huis hebben, en 40 uren in de week werken en dit en dat en een 5 gangen maaltijd willen koken, dat gaat niet. Je hebt maar 24 uur in een dag en dan kan je, moet je gewoon keuzes maken. En wie dat niet begrijpt ...dat is dan niet mijn probleem. En ja, de belangrijke dingen eerst, denk ik altijd, en dat is mijn gezin, en mijn kinderen, en mijn werk, en dat zijn, en ikzelf. En dat is mijn basis, en de rest zijn allemaal zijtakjes. (Verpleegkundige)

Het opvallende in deze laatste quote is dat de geïnterviewde in haar zelfreflectie naar een evenwicht zoekt tussen diverse domeinen in haar leven en daarbij grenzen probeert te stellen, maar wanneer het werkelijk aankomt op het maken van keuzes, dan somt ze weer al die domeinen op: de kinderen, het gezin, het werk en als laatste... zichzelf. Dit voorbeeld geeft klinkend weer hoe werk en privé in onze maatschappij met elkaar zijn vergroeid, met het moederlichaam als de knoop in het midden, en hoe dit over het hoofd wordt gezien.

Op de vraag over de voldoening op het werk gaven de geïnterviewden uitgebreid antwoord, wat betekent dat ze daar al eerder over hadden nagedacht. Volgens de vrouwen die wij hebben gesproken halen ze uit hun werk veel inspiratie, trots, een gevoel van eigenwaarde en een gevoel zelfstandig te kunnen zijn:

Ik ben altijd met heel veel plezier naar mijn werk gegaan. Dat is ook niet veranderd sinds ik een kleine heb gekregen, daar was ik wel van tevoren heel erg bang voor. Dat je van tevoren wisselende verhalen hoort. Je hebt moeders die het echt vreselijk vinden om weer te gaan werken, en je hebt moeders die denken van o, wat fijn om weer te mogen werken. En ik ben eigenlijk iemand die het inderdaad ook wel fijn vindt om te mogen werken. Omdat ik het dus heel [fijn vind, red.], ik heb altijd veel plezier gehad en nog steeds in mijn werk. En ik vind het ook wel gewoon een leuke afwisseling privé en werk. (Verpleegkundige)

Ja, ik vind het hartstikke leuk om aan het werk te zijn. Ik denk dat het wel, dat het je positie verstevigt ook in je relatie. (Verpleegkundige)

Ik moet wel echt met plezier naar mijn werk kunnen gaan. En als ik echt naar mijn werk ga dat ik het niet leuk vind... Natuurlijk baal je wel eens een keer van iets of zo, maar daar ligt de grens. En op het moment dat ik het niet leuk vind dan ga ik wat anders doen. Maar goed, ik vind het nog steeds leuk. ...Dit vak is echt het leukste vak wat er is, echt waar. (Arts)

De positieve houding van onze deelnemers tegenover hun werk kan voor een deel verklaren waarom ze ondanks de werkdrukke en de structurele overschrijding van de grenzen tussen het werk- en privé domein, het werk waarderen en niet zomaar van de werkvloer weglopen. Uit de interviews blijkt wel dat het werken in de zorg in de praktijk veel vraagt van de vrouwelijke verpleegkundigen en artsen. De combinatie van structurele personeelstekorten in de zorg, het fysiek, mentaal en emotioneel zware werk, de hoge werkdruk, het hoge arbeidsethos, de intensivering van het werk, én het ophogen van pensioenleeftijd trekt volgens de medewerkers een zware wissel op hun vitaliteit:

En zeker als we met mensen werken en al die verhalen moeten aanhoren, dat is niet altijd eenvoudig. (Verpleegkundige)

Nou ik merk dat ik dan mentaal een beetje ongelukkig word dat ik weer nachtdiensten in moet. Ik heb vaak periodes dat ik extra vermoeid ben en tot misselijkheid aan toe. Ik moet de nacht in. Je voelt je echt ziek. Vaak herstelt dit in de loop van de nacht. Maar je bent gewoon ontregeld. Want je etenspatroon is anders, je hele etenspatroon is verstoord. Ik heb vaak keelpijn tegen de ochtend als ik naar huis ga want je immuunsysteem slaat op hol. (Verpleegkundige)

Naarmate je ouder wordt merk je wel dat je meer tijd nodig hebt om te herstellen, een avond is vaak niet genoeg. (Arts)

Nou de patiënten, de patiëntcategorie wordt steeds zwaarder, de patiënten zijn steeds zieker. Daar zie je gewoon een ontzettend groot verschil in. De mensen zijn steeds slechter, steeds zieker, steeds ouder. En dat maakt gewoon dat we ze meer in de gaten moeten houden, dat je er veel meer op moet zitten. Gezonde mensen hebben we hier zowat niet meer. (Verpleegkundige)

Zoals we kunnen zien eist het werk in de zorg zijn tol, waardoor verpleegkundigen en artsen emotioneel en fysiek uitgeput kunnen raken. Bovendien stellen ze hier twee belangrijke maatschappelijke en zorggerelateerde ontwikkelingen aan de orde: langere loopbanen en langere levenslopen. Doordat de herstelperiodes in de praktijk niet altijd lang genoeg zijn, zeker naarmate hun leeftijd toeneemt en het werk intensiever wordt, werken medewerkers vaak door op hun reserves:

Je moet jezelf heel houden... Je moet zelf zorgen dat jij op een goeie manier je werkzaamheden kan doen, dat je je dus niet uit laat hollen. (Verpleegkundige)

Dat ga ik gewoon niet volhouden, ik bedoel ik ga niet tot mijn 70^{ste} hier werken. (Verpleegkundige)

Jezelf ‘opofferen’ als strategie draagt echter bij aan overleven binnen het werkdomein en is onderdeel van het arbeidsethos. Maar de consequenties van deze uitputting worden afgewenteld op het privé-domein:

Ja, dat komt omdat je ook hier druk bent en dan kom je thuis en dan is je batterijtje woeps, leeg, en dan stort je in. Daar hebben ze thuis wel last van maar hier in principe eigenlijk bijna nooit. (Verpleegkundige)

Ik ben vrolijk op het werk en thuis ben ik chagrijnig, bij wijze van spreken. (Focusgroep: verpleegkundigen)

Uit de data komt naar voren dat de geïnterviewden verschillende copingstrategieën hebben ontwikkeld, en die zijn essentieel om goed te kunnen functioneren binnen de zorg, en ook om het op langere termijn te kunnen volhouden als arts of verpleegkundige. Wie dat niet kan, ‘overleeft’ volgens de geïnterviewden het werken in de zorg niet en kan het werk niet aan.

Zowel artsen als verpleegkundigen hanteren persoonlijke, al dan niet onbewuste, strategieën waarbij zij een scheiding maken tussen hun rol als arts of verpleegkundige en hun rollen buiten het ziekenhuis. Het werk moet niet mee naar huis worden genomen, en die scheiding helpt om niet lang te blijven stilstaan bij heftige ervaringen op het werk, die kunnen gaan over leven en dood. Wie die scheiding niet uit zichzelf kan maken, moet het zo snel mogelijk leren:

Ik was 17 dat mijn opleiding begon, en ja, voor alles is een eerste keer. Maar voor het eerst patiënten zien... zie je voor het eerst een stoma bijvoorbeeld, of je maakt voor het eerst mee dat een patiënt komt te overlijden, of dat je veel bloed te zien krijgt, en dan merk je wel dat je thuis, toen woonde ik nog thuis, en zat ik aan de etenstafel en moest ik wel even mijn ei kwijt. Dat is dan net een verkeerd moment, maar dat is net het moment dat je je familie voor het eerst treft, bij het avondeten. Dus de ketchup kwam op tafel maakt het verhaal compleet. ...En dan gedurende de opleiding wordt alles steeds normaler. Ik denk dat je ook wel door die opleiding veel sneller volwassen wordt, tijdens een verpleegkunde opleiding, dat je toch best wel wat voor je kiezen krijgt, en ja, best wel snel, en dat soort situaties allemaal moet wennen. (Verpleegkundige)

Wat hier gebeurt dat blijft hier en dat neem ik nooit mee naar huis. Ja, als mijn man vraagt is er nog iets gebeurd dan moet ik echt nadenken: o ja, we hadden nog een reanimatie vandaag. (Verpleegkundige)

Nou ik denk dat het ook wel iets is, van mensen die dat niet kunnen, die stoppen ook met dat beroep. Die kiezen een andere specialisatie. Dus het schift zichzelf ook wel uit en het is eigenlijk wel heel geleidelijk gegaan. (Arts)

Voor degenen die wel in de zorg (blijven) werken, is echter de vraag welke mogelijke gevolgen die copingstrategieën zoals het loskoppelen van lichamelijke signalen hebben. Sommige vrouwen beschrijven die ontkoppeling letterlijk, als een ‘niet in de gaten hebben’ dat het om hun eigen lichaam gaat:

En ik heb wel heel veel op een gegeven moment heel veel last gehad van bloedingsklachten. En dat ik echt zo erg ongesteld was dat ik een keer stond te opereren hier, ...en dat ze zeiden van goh [naam, red.], je moet niet zo knoeien hoor, want er lag overal bloed op de grond en dat bleek dus van mij zelf te zijn. Dat had ik niet in de gaten. (Arts)

Hier zien we hoe het moederlichaam van de arts letterlijk lekt op de werkvloer. Niet alleen de bloeding zelf, maar eerder al het aandacht besteden aan het moederlichaam indien dat zorg nodig heeft, wordt door de arts zelf en door de werkomgeving als ongepaste manifestatie van het lichaam gezien: een lichaamspolitiek van het onverwachte. En ook: wanneer een arts haar eigen lichaam over het hoofd ziet ten behoeve van patiënten kan de veiligheid van diezelfde patiënt juist daardoor in het geding komen. Vele vrouwspecifieke lichamelijke signalen (of veranderingen) lijken als een verassing te komen en dit geldt zowel voor vrouwen zelf als voor hun collega's en werkgevers. Zelfs binnen een vrouwensector als de zorg lijken deze vrouwspecifieke lichamelijke signalen iets ‘buitenaards’:

En toen had ik ongeveer twee jaar klachten, allerlei vage klachten die ik niet van mezelf herkende en die me eigenlijk ook wel angstig maakten. Ik denk heel irreële angsten, maar ik heb ze wel zo ervaren. Toen die collega zei: zou je niet in de overgang zijn, dacht ik: ik? In de overgang? OK, kan. (Focusgroep: verpleegkundigen)

Ineens dan kon ik, hier begon het, in mijn hand, ik zal het maar zeggen, met mijn hand, en het ging woep zo, helemaal over mijn hele lijf, en dat zag mijn collega die zei dan o jee, het gaat weer beginnen bij [naam, red.] hoor, het is weer zover. Nou, dan komt er zweet in mijn, op mijn rug en in mijn nek en overal, en plakt aan de stoel, dus je gaat zo en zo, nou dan kan ik echt niet een patiënt verzorgen hoor. (Verpleegkundige)

De lichamelijke signalen zijn schaamtevol en als gevolg daarvan wordt die ontkoppeling een norm. Als die vrouwspecifieke lichamelijke signalen er eigenlijk niet zouden moeten zijn, gaan medewerkers ze verbergen en daar waar ze er hinder van ondervinden bij hun werk, proberen ze het individueel op te lossen. De volgende citaten laten zien hoe zowel zwangere vrouwen als vrouwen in de overgang ‘hun kiezen op elkaar zetten’ en doorgaan, om te bewijzen dat ze het werk wel aan kunnen, en in de wetenschap dat hun klachten tijdelijk zijn:

Ja, een collega was soort van bijna tegelijk zwanger met mij en die was dan de eerste twee weken ziek thuis of zo, omdat ze heel misselijk was. En dan denk je van ja, misschien had ik me ook maar ziek moeten melden, in de tijd rondom die stress met die vermoeidheid of zo.

[Interviewer: En wat maakt dat je besloten hebt om dit niet te doen?]

Ja, schaamte, of je wil je een soort van bewijzen nog, en ik wil niet ziek gevonden worden of zielig gevonden worden weet je, ja. Je bent ook gewoon zwanger en dat is een keuze, en zelf vind ik dat je werk daar niet onder mag lijden eigenlijk. Dus zo. (Verpleegkundige)

Het is toch zoiets van daar komen we gewoon doorheen. En het mooie is ook, ik zeg altijd, het mooie van de overgang is, het gaat over. Dus dat is in ieder geval een zekerheid. Maar je bent wat minder geneigd om er ook echt iets mee, om er echt snel iets mee te doen of zo. (Leidinggevende)

Aan de ene kant zien we dat verpleegkundige en artsen zelf hun lichamelijke loskoppelen van hun lichaam, zodat ze kunnen (blijven) functioneren in een veeleisende werkcontext. Daarnaast ervaren medewerkers ook dat de organisatie een moreel appel doet op deze ontkoppeling.

Flexibiliteit en collegialiteit

Het werk vraagt een hoge mate van flexibiliteit van de medewerkers. Zij vinden dat ze goed in staat (moeten) zijn om te kunnen anticiperen op allerlei (kritieke)situaties. Uit onze analyse komt echter naar voren dat andersom de organisatie van het werk, zoals de roostering, weinig ruimte biedt om in te spelen op onverwachte gebeurtenissen die zich bij de medewerkers kunnen voordoen. Omdat ook het opvangen van (langdurig) verzuim of zwangerschapsverlof passen en meten is, betekent dit in de praktijk dat het werk door collega's opgevangen moet worden. Hierdoor staat de collegialiteit onder druk:

Dat er in een keer zeven of acht zwangeren tegelijkertijd zijn, dat heeft natuurlijk een impact en daar wordt dan wel over gesproken... onderling, want dat voel je natuurlijk wel degelijk, ook omdat het in de praktijk je kan dat voor de helft vervangen, er zijn natuurlijk financiële regelingen daarvoor, maar in de praktijk gebeurt dat niet of is moeilijk invulbaar voor een korte tijd. Je hebt meer tijd voor inwerken nodig dan dat je er profijt van hebt. (Focusgroep: leidinggevendenden)

Dan zeggen ze gewoon, nou jullie hebben zieken, jullie hebben niet te weinig mensen. Dan gaan ze dat berekenen, zwart-wit, en daardoor kregen wij niets [eenmalige bonus voor een extra inzet, red.]. (Verpleegkundige)

...Ik geloof dat hoewel we officieel wel op formatie zitten, maar door de nodige ziekmeldingen die gewoon vaak langdurig zijn, zitten we gewoon altijd onder de formatie. De poppetjes zijn er op zich, de formatie schijnt wel te kloppen. Maar door veel ziekmeldingen heb je gewoon te weinig personeel. (Verpleegkundige)

Je hebt natuurlijk wel eens vrouwen die bijvoorbeeld echt heel vroeg al uitvallen door zwangerschap. Dan merk je wel dat dat voor collega's toch vervelend is, dat je denkt ik snap het wel, maar als je met een kleine groep bent, en dat betekent dat ineens alle diensten moeten worden opgevuld, dan hoe vervelend dat voor die vrouw ook is, het is voor die collega's ook echt vervelend. ...Nou ik weet, in theorie zouden ze dan natuurlijk gewoon iemand kunnen aannemen daarvoor. Maar ik weet niet of vakgroepen dat dan echt zullen doen, omdat dat natuurlijk weer extra geld kost. Maar dat weet ik niet zo goed eigenlijk. (Arts)

Hierdoor veroorzaakt die collegialiteit een morele drempel om zich ziek te melden of grenzen aan te geven:

Als ik me ziek meld, heb ik wel eens zoiets van wat vervelend voor mijn collega's, dus dat die dan harder moeten werken. Dus dat is voor mij wel een drempel zeg maar. (Verpleegkundige)

En toen dacht ik op een gegeven moment ja, jeetje, eigenlijk slaat dit ook nergens op. Waarom sta ik nog de nacht voor mijn zwangerschapsverlof midden in de nacht te opereren? Waarom doe ik dat nou? En dat is dan toch denk ik een beetje dat je anderen niet tot last wil zijn, weet je wel? Want als ik geen dienst doe, dat betekent direct dat mijn collega's dat moeten overnemen. En je weet natuurlijk best wel dat ze dat zouden doen, maar ik ben dan toch iemand die dat niet vraagt of zelf aangeeft. (..) Dan denk ik ja, jeetje wat sta je dan stoer te doen, waarom eigenlijk? (Arts)

Het is niet alleen de eigen arbeidsethos en het gevoel de collega's in de steek te laten dat maakt dat medewerkers lang doorwerken. Ook verpleegkundigen en artsen, met een opleiding in (het beoordelen van) gezondheid en ziekte en een groot verantwoordelijkheidsgevoel voor zieke mensen, wordt het verantwoordelijkheid nemen voor de gezondheid van hun eigen lichaam in

relatie tot werk niet altijd toegestaan. Sommige geïnterviewden voelen zich bijvoorbeeld door leidinggevendenden onder druk gezet om zich niet (nog een dag) ziek te melden:

Ik ga wel. En dan kom je, en dan heb je kramp en is het druk op de werkvloer. En dan voel je je misschien nog ellendiger dan die patiënt die daar in dit bed ligt. En dan denk je: potverdikkeme, ik heb me niet voor niks ziek gemeld. Want achteraf denk ik ja, tijdens dat gesprek had ik toch wel gelijk. En dan ga je zo op mijn gevoel inpraten. (Verpleegkundige)

Wij hadden wel een periode, nu niet, dat onze leidinggevende elke dag belde. Dus op een gegeven moment was je echt werkelijk zat van al die telefoons om negen uur. (Focusgroep: verpleegkundigen)

Door de steeds verder in het nauw komende bufferruimte op afdelingen ten behoeve van efficiëntie en kostenbesparing, komen naast de gezondheid en vitaliteit van medewerkers ook de menselijke verhoudingen onder druk te staan. De medewerkers stellen dat ze geen of weinig ruimte ervaren de personeelstekorten hogerop bij leidinggevendenden en managers in de organisatie neer te leggen en zij moeten de tekorten gezamenlijk opvangen. De positieve kant hiervan is dat er een gevoel van teamwork en collegialiteit ontstaat. Geïnterviewden geven aan dat ze zich gezamenlijk verantwoordelijk voelen voor het werk en voor elkaar, wat het team en hun onderlinge verhoudingen versterkt, en ook wanneer er in het persoonlijke leven van een collega moeilijkheden zijn:

We hebben een cultuur van dat we veel voor elkaar over hebben, dat is wel de sfeer hier op de afdeling. Altijd geweest eigenlijk. We gunnen elkaar veel. Ook qua diensten overnemen van iemand die op het laatste moment plotseling iets krijgt dat ie op vakantie gaat of zo. Dat heel snel diensten over worden genomen dus, terwijl het soms toch best al zwaar is. Dus wat dat betreft is het echt, die cultuur is er, we kunnen best wel onderling bikkelen en bakkeleien, en noem maar op. Dat is er ook. Maar we gunnen elkaar heel veel. ...Op allerlei fronten. (Verpleegkundige)

Toen ik ging scheiden heb ik natuurlijk heel veel steun gehad van mijn collega's, ja. Ik ben niet de enige hier, dus ja, dat is enigszins herkenbaar. Wat dat betreft zijn we wel een heel goed team. Die je er toch doorheen slepen. (Verpleegkundige)

De negatieve kant is echter dat de collegialiteit erodeert. Collega's reageren zich op elkaar af en als ze zelf gezondheidsklachten krijgen komen ze voor een dilemma te staan. Ze willen hun collega's niet tot last zijn door zelf uit te vallen en blijven daarom doorgaan, maar dit is juist een proces dat uiteindelijk de solidariteit met collega's aantast. Met name onder de groep verpleegkundigen lijkt de bufferruimte in hun individuele energie 'opgesoupeerd', mede doordat zij meestal op vroege leeftijd in het vak rollen en doordat het fysiek zwaar werk is, zeker in combinatie met wisseldiensten. De onderlinge solidariteit op de werkvloer om bij (fysieke) klachten of uitval van collega's voor hen op te draaien is vervolgens veelal afhankelijk van de persoonlijke 'gunfactor':

Als iemand gewoon goede kredieten heeft dan is het geen enkel probleem, over het algemeen. Heeft iemand al een slechte pers, of dat iemand die altijd vaak ziek is geweest, ja dan is dat een heel ander verhaal. (Focusgroep: leidinggevenden)

Wanneer iemand het vaker laat 'afweten', is er een stuk minder begrip. Dit geeft aan hoe precair het is om de eigen grenzen ook werkelijk aan te geven, en het over eigen grenzen gaan ook onderdeel kan zijn van waardering in het team:

Ja, dan merk je dat mensen hun krediet kwijt raken... Dat heb je op elke werkvloer, denk ik. Ik ken iemand die minder gewaardeerd wordt. (Focusgroep: leidinggevenden)

Voor de collega's bij wie de ont koppeling van hun lichamelijke minder eenvoudig plaatsvindt, bijvoorbeeld omdat ze gezondheidsklachten hebben, of ook omdat ze die ont koppeling niet willen en wellicht wat beter zijn in die zelfzorg, maar ook voor de collega's die minder verbonden zijn of kunnen zijn met het team, is het daarom spitsroeden lopen.

Legitimiteit van lichamelijke

Zwangerschap is een voorbeeld waarbij de lichamelijke ook positief gewaardeerd wordt, en de zichtbaarheid van het (vrouwen)lichaam groot is. Maar hoe enthousiast collega's ook zijn over een zwangerschap, het werk moet door. Het krediet kan ook daar opraken:

En natuurlijk is het wel zo dat als iemand meldt dat ie zwanger is, ik weet precies hoe het werkt, iedereen is: o-oh, zoenen, enthousiast, gefeliciteerd! En ondertussen denkt iedereen: shit! En dat is ook logisch, want ...dat 'shit' houdt dan in dat iemand uitvalt van de werkvloer en dat werk wel doorgaat. (Arts)

Het hangt een beetje af van hoe de zwangerschappen zijn. Je ziet ook wel eens mensen die vrij snel achter elkaar zwangerschappen hebben en bevallingen hebben, en dan soms tussen die tijd heel weinig aanwezig zijn. En dan zie je dat mensen bij collega's krediet gaan verliezen. En als je al vroeg in je zwangerschap ziek wordt, en na de bevalling ook nog ziekteverzuim, dan gaat ie wel wrijven. (Focusgroep: leidinggevenden)

De tegenstrijdigheid van de expliciete reacties en de impliciete gevoelens die de aankondiging van een zwangerschap door een collega met zich mee kan brengen, is gebaseerd op de verwachting dat de werkdruk op een gegeven moment voor de rest van het team hoger zal worden. Maar de mogelijke irritatie en onbegrip van collega's zijn, zelfs als die niet uitgesproken worden, vaak dieper geworteld. Dit stamt uit een fundamenteel gebrek aan kennis en inzicht op de werkvloer over wat de zwangerschapsarbeid, die door het vrouwelijk lichaam in combinatie met de gewone arbeid wordt verricht, in feite voor de aanstaande moeder inhoudt. Soms wordt het zwangerschapsverlof zelfs als een soort vakantie voor vrouwen gezien:

Ja zo werkt het. En vooral bij die mannen. Want die zullen dat nooit... Een collega van mij heeft dat ook wel eens gezegd: 'Het is eigenlijk niet eerlijk. Want jullie hebben nog wel dingen, tijd voor tussendoor, zwangerschap he, tussendoor. Maar wij krijgen nooit ergens vrij voor'.

Desondanks lijkt zwangerschap de meest zichtbare, concrete, en legitieme reden voor tijdelijke afwezigheid of werkaanpassingen. Dit kan echter snel omslaan, wanneer een vrouw aan de zwangerschap gerelateerde gezondheidsklachten heeft zoals eerder de vrouw die misselijk werd op de OK, of andere klachten:

Echte complicaties daar is absoluut begrip voor. Dat vindt iedereen akelig. Maar aanstelgedrag omdat je zwanger bent, en het gebeurt, mensen die daags na de conceptie niet meer kunnen staan, daar is niet zo veel begrip voor. (Focusgroep: verpleegkundigen)

Je mag best zwanger zijn, maar de show must go on, en in principe moet het werk er geen last van hebben. Bij zwangere lichamen wordt nauwgezet gemonitord of ze legitieme, 'echte' complicaties hebben, en voor andere klachten is geen tot weinig begrip. Lichamelijke signalen, zoals overgangsverschijnselen, worden als minder legitiem ervaren om het werk anders in te richten of minder (hard) te werken. Dan kun je nog beter een burn-out hebben:

Bepaalde klachten worden vaker afgedaan als burn-out klachten. En dat is misschien meer geaccepteerd is dan dat je zegt: ik heb overgangsklachten. (Focusgroep: verpleegkundigen)

Onze bevindingen laten een duidelijke hiërarchie zien in de signalen van het lichaam die wel en niet acceptabel zijn op de werkvloer.

Thema II: Het moederlichaam verzwegen

Naast het feit dat het lichaam geen eigen behoeften zou moeten hebben, is ook de bespreekbaarheid van vrouwspecifieke levensfasen op de werkvloer beperkt. Er lijkt sprake te zijn van een gevoel van schaamte bij vrouwen, maar per definitie hangt het zwijgen samen met het ontbreken van kennis en 'taal' bij zowel vrouwen zelf, als bij hun leidinggevenden, en binnen de gezondheidszorg in het algemeen.

De ervaringen van de geïnterviewden met bespreekbaarheid van de vrouwspecifieke levensfasen worden aan de hand van de volgende subthema's gepresenteerd:

- Weglachen van ongemak;
- Ontbreken van kennis: van overgangsverschijnsel naar overgangsklacht;
- In gesprek over lichamelijke verschijnselen;
- Vragen om ondersteuning, of vragen om problemen;
- Levensfasen: verwachting versus ervaring;
- Op weg naar het duurzame inzetbaarheid beleid.

Weglachen van ongemak

Wanneer we expliciet vragen naar ervaringen met de levensfase overgang en werk wordt er in eerste instantie meestal gegiecheld of er valt een stilte. De deelnemers komen niet gemakkelijk uit hun woorden en vertellen dat er op de werkvloer vooral over wordt gepraat:

Want zo gaat het vaak met lastige dingen. Die lachen we weg en dan is het een halve opmerking geweest waarvan je hoopt dat iemand het gehoord heeft. (Leidinggevende)

Maar het komt heel veel alleen in grapjesvorm voorbij. En je merkt dan altijd ...dan ga je maar gewoon een beetje in meedoen, want ja dat is de makkelijkste weg. En uiteindelijk moet je eigenlijk gewoon zeggen zo van goh eens even. Ik heb daar gewoon last van. (Leidinggevende)

Over andere manifestaties van moederlichamen wordt soms ook lacherig op de werkvloer gedaan. Niet alle vrouwen stellen dit op prijs, maar er zijn ook vrouwen die hun schouders erover ophalen, en vinden het prima dat dat 'kan', als teken van een relaxte werksfeer en onderling vertrouwen:

Ja heel luchtig, er wordt heel luchtig mee omgegaan eigenlijk. Ook door de mannen. Er wordt soms wel een grapje over gemaakt. Dat is echt geen issue hier op de afdeling om daar open over te spreken of zo. Nu geef ik geen borstvoeding meer, maar in het begin kolfde ik nog veel, dus nou was het weer tijd om te kolven en dan was er een mannelijke collega die dan grapte van 'oh, als je hulp nodig hebt dan roep je maar hoor'. Nou ja, en dat kan ook gewoon hier zulke grapjes, dus er wordt heel luchtig mee omgegaan. (Verpleegkundige)

Dergelijke opmerkingen zijn echter ook als op of over de rand van grensoverschrijdend gedrag te definiëren. Zo ontstaat er op 'luchtige' wijze toch een sfeer waarin impliciete en ook expliciete grappen vooral over vrouwen en hun lichaam kunnen worden gemaakt. Als er al over het moederlichaam wordt gesproken, dan moet dat vooral 'luchtig' zijn. Seksueel getinte grapjes worden wellicht als 'moet kunnen' ervaren door jongere vrouwen, maar de prijs daarvoor moet worden betaald als vrouwen ouder worden. Dan riskeren ze dankzij datzelfde lichaam, maar in een andere fase, niet serieus meer genomen te worden, niet te voldoen, minder competent te zijn.

Dat de overgang 'lachwekkend' is, lijkt ook door de vrouwen zelf te worden geïnternaliseerd; vrouwen onderling bespreken de overgang voornamelijk op een luchtige en grappige toon. Deels lijkt dit ingegeven door schaamte, maar de overgang symboliseert ook het ouder worden, en doet mogelijk afbreuk aan hun competentie in de ogen van henzelf en hun omgeving:

Ja, en dat je gewoon moet zeggen dat je een opvlieger hebt. Want kijk, het punt is dat je natuurlijk niet gelijk als oude vrouw gezien wil worden hè, als oude doos met

problemen. Maar dat je serieus genomen wilt worden, maar ook dat die transitie ook zichtbaar mag zijn en dat daar tijd en ruimte voor is. (Arts)

Eigenlijk wordt het [de overgang, red.] als een soort diskwalificatie gebruikt. Zo heb ik het ervaren, van nou ja, je voldoet niet aan, ik voldoe niet aan, aan wat wordt verwacht. En eigenlijk wordt het er nog eens extra in gedrukt, in feite. Dat is hoe ik het heb ervaren. (Arts)

Vooraf voor de vrouwelijke artsen blijkt het nog steeds moeilijk om aan hun eigen moederlichaam een plaats te geven op de werkvloer, waar traditioneel geen vrouwelijke specialisten werkten. Een ‘oud bolwerk’, aldus een van onze respondenten, zorgt ervoor dat onderwerpen zoals de overgang niet besproken worden en dat er zelfs onder de specialisten onvoldoende kennis daarover aanwezig is.

Ontbreken van kennis: van overgangsverschuiving naar overgangsklacht

Alle deelnemers melden dat het ontbreken van kennis een factor is die meespeelt bij het wel of niet bespreekbaar maken van een vrouwspecifieke levensfase in relatie tot het werk. Dit zien wij met name (maar niet alleen) terug bij de overgang; dat is immers een minder eenvoudig af te bakenen levensfase dan zwangerschap. Ook hebben vrouwen zelf vaak niet eens in de gaten dat de overgang een rol kan spelen in de klachten die zij ervaren. Sterker nog, vrouwen lijken niet alleen verrast te worden door de verschijnselen van hun eigen lichaam, maar door de gehele levensfase. Niet alleen het lichaam, maar ook het erkennen van de levensfase zelf heeft tijd nodig. Veel vrouwen voelen alsof ze hun zwangerschap of de overgang ‘hebben laten gebeuren’ en daarom als het ware het recht van spreken over deze levensfasen hebben verloren:

Het heeft veel te maken met dat je eigenlijk elke keer te laat bent met erkennen dat het daarmee [levensfasen zwangerschap of overgang, red.] te maken heeft. Tenminste dat geldt voor mij. Ik heb zoiets van: ik ben daar te laat mee, dus je maakt het zelf niet bespreekbaar. Dat is wat je doet. Jij vraagt: wat zou je moeten doen, hè, om daar meer begrip voor te krijgen? En eigenlijk begint het ermee, met erkennen dat je daar in zit. (Focusgroep: verpleegkundigen)

Overgangsverschuivingen worden dus niet altijd als klacht ervaren op het moment zelf; soms vallen de kwartjes pas achteraf op hun plek:

Ja, en ook af en toe door gesprekken met anderen en doordat je dan hoort van o God, o die en die klachten, die heb ik zelf eigenlijk ook. En dat pas dan het kwartje gaat vallen. (Arts)

Nou ik merk wel dat ik nu ik helemaal uit de overgang ben dat ik een stuk stabiel ben (...), dat je je over het geheel genomen beter voelt en dat die ‘highs’ en die ‘lows’ die zijn er gewoon weg. Dat je gewoon emotioneel... die rollercoaster gevoel dat is gewoon weg. En dat merk ik heel erg. Dat merk je pas als het er niet meer is. (Verpleegkundige)

Ik had een keer op het werk heel erg last van hartkloppingen. En toen heeft een collega gezegd van nu laten we even een ECG maken. Toen is er een ECG van me gemaakt, en toen heb ik dat aan een van de anesthesisten laten zien. En die zei van is die van jou? En die zei van ga maar even zitten. Op zo 'n toon, ja echt. Ik denk: nou misschien niet goed. En die heeft me toen op laten nemen op de Eerste Harthulp hier. Dus toen bleek dat ik hele hoge bloeddruk had. En toen ben ik ingesteld op medicatie die zowel de hartkloppingen als de bloeddruk verhelpt zeg maar. En toen is mij ook door de cardioloog denk ik uitgelegd dat dat te maken heeft gehad met de overgangsklachten van veel vrouwen. En toen werd me eigenlijk het verband pas duidelijk. (Verpleegkundige)

Doordat er in de overgangsfase ook vaak andere dingen spelen zoals drukte op het werk, puberende kinderen, mantelzorg, en doordat veel vrouwen met life-events te maken krijgen zoals echtscheiding of het overlijden van een partner, kan het onderscheid met de fysieke en emotionele verschijnselen tijdens de overgang lastig zijn voor vrouwen, en hun omgeving:

Ik ben er heel makkelijk doorheen gerold. Ik herken die klachten niet zo. Maar ik denk dat het heftigste van de overgang, dat viel ook in de fase dat mijn man ziek werd en overleed. Dus alles wat daarin anders of emotioneel, of schommelingen of wat ik ook voelde, of opvliegers, dat heb ik ook gerelateerd aan emoties. Rouw is misschien ook een enorm grote schommeling aan hormonen. Dus ik ben ook helemaal niet met de overgang bezig. Ik denk ook niet: oh als ik slecht slaap dan is dat misschien van de overgang. (Focusgroep: verpleegkundigen)

Maar achteraf gezien vallen dingetjes wel op hun plaats. (...) Ja, ik had en ik heb een heel drukke baan. (...) De afdeling was ook een beetje in wording zeg maar, in een transitiefase. Dus ik was heel hard aan het werk om alles goed voor elkaar te krijgen, en merkte ook dat ik voor mezelf dacht: nou ik heb een beetje veel stress, een beetje veel hooi op mijn vork. En ik denk pas veel later dat een aantal dingen samenkwamen, los van bijvoorbeeld het werkpatroon, ook gewoon de lichamelijke veranderingen die ik aanvankelijk ook helemaal niet herkende of erkende. (Arts)

Hoewel medisch geschoolde vrouwen gemiddeld meer kennis hebben over vrouwspecifieke levensfasen (en hormonale veranderingen), blijken ook bij hen kennishiaten te zijn. Bovendien leidt het hebben van kennis niet als vanzelfsprekend tot toepassing van die kennis in de praktijk, zeker niet wanneer het de eigen gezondheid betreft. In het volgende voorbeeld beschikt de specialist over veel kennis, maar identificeert ook zij bij zichzelf haar vermoeidheid niet als overgangsverschijnsel. Daarop reflecterend zegt ze het volgende:

Eén van mijn expertise dingen is dus de overgang. Ik heb zelf geen klachten gehad. (...) En ik heb wel op een gegeven moment heel veel bloedingsklachten gehad. (...) Ik ben een hele goeie slaper, maar ik was overdag echt kapot moe, en dat is denk ik nu ongeveer (een paar) jaar geleden, op een gegeven moment was dat weer over. Dus

achteraf denk ik... ik dacht dus zelf niet aan de overgang toen. En toen later dacht ik nou, dat moet voor mij mijn overgang geweest zijn, dat kan niet anders. Achteraf gezien zeker. (Arts)

In gesprek over lichamelijke verschijnselen

Ook bij leidinggevenden ontbreken kennis en bewustzijn over de overgang en gerelateerde klachten, en het besef dat overgangsverschijnselen kunnen meespelen in het verzuim bij medewerkers:

Maar vrouwen in de overgang, dat onderwerp... Ik ben nu 20 jaar leidinggevende, veel gesprekken gehad, [de overgang, red.] is nooit zo expliciet als reden genoemd voor verzuim. Dus een onderbelicht onderwerp. (Focusgroep: leidinggevenden)

Ik begon op mijn 35^{ste}. Maar ik gaf ook leiding aan vrouwen van middelbare leeftijd en waarvan ik ook wel zeker weet dat het vrouwen in de overgang waren. Nou op mijn 35^{ste} had je echt, hoefde je niet op begrip van mijn kant te rekenen. Dat maakt het niet OK. Als leidinggevende hoor je het in ieder geval te snappen, denk ik. (Leidinggevende)

Met name mannelijke leidinggevende kunnen zich minder gemakkelijk iets voorstellen bij overgangsverschijnselen. Hierdoor realiseren zij zich minder goed wat voor impact de overgang kan hebben op het werk:

Mijn oogjes zijn wel open gegaan over wat de overgang betekent voor vrouwen. Over het algemeen is het vanouds 'oh zit je in de overgang' weet je, maar ik wist echt niet welke wereld er achter schuil gaat. En dat het heel zwaar is. (...) In die zin weet je, wij kunnen ons, ik kan me er niks bij voorstellen. Maar ik heb het aan den lijve van heel dichtbij meegemaakt [eigen vrouw, red.]. Dus het is ook goed om daar wat meer bekendheid aan te geven. Zo is het. (Leidinggevende)

Ik denk ook dat de klachten van de overgang een beetje ontkend worden door mensen die d'r niet in zitten, die d'r niets van weten, door veel mannen. (Focusgroep: verpleegkundigen)

De drempel om vrouwspecifieke lichamelijke bespreekbaar te maken op het werk en met leidinggevenden wordt verder versterkt wanneer het een jongere en/of mannelijke leidinggevende betreft:

Ik denk dat het toch een beetje zoiets is wat je niet zo snel met je mannelijke collega's bespreekt, omdat het zoiets is... Poeh. Heb je d'r weer een. Dus ik denk dat het bij mannen gewoon... ik merk het ook bij mezelf hoor, dat ik gauw denk: ik ga het er niet met mijn mannelijke collega's over hebben. (Leidinggevende)

Kennis en taal zijn daarom niet genoeg. Leidinggevend en ervaren ook een gebrek aan concrete handvatten om een gesprek met hun medewerkers hierover aan te gaan, waarbij bijvoorbeeld ideeën over wat privé is en niet, en waar je naar 'mag' vragen of niet, een rol spelen:

Ik vind die kennis van wat er eventueel aan klachten en risico's zijn, wel essentieel om het gesprek goed te kunnen voeren. (Leidinggevende)

Het is niet iets wat ik zelf direct benoem. Ik moet zeggen dat ik er ook niet altijd bij stil sta. Het is ook niet iets wat zeg maar echt een vast onderdeel is van... van... van... van de gespreksvoering en wat je standaard moet benoemen. Want sommige mensen hebben er ook helemaal geen last van, heb ik wel eens het idee, dus die willen er niet over praten. Dus ja, ik vind het ook vrij intiem, om het zo maar te zeggen. Het is ook wel iets wat ook vrij persoonlijk is. Maar sommige medewerkers benoemen het zelf en dat vind ik dan wel prima, en dan wil ik daar graag in meedenken. (Leidinggevende)

In principe kan de leidinggevende iets over het functioneren zeggen, maar mag eigenlijk niet vragen naar klachten en dergelijke. Hij kan dus wel iemand attenderen op de mogelijkheid om langs een bedrijfsarts te gaan. De bedrijfsarts geeft advies over eventuele aanpassingen, en daar waar er aanpassingen nodig zijn komt de leidinggevende ook weer in beeld. Ze mogen er niet gericht naar vragen, maar de leidinggevende speelt wel een essentiële rol. Die heb je nodig voor elke aanpassing die gewenst is. (Bedrijfsarts)

Vragen om ondersteuning, of vragen om problemen?

Vrouwen zelf vinden het dus lastig om in te schatten wanneer ze om ondersteuning zouden moeten vragen en over vrouwspecifieke fasen te spreken. Ook voor leidinggevend en zijn deze onderwerpen niet eenvoudig. Als vrouwen echter wel om hulp vragen, of meer informatie over vrouwspecifieke fasen willen hebben, dan worden ze geconfronteerd met een gebrek aan kennis en richtlijnen die op hun situatie toegesneden zijn, ook in de bedrijfsgeneeskunde:

En ik dacht [tijdens zwangerschap, red.] ik ga anticiperend naar de bedrijfsarts, want ik sta heel veel de hele dag. Want daar moet ik misschien iets mee. Uiteindelijk viel het heel erg mee. Wat mij echt enorm verbaasde is dat er van de bedrijfsarts uit helemaal niets was. Bijvoorbeeld voor de verpleging en zo is vastgelegd wat ze wel en niet mogen in bepaalde periodes van hun zwangerschap, voor chirurgen is dit niet zo vastgelegd. Dat daar geen soort van regels zijn voor de anesthesisten. Toen die waren een aantal, een groepje anesthesisten, die waren dezelfde tijd met mij zwanger, die hebben gewoon als groep ook vastgelegd van wat ze in bepaalde fases van de zwangerschap mogen. Ze mogen niet meer tillen, en dat soort dingen. Nou dat is echt voor chirurgen nergens vastgelegd en in principe ben je gewoon vogelvrij met wat je doet, en dat verbaasde me heel erg. (Arts)

De handelingsverlegenheid van bedrijfsartsen wordt ook zichtbaar doordat ze veelal geneigd zijn om door te verwijzen naar de huisarts. Niet alleen de parate kennis van de bedrijfsarts maar ook de rol die zij/hij kan spelen bij vrouwen met overgangsklachten is een nog onontgonnen terrein, waarvoor geen protocollen bestaan maar waar de besluitvorming ten aanzien van wel of niet doorverwijzing en medische behandeling belangrijk kan zijn, zowel medisch (hormoonbehandeling) als financieel (kostbare arts-specialist):

Bijvoorbeeld bij psychische klachten werk je vrij geprotocolleerd. Omdat je dat protocol hebt, geeft het je ook wat meer zekerheid, van hoe te handelen. Over overgangsproblematiek is minder bekend, er is in elk geval nog geen richtlijn voor. Dan heb je eerder neiging om iemand maar naar de huisarts te sturen, of als een werkgever wil betalen, dan naar de gynaecoloog die dat kan uitzoeken, en misschien ook wel behandelen; dit kost wel 3.000 euro. Dat vind ik lastig om een werkgever hiervoor te motiveren. Dan zegt een werkgever al snel, nou kan dat niet via de huisarts? En die huisarts die pakt het niet op. Veel huisartsen zijn nog niet enthousiast over bijvoorbeeld een lichte hormonale behandeling. Zo ontstaat dan een behoorlijke delay in een mogelijk efficiënte aanpak. (Bedrijfsarts)

De deelnemers melden dat zowel bedrijfsartsen als huisartsen niet altijd van het bestaan van overgangsconsulenten af weten, of zij verwijzen hier in ieder geval niet naar. In 2018 bracht de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) een richtlijn uit voor huisartsen over management van de menopauze. De bedrijfsartsen die wij gesproken hebben geven aan baat te hebben bij een officiële richtlijn voor bedrijfsartsen (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde NVAB) over de overgang:

Misschien verschijnen op een gegeven moment wel richtlijnen ook voor de bedrijfsartsengroep, want dat is wel een goede ingang voor ons als er vanuit de NVAB weer een richtlijn verschijnt. Dan ga je die vanzelf weer opnemen. Het zal ook meer aandacht geven voor het bestaan van overgangsproblematiek als medeoorzaak voor psychische problemen. Ik benader vrouwen met overspannenheid in deze levensfase primair vanuit de invalshoek 'psychische problemen'. En ik pas daar de adviezen en technieken op af. Dan is dat niet anders dan dat iemand met een gewone overspannenheid komt. Maar als er andere oplossingen mogelijk zijn is het natuurlijk goed om die mee te wegen. (Bedrijfsarts)

De redenering van de bedrijfsarts hier is exemplarisch. De bedrijfsarts probeert zo goed mogelijk de eigen expertise en kennis naast de overgangsverschijnselen van de werknemer neer te zetten teneinde een passende oplossing voor de werknemer te vinden. Dat loopt echter spaak omdat er nog veel kennishiaten over de overgang zijn, en geen bruikbare handvatten in de vorm van een richtlijn. Daarom grijpt de bedrijfsarts terug naar de beschikbare aanpak bij psychische klachten. Conform deze aanpak wordt deze vrouwspecifieke fase gezien als een periode waarin een vrouw overbelast kan raken, en wordt voor het omgaan met overgangsklachten en werk teruggegrepen op richtlijnen die zijn ontwikkeld voor overspanning en burn-out. Daarmee wordt de overgang gelijk gesteld met ziekte, oftewel somatisch, door hormonale problemen,

oftewel psychisch, door overbelasting. Als resultaat worden overgangsverschijnselen als individueel medisch probleem aangemerkt. Werkgevers voelen niet meteen de noodzaak om actie te ondernemen. Meerdere belangen spelen hier een rol:

Voor psychische klachten is er in de media veel aandacht, dus daar is iedereen wel van doordrongen, dat we allemaal stress hebben, wat natuurlijk allemaal heel erg is, en dat we middelen moeten inzetten om uitval te voorkomen of te bekorten. En met de overgangsproblematiek, dat heeft die aandacht nog niet. Of, voor de jongere categorie, hè, dat terugkeer na zwangerschap, dat is toch een heel ander issue. En je hebt natuurlijk bij zwangerschapsgerelateerde zaken ook nog dat ziekteverzuim vergoed wordt. Dus niet elke werkgever voelt dan even een noodzaak om daar direct actie op te ondernemen. Dit geldt niet voor iedereen, maar het is wel iets dat meespeelt. Dus dat is toch ook wel weer een andere vraag en er spelen andere belangen. (Leidinggevende)

Door 'belangen' kunnen er ook problemen ontstaan als vrouwen over gezondheidsklachten beginnen tegen hun werkgever. Er is immers een zekere mate van ruimte en veiligheid nodig om hierover te kunnen spreken. In de interviews zien we dat vrouwen problemen kunnen krijgen met hun leidinggevendenden, tot op de kans hun baan te verliezen, zowel bij zwangerschap als in de overgang:

Ik heb af en toe wisseldiensten maar ik heb in overleg met mijn unitleider toen ik terugkwam van de zwangerschap besloten om in ieder geval tot [maand] geen nachten te doen en het liefst zo veel mogelijk dagdiensten. En daar werd wel door hem goed op gereageerd, door anderen minder... Nou bijvoorbeeld onze roosteraar die ook dag coördinator is, die zei: nou ik had jou nooit aangenomen op deze voorwaarden [minder nachtdiensten rondom de zwangerschap, red.]. (Verpleegkundige)

Precies. Dat [overgangsverschijnselen, red.] moet echt serieus genomen worden, niet dat je direct afgerekend wordt. En ik heb een nieuwe leidinggevende, dus ik zou niet weten hoe hij er gewoon mee omgaat, maar ja, dat moet niet per leidinggevende afhankelijk zijn. Er moet echt gewoon iets geregeld zijn zeker in het ziekenhuis waar gewoon driekwart van, van de bevolking vrouwen zijn. (Verpleegkundige)

Ik denk dat het ook iets is waarom de klachten van de overgang een beetje ontkend worden door mensen die er niet in zitten, die er niets van weten, door veel mannen... Toen ik me een paar jaar geleden ziek meldde inderdaad vanwege allerlei vage klachten, die dan later bij de overgang bleken te horen, dat ze daar niet blij mee waren. [Psychiater, red.] heeft toen gezegd: weet je, werken is nu het beste wat je nu kan doen en als jij voelt dat dat kan. Maar daar waren ze het hier niet mee eens. Het heeft me bijna mijn baan gekost. Omdat ze toch aanstuurden op ontslag. (Focusgroep: verpleegkundigen)

Op de werkvloer moet voldoende kennis aanwezig zijn over vrouwspecifieke levensfasen, waaronder de soorten overgangsverschijnselen, want vrouwen kunnen letterlijk hun baan

verliezen als er geen begrip en veiligheid is om er over te kunnen praten. Soms zijn (tijdelijke) werkaanpassingen nodig, omdat de arbeidsrechten van medewerkers gerespecteerd dienen te worden, om de gezondheid en veiligheid van zowel de patiënten als de medewerkers te waarborgen, en om medewerkers op de lange termijn voor de organisatie te behouden.

Levensfasen: verwachting versus ervaring

De visie dat het lichaam van vrouwen problemen oplevert voor het werk, wordt vrij algemeen gedeeld, maar terwijl de zwangerschap veelal geaccepteerd wordt, geldt dat voor de overgang in veel mindere mate. De maatschappelijke beeldvorming over het ouder worden en specifiek van vrouwen wordt als negatief ervaren, het is de afsluiting van iets dat wél een toegevoegde waarde heeft, namelijk jong en mooi zijn:

Het is natuurlijk ook zo, we zitten in een maatschappij waar we allen jong en mooi moeten zijn. Dus als we over de overgang praten dan houdt het toch vaak in het einde aan mooi en jong zijn. (Focusgroep: leidinggevenden)

Nee, daar moet ik nog niet aan denken. Ik ben echt nergens bang voor, maar overgang dat is wel een dingetje bij mij. ...Ik weet het niet. Ik denk dan als je eenmaal in overgang bent, dan gaat het een beetje afwaarts, weet je, dan ga je echt ouder worden zeg maar. Want je huid wordt lelijker, of tenminste dunner, en je haren worden doffer, je glans in je ogen is weg en je krijgt kwalen, gezondheidskwalen. En ik ben tot nu toe gezond. En dan als je kwalen krijgt dan ga je dus achteruit. (Verpleegkundige)

Dus dat is ook iets wat maatschappelijk denk ik een verandering moet ondergaan, dat je mensen die ouder zijn en meer ervaring hebben, dat je die moet koesteren. Ook binnen je bedrijven vind ik. En dat je die zo lang mogelijk moet willen houden. En daar ook condities voor moet willen maken. Want dan denk ik ja, die combinatie van jong en oud dat is de beste. En dat je dat gewoon samen [doet, red.], dat geeft synergie volgens mij. Maar niet alleen maar jong wat altijd hard kan werken, dan denk ik, je hebt allebei nodig. (Arts)

Voor beide levensfasen geldt een ‘dwingende’ kijk: de zwangerschap wordt als ‘natuurlijk’, ‘erbij horend’ beschouwd, als mooi en bijzonder (maar minder fijn voor het werk), terwijl de overgang eenduidig met aftakeling wordt geassocieerd. Evenals het ouder worden in het algemeen gaat de overgang over verval en afgeschreven zijn. De zwangerschap wordt voorgesteld en ook vaak ervaren als fase van hoop en vruchtbaarheid:

Ik voelde me beter dan ooit. Ik had mijn hele leven zwanger willen zijn. Onhandig dat er dan telkens een kind uitkomt, maar ja, serieus, ik had, ik denk dat ik ontzettend veel endorfine maak of ik weet het niet, maar ik vond het geweldig. (Arts)

Ik denk dat de zwangerschap over het algemeen als heel positief benaderd wordt. Ik denk dat overgangsklachten misschien nog wel eens gebagatelliseerd worden en daar nog wel eens neerbuigend over kan worden gedaan. (Leidinggevende)

Voor de zwangerschap geldt daarom dat ervaringen die niet binnen dit dwingende vertoog vallen minder tot niet bespreekbaar zijn op het werk. Men praat bijvoorbeeld niet openlijk over de afwezigheid van een kinderwens of over een miskraam. Maar ook het zich ongelukkig voelen tijdens of na de zwangerschap wordt nauwelijks ter sprake gebracht:

Iedereen zegt dat je op de roze wolk zit, na de zwangerschap. Ik dacht: waar is die roze wolk? Want dit is eigenlijk geen roze wolk, want ik weet niet wat ik moet doen. Ik slaap niet, ik ken dat kind niet, en waar is dat gevoel? (Verpleegkundige)

Bij de beeldvorming over de overgang speelt de kunstmatige scheidslijn tussen de biologische lichamelijke processen en de levensfase in de vrouwelijke levensloop een problematische rol. Het einde van de biologische vruchtbaarheid wordt ook als het einde van de intellectuele vruchtbaarheid en creativiteit gezien, terwijl juist die laatste aspecten tot bloei kunnen komen naarmate vrouwen ouder worden. Denk bijvoorbeeld aan levenservaring, expertise in het vak, senioriteit blijkend uit een veelheid aan competenties of zoiets als 'wijsheid'. Dit alles wordt nauwelijks genoemd in relatie tot de overgang. De overgang wordt dus meestal negatief gezien en op zijn best neutraal, hoewel sommige geïnterviewden zich voorzichtig afvragen: zou het kunnen dat er ook meerwaarde zit in het ouder worden?

En dat vrouwen van onze leeftijd, ik weet dat sommige vrouwen zich afgedankt voelen. En soms kan ik me dat wel voorstellen. Ik voel het niet altijd zo, soms een beetje. Dat ik denk: o God, ik tel niet meer mee in dit of in dat. En dat is heel gek. (...) Je bent oud dus je mag niet meer op tv, oh je bent te oud, dus we nemen je niet aan. Ja, die wijsheid zou best wel wat meer waarde mogen krijgen. Laten we het zo zeggen. (Leidinggevende)

Toch noemen de geïnterviewden wel aantrekkelijke kanten van het ouder worden, zoals het meer ruimte durven innemen, zowel privé als op het werk, ook al weten ze niet zeker of dit wel 'mag', en is het iets dat ze 'hebben moeten leren':

Want ik vind dat wel fijner van ouder worden, bijvoorbeeld in die menopauze verandert iets, je moet jezelf eigenlijk helemaal opnieuw ontdekken. En het is best wel een zoektocht. En misschien moet je zo'n fase ook eerder met elkaar kunnen bespreken. Want je hebt in je leven al een paar van die momenten waarop je merkt van hee, ik kijk anders, ik ben anders. Als 30er heb je dat vaak, als 40er, maar zeker in die menopauze, waarin je lijf echt zo duidelijk verandert, is het een zoektocht. Maar het verandert je wel als mens. Je wordt er ook zekerder van, en ik zou hoe ik me nu voel zou ik veel eerder willen hebben. Die rust, dat sommige dingen je niet meer kunnen boeien. Boeien om wat jij vindt. Of wat je vindt dat ik moet doen. En dat zou veel fijner zijn als je dat al eerder in je leven hebt. (Leidinggevende)

Dus ik ga nu beter aan mezelf denken, want die ruimte was er niet toen ik kinderen kreeg. Nu is er ruimte, dus nu ga ik echt gewoon lekker voor mijzelf inrichten. Klinkt erg? (Verpleegkundige)

En ik heb gezegd tegen mijn leidinggevende: ik kom niet meer. Als iemand over mijn grenzen hier gaat, dat gaat over de veiligheid van de patiënten en ook over mijn veiligheid. Dan kom ik gewoon niet meer. Ik denk niet dat ik het had kunnen zeggen als ik 20 was. (Verpleegkundige)

Het gevoel van voldoening op het werk bij de vrouwen in een latere levensfase heeft tevens te maken met het feit dat ze hun kunde met de jongere generatie kunnen delen, en dat hun eigen zelfreflectie dieper en veelzijdiger is geworden. In hun passie voor het werk en in de mogelijkheid om hun ervaringen met anderen te delen ligt een energiebron die veel waarde heeft voor de vitaliteit van de vrouwelijke verpleegkundigen en artsen:

Ik haal energie uit mijn werk. Er is een Engels gezegde: 'If you like your job you don't have to work'. Dus ik haal energie uit het feit dat ik bijvoorbeeld een patiënt heel goed kan behandelen en dat ie blij is met de behandeling, dat ik kennis kan overdragen aan de nieuwe generatie, en die nieuwe generatie laat zien dat ze die kennis in de praktijk gaan toepassen, en die dan tegen mij zeggen ja, dat heb je toen en toen gezegd, doe ik nog steeds, weet je, dat soort dingen. Ik vind het ook leuk om systemen en werkwijzen te maken, en dat is het bestuurlijke deel, zodat degenen die de nieuwe generatie gaan vormen, daarin gefaciliteerd gaan worden, en als dat lukt dan word ik daar blij van. Dan kan ik gewoon, daar heb ik energie van, dan rij ik naar huis en dan denk ik: 'Gaaf! Het is me gelukt'. (Arts)

Wie moet er eigenlijk verandering brengen in of en hoe er wordt gesproken over het 'moederlichaam'? Onze analyse laat de impasse zien waarin leidinggevenden en medewerkers zich bevinden om het moederlichaam met alle bijkomende lichamelijke en andere veranderingen te bespreken. Het is vooralsnog niet helder wie in feite verantwoordelijk is voor het bespreekbaar maken van deze levensfasen in relatie tot werk, de vrouwen zelf, de leidinggevende, of de organisatie waar ze werken:

Ja [overgang is, red.] een onderschatte levensfase. Zo zie ik het wel. Maar ook wel een beetje jullie eigen schuld. Als vrouw. Omdat ik denk dat jullie, dat er te weinig over gepraat wordt. (Leidinggevende)

Ja. Ik geloof heel erg in 'speak up', want ik denk daarmee doorbreek je, en het klinkt makkelijker dan dat het in de praktijk is hoor. (Arts)

Erger nog, het bespreekbaar maken zou zelfs kunnen leiden tot het 'problemen aanpraten':

Dan zou je dus op tijd in gesprek moeten gaan met die medewerker om gewoon te monitoren, hoe gaat het met je? Maar je zal mij niet, nooit horen vragen heb je al

rugklachten of hoe is het met je bekken? Maar dan wel gewoon af en toe eens een gesprekje te hebben van hoe gaat het, voel je je sterk, gezond, is het nog goed te combineren, werk en zwangerschap? Maar je wil ook niet iemand iets aanpraten. Dat is wel zo 'n beetje de balans die ik probeer te vinden. (Leidinggevende)

De geïnterviewden geven aan dat de verantwoordelijkheid gedeeld moet worden, maar de invulling hiervan verschilt en is afhankelijk van de positie die de geïnterviewde in de organisatie heeft. Leidinggevendenden zijn eerder van mening dat de verantwoordelijkheid ligt bij de medewerker, terwijl medewerkers van mening zijn dat signalen beter door de organisatie moeten worden opgepakt. Niet het verschil van meningen maar voornamelijk het gebrek aan dialoog en onderlinge informatie-uitwisseling lijkt hier een probleem te zijn:

Ik vind dat een medewerker verantwoordelijkheid heeft over zijn eigen gezondheid. En ik vind dat ik, dat wij moeten zorgen dat het werk zo georganiseerd is dat het op zijn minst ondersteunend is aan de gezondheid. Kijk, dat kan niet helemaal, hè. Wij moeten mensen wisseldienst laten doen. Maar als je, als je weet hoe je mensen het beste in kan roosteren, dan draag je een soort bij aan, het dragelijk maken van een soort ziekmakend systeem. Zoiets? (Leidinggevende)

Zorg dat je vitaal blijf of klop aan de deur bij een leidinggevende in het opzicht van als het niet meer gaat. ...En als leidinggevende vind ik ook een taak dat je moet anticiperen daarop. Je moet de signalen oppakken, je kan ze beter eerder uit halen, dan zijn ze er korter uit, dan als je ze een halfjaar door laat modderen, dan gaan ze er drie jaar uit. (Verpleegkundige)

Op weg naar het duurzame inzetbaarheid beleid

Tijdens de interviews, de focusgroepen en dialoogbijeenkomsten hebben we aan de deelnemers gevraagd om mee te denken over de in hun ogen noodzakelijke veranderingen binnen de organisatie die de taboes rond de moederlichamen kunnen doorbreken en de kennishiaten met bruikbare informatie kunnen vullen, die gebaseerd is op ervaringen op de werkvloer. De voorstellen van de deelnemers hebben we in twee groepen geclusterd, nl. de inhoudelijke suggesties ten aanzien van het beleid en de suggesties die de werkcultuur en de organisatie van het werk kunnen verbeteren.

Onder de inhoudelijke suggesties vallen de adviezen om het beleid af te stemmen op de levensloofasen, om op alle niveaus van de organisatie relevante voorlichting beschikbaar te stellen en om concrete handvatten aan de leidinggevendenden te geven, zodat ze inzicht en ook de tijd krijgen om de werknemers te ondersteunen.

De geïnterviewden verwoorden een behoefte aan structureel beleid dat op de levensloop is gebaseerd:

Dingen worden gewoon vermoeiender. Dat er gewoon meer rekening gehouden wordt met het aantal uren dat je draait, dat die 'ouwelullendagen' weer terugkomen bijvoorbeeld, dat er meer ruimte komt voor herstel. (Verpleegkundige)

Een van de dingen die me wel opvallen... is dat mijn flexibiliteit na nachtdiensten een beetje begint te verminderen. Dus echt 24 uur doorhalen, dan ben ik wel weer even een paar dagen bezig om bij te komen. Maar ik geloof niet dat dat aan het vrouw-zijn ligt, dat ligt gewoon aan het ouder worden. En ik vind dat daar wel meer aandacht voor moet komen. Weet je, ik weet dat ik bovengemiddeld fysiek sterk ben, maar als het mij al begint op te vallen... Dus dat vind ik wel wat, en dus ja, ze noemen het gezond roosteren, maar dat is het niet. Het is echt gewoon aandacht voor fysieke veranderingen bij de ouder wordende mens. ...Dit zijn gewoon zware beroepen. Gezondheidszorgberoepen. (Arts)

...Vroeger had je echt verschil tussen de jonge en de oude garde. Dat verschil is steeds minder geworden. Qua rechten zeg maar. Dat is allemaal wegbezuinigd. Weg. Ik denk dat het weer terug moet. (Verpleegkundige)

De boodschap die in de gesprekken wordt herhaald, is dat het bestaande beleid onvoldoende differentieert tussen de levensfasen waarin de werknemers verkeren. In de fysiek en geestelijk veeleisende beroepen zoals die van verpleegkundige of arts, waar de werkdruk steeds hoger wordt, dient op structurele wijze rekening te worden gehouden met de levensfasen van de werknemers. Voldoende tijd voor herstel is van belang voor de gezondheid van de werknemer en ook voor de (patiënten-)veiligheid op de werkvloer. De duur van de rustpauze en het herstel kan en moet aangepast worden aan de behoefte van de werknemer. Hier moet de organisatie een meer proactieve rol gaan spelen. De leeftijd en de situatie van de werknemer binnen de organisatie is immers bekend:

Ik denk dat het goed zou zijn als personeelszaken ook onafhankelijk van de jaargesprekken met je leidinggevende gewoon ook inventariseert, om de twee-drie jaar, van hoe sta je er voor en wat heb je nodig als vrouw in deze fase. Dat daar misschien vanuit personeelszaken meer aandacht voor is en dat een bedrijfsarts [een belangrijkere rol gaat spelen, red.]. ...Ik heb een aantal verpleegkundigen begeleid in de menopauze poli. En via-via krijg ik dan weer andere werknemers, maar ik denk eigenlijk dat het veel structureler opgezet zou moeten worden. (Arts)

Ik weet niet of dat goed is, maar het zou bij mij hebben geholpen als gewoon iemand had gezegd, [naam, red.] doe even normaal, je gaat na zoveel weken [zwangerschap, red.] natuurlijk gewoon geen dienst meer doen. Dat besluiten wij voor jou. Dat was voor mij beter geweest, denk ik. (Arts)

Dit kan als voorbeeld dienen van de gedeelde verantwoordelijkheid, waar voorzorgmaatregelen voor de bescherming van de eigen werknemers als integraal onderdeel van het organisatiebeleid wordt toegepast.

De suggesties van de geïnterviewden gaan vaak van de veronderstelling uit, dat de organisatie over voldoende kennis beschikt over de verschillende levensfasen en ook in staat is om die kennis te genereren en in beleid te vertalen. Voorlichting wordt regelmatig als middel genoemd om deze kennis te verspreiden. Het gaat daarbij over voorlichting voor zowel de leidinggevenden als de werknemers, op alle niveaus van de organisatie:

Dan denk ik sowieso aan voorlichting. Voorlichting over levensfasen van mensen. In het algemeen in dit geval, want specifiek voor vrouwen in de overgang, wat je daarin kunt tegenkomen... Je moet natuurlijk uitkijken wat je dan zegt: 'O, jij zit zeker in de overgang; daarom ben je kribbig'. Daar moet je ook mee uitkijken, want zoals ik zeg, al ben je in de overgang, als je boos bent ben je vaak terecht boos. Je bent misschien wat heftiger boos. Dus dat zou je wel inderdaad voorlichting en aandacht moeten geven. Maar je kunt het niet in een keer doen. Het is iets wat moet groeien. (Focusgroep: leidinggevenden)

Ik denk dat het goed is om in ieder geval mannelijke- maar misschien ook wel vrouwelijke jongere leidinggevenden er meer bewust van te maken. Als je als vrouw [de overgang, red.] nog niet meegemaakt hebt, heb je ook geen idee toch? (Leidinggevende)

Nou ik denk dat [als, red.] ik hem [de overgang, red.] als uniek thema van een training [tegenkom, red.], dan denk ik dat ik daar niet zo snel op zou instappen. Maar als het onderdeel is van een verzuimtraining, waarin dit onderwerp prominent naar voren zou komen, waarin het voorheen onbesproken zou zijn, zou dat heel erg passen. (Focusgroep: leidinggevenden)

Teneinde de voorlichting te laten werken, moet die volgens de geïnterviewden aan diverse voorwaarden voldoen. Een daarvan is kennis over de samenhang tussen de diverse levensfasen en over de psychosociale factoren die binnen elke levensfase een grotere rol kunnen spelen. Zo staan bijvoorbeeld de vragen over gezondheid en gezond ouder worden voor vrouwen tijdens de overgang centraal. Een andere factor voor een geslaagde voorlichting is de volledigheid daarvan, waarbij specifieke vraagstukken binnen het grotere kader worden behandeld. Zo kan bijvoorbeeld de ondersteuning van vrouwen tijdens de overgang een onderdeel uitmaken van het grotere vraagstuk over het verzuimbeleid, of over de vraag hoe de organisatie alle werknemers kan bijstaan tijdens de pensioen fase.

In de gesprekken over strategie en beleid binnen de organisatie is de rol van de leidinggevenden een telkens terugkerend thema. 'Goede leidinggevenden aanschaffen' is het met humor geformuleerde advies van een van de deelnemers dat in het kort de wensen van de werknemers die we gesproken hebben weergeeft. Een goede leidinggevende beschikt volgens de deelnemers over specifieke kennis, staat open voor een gesprek, weet de gevoelige thema's bespreekbaar te maken en betreft zowel de mannelijke als vrouwelijke collega's in het gesprek over de specifieke levensfasen:

[Een mannelijke leidinggevende moet enige kennis hebben over zwangerschap en de overgang, red.] *Ja dat zou welkom zijn natuurlijk. Dat maakt het natuurlijk wel makkelijker. Dan moeten ze dat ook gaan doen, maar het zou wel beter zijn natuurlijk, als ze er meer vanaf zouden weten. Zo kunnen ze de klachten beter erkennen en voel je je misschien ook prettiger en makkelijker om het [te bespreken, red.], de drempel is dan niet hoog (Focusgroep: verpleegkundigen)*

Het inlevingsvermogen is veel lastiger als je iets niet herkent. Maar het moet gewoon ja uit een boekje, want dat is natuurlijk wel wat je moet doen. Weet je, als je maar kan luisteren. Volgens mij is dat het allerbelangrijkste. Ik denk als je kan luisteren, en je begrijpt inderdaad van goh, zo zit het in elkaar. ...Als organisatie zijn we op dit moment een beetje aan het kijken van misschien moeten we op een gegeven moment een stel ambassadeurs hebben, en als we daar gewoon ook een stel mannen tussen hebben. Want als je met alleen vrouwen... ga je die oorlog namelijk niet winnen. Want dan is het 'ah, daar heb je weer zo 'n club'. (Leidinggevende)

We moeten leidinggevendenden weer de tijd gaan geven om leiding te geven, want het is 'go with the flow' en je gaat volledig mee in de operationele business, maar eigenlijk is die leidinggevende-component gewoon onderdeel van je functie. En daar moet je gewoon tijd voor hebben en daar moet je gewoon tijd voor krijgen. Dus het zit 'm ook daar in. En wij hebben een training voor leidinggevendenden. Die krijgen een training en we zien wel dat daar ook meer aandacht moet zijn, gewoon voor gespreksvoering, en waar moet je het met mensen over hebben. En wanneer moet je het met mensen ergens over hebben, en hoe moet je het met mensen ergens over hebben, en wat maakt dat je toch iedere keer je kop in het zand steekt en denkt nou... Dus ja, weet je, we weten het allemaal wel, we zeggen allemaal het begint gewoon met vertrouwen en met een gesprek en je moet je veilig voelen. Maar tegelijkertijd zie je ook dat het natuurlijk maar holle kreten zijn. Je moet het op een gegeven moment wel concreet gaan maken. (Leidinggevende)

De leidinggevendenden lijken zich in een ingewikkelde tussenpositie te bevinden, tussen de behoeften van de werkvloer en de eisen van het management. Ondanks hun betoog over 'gedeelde verantwoordelijkheid' lijken zowel het probleem als de aanpak ervan vooral bij de medewerkers neergelegd te worden. Dit komt omdat de organisatie zelf nog geen 'visie' heeft over hoe om te gaan met vraagstukken die mogelijk met de levensfasen samenhangen. Daardoor vallen de leidinggevendenden veelal terug op het bestaande beleid ten aanzien van verzuim, dat echter niet op de transities binnen de specifieke levensfasen is toegesneden:

Tegelijkertijd moeten we mensen wel aanspreken op het verzuim, dat is het verzuimbeleid, dus het verzuimbeleid houdt in dat je als iemand een kortdurend verzuim heeft van drie of meer keer, dat je dan toch met een medewerker in gesprek gaat en vraagt van ja, we zien dat je toch wat vaker ziek bent. Heb je een idee waar dat door komt? Wat daar van invloed kan zijn? En het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid en die verantwoordelijkheid leg je toch ook wel bij de medewerker in de zin van goed,

ik begrijp dat dit bij jou speelt, maar waar zou het door komen en wat kunnen we er aan doen om het te voorkomen? En die gesprekken ga je aan. En dat is niet altijd makkelijk, want het komt dan snel, komt dat vrij streng over, hè, bij de medewerkers. (Leidinggevende)

Dus wat ik ook nodig heb, is dat de organisatie een bepaald beeld heeft of een acceptatie heeft ten opzichte van vrouwen in een bepaalde leeftijdscategorie. (Leidinggevende)

Nou ik heb een beschikbare interventie nodig. (...) Weet je, het is nogal complex.

[Interviewer: Zeker, en de vraag is of er één interventie is?]

Ik denk het niet. Weet je, die ene interventie is natuurlijk een illusie. Maar ik zou er wel eentje willen vinden die in ieder geval aan randvoorwaarden voldoet waarvan ik denk van OK, daar kunnen we wat mee. (Leidinggevende)

Deze laatste vraag over een passende interventie wordt tijdens de gesprekken vaker gesteld. Trainingen en interventies kunnen inderdaad goede instrumenten zijn voor het ontwikkelen van een nieuw beleid over duurzame inzetbaarheid. Onze deelnemers spreken echter ook over mogelijke organisatorische aanpassingen die door de organisatie zelf nu al kunnen worden uitgevoerd. Daaronder vallen een flexibele roostering van diensten, een professioneel gezondheidsadvies, het beschikbaar stellen van financiële middelen en ondersteuning van een gezonde leefstijl. Het flexibel kunnen omgaan met het begin en het einde van je dienst komt in bijna elk gesprek als wens naar voren:

Dat je als je gewoon slecht geslapen hebt, dat je dan inderdaad kan zeggen van nou, dan kom jij twee uur later. Dat geeft dan zoveel voldoening dat je dan eventjes de rust hebt, en dan kan je misschien wel twee uur langer doorwerken dan dat je elke keer om zes uur je bed uit moet om om acht uur bij een presentatie te zijn. Die ruimte geven, goh, als jij een keertje een slechte nacht hebt dan kijken we daar niet naar in jouw baan. Beter dan dat ze uitvallen en zich ziek melden. (Arts)

Het rooster, ik denk dat dat belangrijk is, dat dat goed klopt en heel erg in balans is met je privé. Ik denk dat daar soms wel eens wat meer aandacht aan geschonken kan worden. Dat rooster is ooit verzonnen om privé en werk in balans te krijgen. Maar er worden nu steeds meer regeltjes opgelegd, dat je toch niet meer dan drie nachten mag doen en dan alleen in het weekend en als het door de weeks moet zijn dat er vier. Weet je, ik snap het wel, want zij komen natuurlijk poppetjes te kort, dus dan houden ze veel meer rigide aan hun afspraken, maar ik denk als ze het doel vergeten, dat deze vorm van roosteren, het is gebaseerd op het feit dat je je balans houdt. En dat raakt natuurlijk steeds meer zoek op het moment dat je zoveel regels gaat opleggen, want dan is het niet meer in balans met privé, maar dan is het in balans met de VUmc. Met het personeelsbeleid, en dat is dan net effe een andere tak van sport. Ik denk dat ze dat niet moeten vergeten hoe het in elkaar stak. (Verpleegkundige)

Flexibiliteit op de werkvloer is een groot vraagstuk, zowel bij de verpleegkundigen en artsen als bij de leidinggevenden. Het lijkt dat elke partij onderling begrip voor elkaar toont, maar we spreken in onze studie ook ontevreden werknemers, die opmerken dat de belangen van de organisatie boven hun vitaliteit worden gesteld. De suggesties van onze geïnterviewden komen er vaak op neer dat de afdelingen meer ruimte moeten hebben om zelf de diensten in te plannen en dat het verschuiven van een dienst met een paar uur qua inzet meer kan opleveren dan het rigide volgen van de regel. Immers, zoals we in de interviews meerdere keren hebben gelezen, onze respondenten willen niet per se minder werken maar, indien noodzakelijk en uiteraard mogelijk, ze willen soms op andere momenten op de werkvloer zijn.

Een belangrijk hierbij aansluitend punt is de financiële ruimte die volgens onze geïnterviewden binnen de organisatie aanwezig moet zijn om die flexibiliteit goed te kunnen ondersteunen, maar ook om een gezondheidsconsult aan vrouwelijke werknemers te bieden wanneer dit nodig lijkt:

[Randvoorwaarden om vitaal kunnen blijven werken, red.] *Het gaat erom of er begrip is vanuit de omgeving, dus dat de rest van de groep, en dat is bij ons voornamelijk mannen, dat die... Dat was bij ons, omdat wij samen zo lang werkten, best af en toe een beetje gemopper. Het is niet zo dat wij [vrouwelijke artsen, red.] dat dan zo plannen, dat het dan gebeurt, wij waren ook nog eens een keer allebei met verlof in de zomervakantie, dat iedereen op vakantie was. Dus dat was echt super onhandig, dat daar bij ons niet op gerekend is. Waar je misschien wel wat meer op kan rekenen is vervanging, van zwangerschapsverlof, ...maar dat is vaak voor zo 'n korte periode best lastig. In zo 'n kleine groep als [naam specialisatie, red.] is het niet even heel makkelijk om er even iemand tussen te schuiven voor een paar maanden. Dus dat is denk ik wel een voorwaarde, dat je misschien beter naar vervanging kan kijken. (Arts)*

Er is een overgangsverpleegkundige in huis. Dan kan je mensen gericht naartoe sturen, iets wat vaak ook lastig is. Anders moet je naar je huisarts, daar moet je vrij voor vragen. En dat kan weer niet. Maar als er iemand in huis is, dat je zegt: ik heb lunchpauze en dat zij dan niet ook met lunchpauze is. Dan weet je dat je op gezette tijden wel even ergens naartoe kan en dat je daar makkelijk naar binnen kan lopen of kan bellen. Dan zijn dingen ook bespreekbaar, want als je iets bespreekbaar wil maken, wil je ook graag met een oplossing komen. In ieder geval, je moet iemand iets kunnen aanreiken. (Focusgroep: leidinggevenden)

Dus het zou mooi zijn als er binnen het ziekenhuis een soort van programma kwam van wij staan open voor jullie vragen. Je kunt bij ons terecht. Maar we kunnen ook een follow-up regelen. En dat je daarin ook, de werkgever, veel meer mee gaat nemen. En leidinggevenden en wat betekent het, en wat kunnen wij voor elkaar doen om toch die vrouwen zo fit mogelijk aan het werk te hebben. (Leidinggevende)

De mogelijkheid om het consult in-huis te krijgen wordt als voor de hand liggende oplossing gezien wanneer vrouwelijke medewerkers gezondheidsadvies nodig hebben. Daarnaast willen

de deelnemers meedenken in hoeverre hulp of advies tijdens en over de twee vrouwspecifieke levensfasen medicalisering kan voorkomen. Een consult bij de overgangsconsulent kan hiervoor een structurele oplossing bieden:

Ik denk: wat heel mooi zou zijn, is dat je als werkgever zegt: vrouwen over het algemeen, vanaf 50 jaar, ik vind iedereen moet daar even een gesprek mee hebben, om zich voor te bereiden op. Zoiets. Zodat het normaal wordt dat iedereen zo 'n gesprek heeft, net als dat je als je 50 bent, naar de mammografie gaat. ...Als je wilt zorgen dat het normaal wordt en bespreekbaar, dan moet er zoiets ingericht worden. En dan zou ik ook denken: ik wil dit niet, maar dan is het normaal. Wat ik er dan verder mee doe is aan mij natuurlijk. (Focusgroep: verpleegkundigen)

Ondanks de (voortschrijdende) medicalisering van de zwangerschap (en dan vooral ter bescherming van het ongeboren kind, zie Bendien et al., 2019b), is medicalisering van de overgang geen vanzelfsprekende zaak, althans niet voor zover we dat uit de interviews kunnen opmaken. Door (angst voor) stigmatisering, maar ook en voornamelijk door onbekendheid met en angst voor de bijwerkingen van hormoontherapie is een medische aanpak voor vrouwen met ernstige overgangsklachten moeilijk bespreekbaar. Ondanks deze angsten en wanneer het goed kunnen functioneren op het spel staat, nemen sommige vrouwen het besluit om de hormoontherapie toch te gebruiken. De reacties van de geïnterviewden zijn daarover overwegend positief:

Er is veel onderzoek gedaan dat we vinden dat vrouwen tot 60 jaar, dat we die best wel veilig kunnen behandelen met die [lichaamseigen, red.] hormonen. De voordelen zijn groter dan de nadelen. (Arts)

Nou, die menopauze was gelijk heel heftig voor mij, dus ik ben na een of twee maanden aan de hormoonsuppletie gegaan. Want anders had ik het niet getrokken. En dat heb ik nog steeds. (...) Ik merk heel snel dat als er stress is, dat ik dan toch weer klachten krijg, dus de hormoonsuppletie is natuurlijk niet het ei van Columbus, maar het haalt wel de scherpte van heel veel zaken af. Dus op zich ben ik nu tevreden. (Arts)

Veel adviezen die onze deelnemers genoemd hebben, gaan over het bevorderen van de fysieke gezondheid van de werknemers door middel van sporten en een gezonde leefstijl, maar de meest opvallende betreffen de beschikbaarheid van ruimtes waar ze tot rust kunnen komen, van de natuur kunnen genieten of in stilte kunnen bijkomen en ontspannen:

Hou de medewerker vitaal. Zorg dat je ze ook traint, gewoon, tot ontspanning. Zet een fitnessruimte op. Ze geven nu wel een soort yogagebeuren, maar dat is ook altijd weer binnen. Geef iemand ruimte om wat frisse lucht letterlijk te krijgen. Wij krijgen geen frisse lucht terwijl je soms, dat heb ik wel eens, dan zeg ik oh, ik zou willen dat we een balkon hadden. Dat je even adem kan halen en naar buiten kan kijken, de bomen kan zien. Dat is veel beter, en dan blijf je ook een stukje meer in balans. Kijk, ik werk 26 uur nu, maar ik heb een collega die werkt 32 uur. Die hoor ik ook klagen over dat ze moe

zijn, en of ze gaan minder werken. Die zijn nog niet eens eind twintig. Dat vind ik erg. (Verpleegkundige)

Het lijkt ons van belang dat de organisatie deze suggesties en voorstellen ter harte neemt en er gevolg aan geeft, indien nodig door het zoeken naar creatieve oplossingen zoals de volgende:

Eigenlijk zoals we nu zo'n bijeenkomst hebben, bijvoorbeeld als je 50 bent, dat je dan elke maand naar een plek kunt gaan in de VUmc, en dat je met lotgenoten, die ook 50 zijn en in de overgang zitten, kunt praten. Misschien krijg je dan handvatten: hoe ga jij er mee om? Wat jij nou zegt: ik heb daar mijn hulp gevonden, het gesprek aangaan met elkaar. Dan breek je misschien ook open en zit je niet alleen met je probleem. Ik weet het niet, want ik zit er nog niet in, maar ik kan me wel voorstellen dat je dan door met anderen te praten hulp krijgt. (Focusgroep: verpleegkundigen)

Concluderend stellen we dat op de werkvloer wordt gezwegen over de moederlichamen. Dit 'radicale zwijgen' wordt vooral voelbaar als de zwangerschap toch geen roze wolk blijkt te zijn, als een vrouw 'ontdekt' dat ze in een bepaalde levensfase verkeert die minder goed te combineren is met de wijze waarop ze haar werk altijd heeft gedaan, met name als ze ernstige overgangsklachten heeft zoals zware bloedingen. Er vindt nauwelijks een gesprek plaats tussen de vrouwen onderling, en geen gesprek met de leidinggevenden. In de beleidsstukken voor gezond werken wordt het thema niet genoemd en het werd tot dusver ook niet meegenomen in werknemerstevredenheidsonderzoeken. Dit is een probleem dat uitstijgt boven de individuele medewerkers en de arbeidsrelaties op het werk. Het gebrek aan kennis wordt hierdoor gereproduceerd, waardoor de verschillende partijen nauwelijks weten over hoe we op het werk met vrouwspecifieke 'transitieperiodes' om moeten gaan. Er is nog weinig of geen bekendheid met interventies, en over de rol van de overgangsconsulenten, en er is onvoldoende kennis over hormoontherapie, over werkaanpassingen, en over noodzakelijke, grotere, sociaal-maatschappelijke veranderingen.

Dus het is door de eeuwen heen en in alle culturen is het een vrij onbespreekbaar, vrouwenkwalen in welke vorm dan ook, wordt gewoon niet besproken. Dus ik denk dat het ook los staat van het calvinisme. Het heeft misschien te maken met het feit dat mannen altijd de cultuur gedomineerd hebben; die snappen het niet, sorry. Ja die snappen het niet dus ja wat je niet snapt dat druk je lekker weg en dat is flauwekul. En daar praat je niet over. (Focusgroep: leidinggevenden)

Dat is misschien toch iets voor de overheid hoor, om over na te denken. Ik bedoel je kan zeggen de zwaardere beroepen dat zijn de stratemakers, maar die hebben waarschijnlijk zoveel liftdingetjes tegenwoordig en misschien moet het, de groep verpleegkundigen wel als een zwaar beroep gezien worden. (Arts)

6. Discussie

Ervaringen van moederlichamen op de werkvloer (onderzoeksvraag I)

In dit verslag zijn ervaringen met de zwangerschap en de overgang van vrouwelijke verpleegkundigen en artsen die in een academisch ziekenhuis werken, beschreven en geanalyseerd. Kort samengevat komen deze ervaringen erop neer dat (i) het moederlichaam op de werkvloer er niet toe doet en er in feite niet hoort te zijn en dat (ii) over het moederlichaam niet wordt gedacht of gesproken. We doelen hiermee uitdrukkelijk op het lichaam van de vrouw, dat apart wordt gezet van ‘de vrouw als werknemer’. Als werknemer worden vrouwen nl. wel degelijk belangrijk gevonden, terwijl over het ‘moederlichaam’ wordt gedaan alsof het er gewoon niet is.

Het arbeidsethos op de werkvloer van een ziekenhuis is op productiviteit gericht en dat is als zodanig door de medewerkers geïnternaliseerd. Uit de interviews komt sterk naar voren dat het eigen lichaam van de medewerker een onderdeel van de grote ‘organisatiemachine’ is geworden, zodat alle werknemers in een goed geolied en op elkaar afgestemd proces het werk kunnen klaren, namelijk goede patiëntenzorg bieden. Binnen dit werkproces wordt, volgens de geïnterviewden, het lichaam feitelijk als werktuig ingezet. Maar deze geoliede machine blijkt niet continue en foutloos te werken. Fricctie ontstaat op ten minste drie vlakken: de moederlichamen vragen om specifieke zorg maar worden vaak verwaarloosd, het functioneren van de moederlichamen en andere ‘onderdelen’ van de organisatie lopen niet altijd synchroon, en er is onvoldoende ruimte in de organisatiemachine waarin moederlichamen-in-wording zonder frictie mogen zijn. Wij werken dit hieronder verder uit.

Een verwaarloosd lichaam in de zorg

We introduceren het begrip ‘een verwaarloosd lichaam in de zorg’, voortkomend uit een synergie van onze literatuurstudies over zwangerschap en werk, overgang en werk, en de analyse van de empirische data uit onze studie. Een verwaarloosd lichaam in de zorg gaat over de moederlichamen van zorgverleners, die geacht worden om professioneel, met toewijding en empathie voor de lichamen van anderen zorg te dragen, zonder dat in voldoende mate aan de randvoorwaarden van zelfzorg en de zorg die een organisatie voor de werknemer dient te dragen lijkt te worden voldaan. Een verwaarloosd lichaam in de zorg is onder meer een resultaat van het gebrek aan bewustzijn, interesse, en kennis over wat een moederlichaam-in-wording nodig heeft om gezond en vitaal te blijven.

Uit de literatuur en uit deze empirische studie blijkt dat vrouwen het buitenshuis werken waarderen (Dennerstein et al., 2001; Portegijs & Van den Brakel, 2018). Ze zien hun arbeidsparticipatie als een weg naar zelfontplooiing en economische zelfstandigheid. In onze studie staat het werk van de verpleegkundigen en artsen centraal. De door hen geleverde zorg heeft direct te maken met de lichamen van patiënten. Daarom kunnen we stellen dat het hier over een specifieke situatie gaat, waar het werk direct van lichaam tot lichaam wordt geleverd (Heath & McCormack, 2002). Een verzorgende verpleegkundige of een opererende arts zijn

hiervan sprekende voorbeelden. Dit zorgwerk van lichaam tot lichaam is in vele opzichten asymmetrisch: de zorgverlener *kan* het werk doen, de patiënt *moet* de zorg ontvangen. Begrijpelijkerwijs wordt de nadruk op het lichaam gelegd dat zorg nodig heeft. Dit accent is gerechtvaardigd zolang het lichaam dat zorg verleent niet in een soort instrument van behandeling verandert en daarmee onzichtbaar wordt op de werkvloer. En toch blijkt dit het geval te zijn. Zwangere zorgverleners en zorgverleners in de overgang blijken binnen de organisatiestructuur geen referentiekaders te hebben om hun moederlichaam-in-wording voldoende plaats, rust en betekenis te geven (Quinn, 2016). De meest sprekende vertolking daarvan vinden we in de stilzwijgend geaccepteerde taboes rond onderwerpen zoals de overgang of aanpassingen van het werk tijdens de zwangerschap (zie ook Koemeester et al., 1997; Hardy et al., 2019a). Een van de thema's uit de literatuurstudies over onzichtbaar maken, namelijk het 'verdwijnen' van een moederlichaam van de werkvloer, wordt bevestigd door het compensatiegedrag van vrouwen die zich steeds willen bewijzen door langer 'vol te houden', niet te klagen en lachend over de eigen lichamelijke problemen te doen, omdat er momenteel geen structurele ruimte is voor bespreking van deze onderwerpen (Gatrell et al., 2017). Bespreekbaarheid vraagt immers om bewustwording en actie, zoals bijvoorbeeld bij de acceptatie van de diversiteit van werkende lichamen en bij het voelen van de noodzaak van aanpassingen om deze diversiteit te kunnen hanteren (Gravel, Riel & Messing, 2017). Het onzichtbaar maken van het lichaam wordt in onze studie onder meer aangegeven in de wijze waarop vrouwen de mededeling over hun zwangerschap uitstellen, of in stilte zoeken naar manieren om het werk 'gewoon' te kunnen volhouden. Presenteïsme veroorzaakt daarom een paradox. Immers, dit maakt het lichaam juist onzichtbaar omdat werkende vrouwen proberen aan te tonen dat zwangerschap of overgang hun vermogen om goed hun werk te kunnen doen niet negatief beïnvloeden. Door present en tegelijkertijd (lichamelijk) onzichtbaar te zijn proberen vrouwen te voorkomen dat ze bijvoorbeeld bij een mogelijke kans op een promotie worden gepasseerd omdat ze vrouw zijn en dus niet 'betrouwbaar' genoeg, of omdat ze niet de juiste prioriteiten stellen tussen het werk en de privé-domeinen, en dus bang moeten zijn voor hun aanstelling (Bolge et al., 2010). Het feit dat 'supra-performance' in termen van Gatrell kan leiden tot een burn-out, en ook tot onwenselijk personeelsverloop is goed gedocumenteerd (Gatrell, 2011b; Leiter & Maslach, 2009; Shanafelt et al., 2009; Walsh, 2013).

Al met al zien we dat vrouwen die in de zorgsector werken, hun patiënten een warm hart toedragen. De lichamen in nood krijgen voorrang en worden over het algemeen goed verzorgd. Het lichaam dat vaak niet voldoende verzorgd blijft is het moederlichaam van de vrouwelijke zorgverlener zelf, en vooral als zij in een van de transitiefasen verkeert. Tijdens deze fasen kunnen vrouwen kwetsbaar zijn voor gezondheidsproblemen en verminderde vitaliteit; juist dan verdienen ze meer, en niet minder, aandacht.

Uit de pas of in de *aangepaste pas*?

Om het gebrek aan het synchroniseren tussen de organisatie en moederlichamen aan te duiden hebben we in de analyse een intersectionele benadering toegepast, waarbij de intersectie tussen gender en leeftijd centraal staat. Als resultaat zien we in eerste instantie hoe de machtsverhoudingen in de maatschappij zich in een traditionele verdeling van de genderrollen vertalen en hoe deze rolverdeling zijn weg naar de werkvloer vindt. Zo roept een zwanger

moederlichaam over het algemeen positieve reacties op de werkvloer op, totdat het opeens misselijk wordt, eerder naar huis moet, geen nachtdiensten meer kan draaien of zich ziek meldt. Dan loopt dat zwangere moederlichaam opeens uit de pas hetgeen, zoals we in de data hebben gezien, de collegialiteit op de werkvloer niet ten goede komt. Aan oudere moederlichamen wordt nog minder aandacht besteed. Traditioneel behoren ze een omvangrijk pakket van zorgfuncties te vervullen en bij voorkeur onzichtbaar te blijven (Knijn, 1998). Dit patroon zien we terug op de werkvloer, waar de lichamen van vrouwelijke verpleegkundigen en artsen in de overgang omvangrijke zorgpakketten te dragen hebben, maar waarin zelfzorg inclusief de mogelijkheid om te herstellen vaak onvoldoende is ingebed of zelfs volledig ontbreekt.

Een ander inzicht dat door de intersectie van gender en leeftijd in onze studie expliciet wordt is hoe de veelvoudige temporaliteit van moederlichamen botst met de rechtlijnige temporaliteit van de organisatie. Met andere woorden, het gaat hier over het gebrek aan synchroniciteit tussen een lineaire loopbaan, traditioneel afgestemd op de mannelijke levensloop, en een vrouwelijke levensloop, die o.a. de bijzondere transitiefasen als zwangerschap en de overgang kan behelzen. Uit onze data komt naar voren dat de verpleegkundigen en artsen die zich in een van de transitiefasen bevinden, vaak besluiten om ‘gewoon’ door te gaan met het werk, wat ten koste kan gaan van de eigen gezondheid. Hier negeren de vrouwen letterlijk de innerlijke klok van hun moederlichamen om aan het ‘rooster’ van de organisatie te blijven voldoen. Het tijdig stellen van grenzen is op de werkvloer geen breed toegepast gedrag en hoewel het vertoog wil dat medewerkers dit zelf moeten doen, kunnen de medewerkers die inderdaad grenzen stellen eenvoudig hun ‘krediet’ verliezen. Opvallend is dat als redenen voor het overschrijden van de eigen grenzen eerder het belang van de patiënt en van het werk in het algemeen wordt genoemd dan angst voor repercussies of stagnatie van de loopbaan. Onze interviews, en ook de literatuur, laten zien dat zulke repercussies er wel degelijk kunnen zijn (e.g. Verdonk, 2019). De botsing tussen de temporele regimes van de organisatie en een vrouwelijke levensloop heeft diepe wortels en gaat verder dan het voortzetten van de traditionele genderrollen in de maatschappij. De asynchrone verhouding die in deze botsing zichtbaar wordt gemaakt ontstaat al tussen de individuele ervaring van tijd, zowel bij mannen als bij vrouwen, en de snelheid waarmee onze maatschappij zich ontwikkelt. De discrepantie tussen deze twee aspecten is samengevat in het concept *sociale versnelling*. Volgens de Duitse socioloog Hartmut Rosa vormt de snelheid van veranderingen de basis voor sociale versnelling (Rosa, 2016). Het gaat hierbij over diverse typen van veranderingen: de technologische verandering (denk aan de variëteit van de complexe apparatuur waarmee een modern ziekenhuis is voorzien), de veranderingen in productieprocessen (alles moet sneller, en dus heeft een verpleegkundiger of arts slechts een beperkt aantal minuten per patiënt beschikbaar om zorg te verlenen), de veranderingen in de arbeidsparticipatie (we moeten langer werken en de intensiteit van het werk blijft alsmear stijgen, evenals de eisen voor de kwaliteit van het werk), de veranderingen in de omvang van informatie die we moeten verwerken, in het taalgebruik – er zijn werkelijk geen aspecten van onze maatschappij immuun voor versnelling. De problematische kant van deze versnelling is dat de tijd ontbreekt voor een kritische blik of om betekenis te geven aan al die indrukken en veranderingen waarmee we worden overspoeld. Dit kan tot vervlakking van ervaringen en gevoelens leiden, waardoor we bijvoorbeeld een werksituatie accepteren waar de nadruk op productiviteit, werkvermogen en controle wordt gelegd en waar weinig ruimte overblijft voor

flexibiliteit en autonomie. Werkstress en burn-out kunnen reële gevolgen zijn van deze ontwikkeling.

Hoewel iedereen aan de consequenties van sociale versnelling is blootgesteld, zien we dat dit voor vrouwen op een specifieke manier uitpakt in de vrouwspecifieke levensfasen. Wat we in de analyse een ontlichaamd moederlichaam hebben genoemd, duidt op de vervreemding die werkende vrouwen kunnen ervaren ten opzichte van hun eigen lichaam. Het moederlichaam kan ook een ‘remmende’ rol in de sociale versnelling spelen, wanneer vrouwen moeten, willen, en mogen toegeven aan de noden van dat moederlichaam. Om een ander concept van Rosa te gebruiken, verliezen we vanwege de versnelling de *resonantie* met de wereld om ons heen (Rosa, 2016). En zoals onze studie laat zien begint dit bij de werkende vrouwen in de vrouwspecifieke levensfasen met het verlies van de weerklink van hun eigen lichamen. Desalniettemin, juist omdat een moederlichaam een eigen snelheid en eigen temporeel plan heeft dat afwijkt van de uniforme temporaliteit van de organisatie, biedt het ook de kans om te ‘vertragen’: een moederlichaam heeft een eigen tijd en tempo. Het herinnert ons aan de tijd die we kunnen nemen en koesteren zonder dat dit tijdverlies genoemd zou moeten worden, zoals de zorgzame tijd die nodig is om betekenis aan het werk te geven, om in gesprek met een patiënt te gaan, om naar een collega te luisteren en om te genieten van een moment van stilte te midden van de werkvloerhectic, om even voor het lichaam te zorgen, dat lichaam dat vermoeid kan zijn, of te warm, of bloedt. Dit brengt ons tot de derde punt van frictie tussen de organisatie en een moederlichaam. Om deze zorgzame tijd te kunnen nemen is ruimte nodig. Zoals de data analyse heeft laten zien, is deze ruimte in een moderne zorginstelling schaars en zelfs omstreden.

Een plaats van het radicale zwijgen

Een plaats van het radicale zwijgen is hoe Walker (2002) de ruimte beschrijft die moederlichamen binnen organisaties tegenwoordig nog steeds innemen. Uit de ervaringen van vrouwelijke verpleegkundigen en artsen blijkt dat ze vaak op de werkvloer geen ruimte zien om tijdens de twee transitiefasen vragen te stellen of zorgen over hun eigen gezondheid te uiten. Dezelfde opvattingen leven bij leidinggevenden en andere geïnterviewden als het gaat om de bespreekbaarheid van deze onderwerpen. De ruimte voor een gesprek wordt niet gevraagd en ook niet aangeboden. *Ruimte* wordt hier breed begrepen. Ten eerste doelen we zowel op de *fysieke ruimte* die letterlijk voldoende veiligheid biedt voor een dergelijk gesprek, als op de tijd en ruimte waarin privacy wordt toegestaan en waar intiemere gesprekken over de eigen lichamelijkeheid mogelijk zijn. Niet alleen wordt voor deze gesprekken geen tijd ingeruimd, ook zijn dergelijke fysieke ruimtes in tijden van flexwerkplekken in veel organisaties weinig voorhanden. Ten tweede begrijpen we ruimte als *interactieve ruimte* die ontstaat door het besef dat het thema besproken mag worden, dat de zorgen van de vrouwelijke medewerker niet in haar nadeel zullen worden gebruikt en dat er een taal is, of wordt ontwikkeld, om deze onderwerpen op de werkvloer onder woorden te kunnen brengen. Ten derde is er *ontwikkelingsruimte* nodig, om bewustwording te creëren, om te mogen zoeken naar kennis, naar interventies, er zijn kansen nodig om nieuwe manieren van werken uit te proberen en daarvan te leren, en kennis verder te delen. De resultaten van deze empirische studie tonen aan dat deze ruimte gecreëerd moet worden. De ideeën van de geïnterviewden over wat wel of niet

in gesprekken tussen de werkgever en de werknemer aan bod mag komen verschillen. Verpleegkundigen kunnen bijvoorbeeld met hun collega's hun misselijkheid of slapeloze nachten bespreken. Maar ze hebben nog geen ruimte in de organisatie gevonden om met andere partijen in gesprek te gaan, bijvoorbeeld met hun leidinggevende of met de bedrijfsarts. Met andere woorden, terwijl op het horizontale snijvlak van de organisatie af en toe spontaan een gesprek kan plaatsvinden, is er dwars door de organisatie heen op dit moment geen structurele ruimte om thema's rond de zwangerschap en de overgang met elkaar te bespreken. Binnen het onderzoek zijn dergelijke ruimtes op kleine schaal gecreëerd om die thema's wel bespreekbaar te maken. De oprechtheid van alle deelnemers (dat wil zeggen de verpleegkundigen, de artsen, de leidinggevenden, de vertegenwoordigers van de P&O afdeling en de bedrijfsartsen), hun betrokkenheid en de emotionele lading van veel uitspraken die we te horen kregen toont aan dat ruimte voor dialoog nieuwe kennis kan genereren.

Afrondend willen we 'een plaats van het radicale zwijgen' die moederlichamen innemen in verband brengen met nog een thema, nl. seksuele intimidatie op de werkvloer. Dit thema hebben we niet onderzocht en daarom hebben we niet expliciet gevraagd naar de ervaringen van de geïnterviewden. Slechts enkele geïnterviewden refereren aan geseksualiseerde grapjes bijvoorbeeld bij het geven van borstvoeding. Uit ander onderzoek weten we dat zeker in de gezondheidszorg seksuele intimidatie door patiënten en hun familie maar ook door collega's en supervisors een thema is, dat bijdraagt aan werkgerelateerde vermoeidheid (zie o.a. Verdonk et al., 2010) en andere gezondheidsproblemen van vrouwen, ook van (veelal jonge) artsen en van verpleegkundigen (Verdonk, 2019). Hieruit leiden we af dat het lichaam alleen een vrouwenlichaam mag zijn, wanneer het geseksualiseerd wordt. Dit thema kan verder onderzocht worden met behulp van het theoretisch kader dat in onze empirische studie is ontwikkeld.

Vitaliteit op de werkvloer (onderzoeksvraag II)

Op grond van de bevindingen uit onze empirische studie hebben we de volgende randvoorwaarden geformuleerd, die naar onze mening de vitaliteit van de vrouwelijke verpleegkundigen en artsen in een academisch ziekenhuis kunnen faciliteren:

1. Gelijkheid op de werkvloer begint niet alleen bij het bieden van dezelfde kansen en mogelijkheden (equality) maar ook bij het vaststellen van de verschillen tussen de werknemers (equity). Deze verschillen zijn belangrijk als uitgangspunt in personeelsbeleid waarin de werkgever vrouwelijk talent op de werkvloer wil behouden, koesteren en laten groeien. De fysieke verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke lichamen op de werkvloer zijn reëel en de behoeftes van werknemers die als gevolg van bijvoorbeeld hormonale transitie ontstaan, dienen erkend en geadresseerd te worden. Het is immers niet acceptabel als alle (en uitsluitend) vrouwen als vatbaar worden beschouwd voor 'verwoestende' of 'verstorende' hormonale wisselingen, of wanneer er automatisch een link wordt gelegd tussen de fysiologische processen binnen een moederlichaam en haar cognitieve vermogen en emotionele evenwicht, en vervolgens vrouwelijke werknemers ertoe worden gebracht om de werkelijke (en soms nu eenmaal minder prettige) consequenties van die hormonale processen te ontkennen.

2. Om werkende vrouwen (en mannen) duurzaam te kunnen inzetten is beleid nodig dat rekening houdt met de specifieke fasen in de levensloop. Sterker nog, er is beleid nodig dat vanuit verschillende typen levenslopen uitgaat. Anticipatie op de zwangerschap is beter mogelijk wanneer vrouwelijke medewerkers de organisatie kunnen vertrouwen en eventuele gezinsplanning met hun werkgever willen en kunnen bespreken – niet omdat het moet, en niet uit oogpunt van sociale controle, maar omdat er een vertrouwensband is en wederzijdse verantwoordelijkheid voor zowel het werk als de gezondheid van vrouwen. Juist in de gezondheidszorg zou dit moeten kunnen. Zo kan extra aandacht besteed worden aan veiligheidsrisico's die voor fertiliteit of voor de vroegere fasen van zwangerschap belangrijk zouden kunnen zijn bijvoorbeeld tijdens het werken met cytostatica of straling. Voor de overgang is ook ruimte nodig, waarin medewerkers de temperatuur kunnen reguleren, kleding kunnen dragen die 'ademt', en waarin gesproken kan worden over eventuele overgangsverschijnselen en -klachten, met leidinggevenden, met bedrijfsartsen, en in de wetenschap dat er deskundigheid is en een open blik. De overgang kan qua tijdsperiode lang zijn en om structurelere oplossingen vragen zoals flexibele roostering en een langere hersteltijd, dan enkelvoudige werkaanpassingen, maar ook hier is individuele autonomie voor medewerkers belangrijk – en dus flexibiliteit van de werkgever. Bovendien kunnen consulten met de overgangsconsulent laagdrempelige interventies zijn die werkgevers kunnen aanbieden.
3. We pleiten voor het bevorderen van een nieuw arbeidsethos en breder nog, een organisatiecultuur waarin de zorg voor de patiënt begint met zelfzorg van de zorgverlener, op alle niveaus van de organisatie. Het nieuwe arbeidsethos houdt in dat vrouwelijke werknemers tijdig hun grenzen kunnen en mogen aangeven en om aanpassingen van de werktaken kunnen vragen als ze in een van de twee transitiefasen zijn, en dit zonder zich schuldig te hoeven voelen ten opzichte van hun collega's of hun kansen voor promotie te moeten inleveren.
4. Werkgevers die in vrouwelijk talent willen investeren, staan vaak voor de moeilijke opgave om uit een breed scala aan interventies te moeten kiezen. De leidinggevenden geven aan dat het een tijdrovend proces kan zijn om de juiste middelen voor elk specifiek geval te vinden en dat het dan ook nog weinig resultaat oplevert. Een kritische blik naar beschikbare instrumenten, methoden en interventies is dan ook sterk aanbevolen. Bovendien zal niet elke interventie die binnen een specifieke werkomgeving is ontwikkeld, ook bij een andere organisatie passen. Het academische ziekenhuis waar onze studie is uitgevoerd, kent een rijke geschiedenis en een eigen cultuur, die ook continu verandert. Zo'n organisatie heeft een eigen methodisch kader nodig, dat rekening houdend met de organisatiecultuur en de organisatiedoelen, beleid ontwikkelt om de gezondheid en vitaliteit op de werkvloer structureel te behouden en te bevorderen. Ondersteuning van vrouwelijke verpleegkundigen en artsen in de twee transitiefasen zou daarvan een integraal deel moeten uitmaken.

Lichaamspolitiek van het onverwachte (onderzoeksvraag III)

Onze empirische studie laat zien dat lichaamspolitiek van het onverwachte onbekend terrein is in een academisch ziekenhuis. Een academisch ziekenhuis beschikt echter over de achtergrondkennis en capaciteiten om doelgericht onderzoek te laten uitvoeren naar de

psychosociale, organisatorische en biomedische factoren die de gezondheid van de vrouwelijke werknemers in de twee transitiefasen kunnen beïnvloeden. Een dergelijk onderzoek is niet incidenteel, maar ingebed in de onderzoekagenda van een organisatie die het verbeteren van de vitaliteit op de werkvloer als strategisch en duurzaam thema ziet, ook met het oog op langer werken en gezond ouder worden. Ons onderzoek is een eerste stap in deze richting.

De resultaten van de empirische studie bevestigen dat wanneer de gezondheid van moederlichamen in diverse transitiefasen aan de orde wordt gesteld, de kans bestaat dat het gesprek overslaat naar vooral een betoog over medicalisering van deze lichamen. Deze vertolking van de manifestaties van moederlichamen als waren het ziektes is niet nieuw, maar zij blijft het medische discours domineren (Mitchinson, 2006). Tegelijkertijd schrikken de geïnterviewden terug voor medicalisering, waarmee ook ‘medische’ oplossingen voor (ernstige) problemen en zeker bij de overgang, niet algemeen aanvaardbaar zijn, ondanks ook positieve ervaringen. In onze data en in diverse bronnen van onze literatuurstudies zagen we dit op twee manieren terug komen. De geïnterviewde verpleegkundigen, artsen en ook een deel van de stafleden hebben een medische opleiding gevolgd. Eigenlijk zou dit kunnen betekenen dat ze beter voorbereid zijn op ‘het onverwachte’ dat (hun) moederlichamen tijdens de transitiefasen ervaren. Dit bleek echter niet het geval te zijn. Zelfs de vrouwelijke deelnemers die veel theoretische kennis over zwangerschap of de overgang hadden, waren niet (voldoende) in staat om deze kennis bij zichzelf toe te passen. Ook in de literatuur zien we dat het onverwachte van moederlichamen eerder als medisch probleem wordt gezien dan als vraagstuk voor de arbeidsmarkt, en daarmee ook uit het oog verdwijnt als een meer sociale en politieke kwestie (Gatrell et al., 2017).

Hier komen we bij de crux van deze studie en van ons betoog. Een moederlichaam-in-wording is geen curiosum, geen ‘kamer van hormoongriezelen’ en niet het tegenovergestelde van het mannenlichaam. Een moederlichaam is de verwezenlijking van een wordingsproces dat eigen ruimte en tijd neemt en tegelijkertijd deze ruimte en tijd met anderen deelt, zoals met een patiënt voor wie het zorgt, met een collega met wie het samenwerkt of met een nog ongeborn kind dat het meedraagt. Een moederlichaam verricht intellectuele, fysieke en emotionele arbeid, soms parallel aan de zwangerschapsarbeid of de overgangsarbeid. In deze fasen vindt verdubbeling(!) van de te verrichten arbeid plaats, waarvoor het moederlichaam in deze levensfasen veel meer energie nodig heeft dan in andere levensfasen. Als gevolg daarvan kan een moederlichaam vaker dan ooit verrast zijn, of de werkomgeving verrassen, door onverwachte lichamelijke en psychologische manifestaties. Dit kan en moet als logisch, normaal, en acceptabel onderdeel van het arbeidsproces op de werkvloer worden gezien, met ruimte om er over te spreken en, indien nodig, vergezeld van gepaste ondersteuning vanuit de werkgever voor wat het nodig heeft.

Lichaamspolitiek van het onverwachte vraagt om nieuwe organisatievormen voor het werk. Daarbij moet niet alleen fysiek ruimte worden geboden aan een moederlichaam-in-wording, maar dient ruimte voor zelfrealisatie te worden geboden aan elke vorm van belichaamde arbeid. Aan mannen, vrouwen, mensen die korter of langer op school hebben gezeten, mensen van verschillende culturele achtergronden en met lichamen van diverse kleuren en leeftijden en in diverse levensfasen, mensen met beperkingen van diverse aard, en mensen wiens sekse of

gender niet in twee categorieën te definiëren is. Al met al lijkt het erop dat de simpele reductie van vrouwen tot hun reproductieve functie zijn beste tijd heeft gehad, maar ook, dat het reduceren van vrouwenlichamen op de werkvloer tot neutrale ‘lichamelijkheden’ tot problemen kan leiden. Het moederlichaam steekt uit de strakke contouren van de organisaties. Het vraagt niet alleen om meer ruimte, fysieke, interactieve, en ontwikkelingsruimte, maar bovenal vraagt het om gehoor. De werkvloer als plaats van het radicale zwijgen, kan, en moet, worden omgezet in de plaats van de meerstemmigheid.

7. Referenties

- Abma, T., Banks, S., Cook, T., Dias, S., Madsen, W., Springett, J., & Wright, M. T. (2019). *Participatory research for health and social well-being*. The Netherlands: Springer.
- Abma, T. A. & Widdershoven, G.A.M. (2006). *Responsieve Methodologie. Interactief onderzoek in de praktijk*. Den Haag: Lemma.
- Abma, T. (2001). Reflexive dialogues: A story about the development of injury prevention in two performing-arts schools. *Evaluation*, 7(2), 238-252. doi:10.1177/13563890122209667
- Acker, J. (1990). Hierarchies, jobs, bodies: A theory of gendered organizations. *Gender & Society*, 4(2), 139-158. doi:10.1177/089124390004002002
- Acker, J. (2012). Gendered organizations and intersectionality: Problems and possibilities. *Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal*, 31(3), 214-224. doi:10.1108/02610151211209072
- Alex, M. R. (2011). Occupational Hazards for Pregnant Nurses. *The American Journal of Nursing* (Vol. 111). doi:10.1097/01.NAJ.0000393056.01687.40
- Annandale, E., & Clark, J. (1996). What is gender? feminist theory and the sociology of human reproduction. *Sociology of Health & Illness*, 18(1), 17-44. doi:10.1111/1467-9566.ep10934409
- Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., Träskman-Bendz, L., Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, 17, 264. doi:10.1186/s12889-017-4153-7
- Ashcraft, K. L. (1999). Managing maternity leave: A qualitative analysis of temporary executive succession. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 240-280. doi:10.2307/2666996
- Baldwin, K. (2018). Conceptualising women's motivations for social egg freezing and experience of reproductive delay. *Sociology of Health & Illness*, 40(5), 859-873. doi:10.1111/1467-9566.12728
- Bariola, E., Jack, G., Pitts, M., Riach, K., & Sarrel, P. (2017). Employment conditions and work-related stressors are associated with menopausal symptom reporting among perimenopausal and postmenopausal women. *Menopause*, 24(3), 247-251 doi:10.1097/GME.0000000000000751
- Bendien, E. (2013). The last stitch in the quilt. *Gender, Work and Organization*, 20(6), 709-719. doi:10.1111/gwao.12012
- Bendien, E., Van Gemert, I., Appelman, Y. & Verdonk, P. (2019a). *Werken aan de overgang. Een uitgebreide literatuurstudie naar overgang, menopauze, gezondheid, en werk*. In opdracht van WOMEN Inc. Amsterdam: Amsterdam UMC-VUmc, maart 2019. doi:10.13140/RG.2.2.17688.03841
- Bendien, E., Oosten, A., Van Gemert, I. & Verdonk, P. (2019b). *Vol verwachting. Een uitgebreide literatuurstudie naar zwangerschap, gezondheid en werk*. In opdracht van WOMEN Inc. Amsterdam: Amsterdam UMC-VUmc, april 2019.
- Bergson, H. (2005/1911). *Creative Evolution*. New York: Cosimo Classics.

- Bolge, S. C., Balkrishnan, R., Kannan, H., Seal, B., & Drake, C. L. (2010). Burden associated with chronic sleep maintenance insomnia characterized by nighttime awakenings among women with menopausal symptoms. *Menopause*, 17(1), 80–86. doi.org/10.1097/gme.0b013e3181b4c286
- Bonzini, M., Coggon, D., Godfrey, K., Inskip, H., Crozier, S., & Palmer, K. T. (2009). Occupational physical activities, working hours and outcome of pregnancy: findings from the Southampton Women's Survey. *Environmental Medicine*, 66(10), 685–690. doi.org/10.1136/oem.2008.043935
- Boog, B. (2003). The emancipatory character of action research, its history and the present state of the art. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13(6), 426-438. [doi:10.1002/casp.748](https://doi.org/10.1002/casp.748)
- Camussi, E., & Leccardi, C. (2005). Stereotypes of working women: The power of expectations. *Social Science Information*, 44(1), 113-140. [doi:10.1177/0539018405050463](https://doi.org/10.1177/0539018405050463)
- CBS, 2019: <https://www.werk.nl/xpsimage/wdo213859>
- CBS, 2019. Arbeidsdeelname. Geraadpleegd op 4 april 2019: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82647NED/table?dl=17FC9>
- Cheng, P. L., Pantel, M., Smith, J. T., Dumas, G. A., Leger, A. B., Plamondon, A., McGrath, M.J. & Tranmer, J. E. (2009). Back pain of working pregnant women: Identification of associated occupational factors. *Applied Ergonomics*, 40(3), 419–423. doi.org/10.1016/j.apergo.2008.11.002
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1241. [doi:10.2307/1229039](https://doi.org/10.2307/1229039)
- Davies, K. (1990). *Women, time, and the weaving of the strands of everyday life*. Gower Publishing Company.
- Dennerstein, L., Leher, P., Dudley, E., & Guthrie, J. (2001). Factors Contributing to Positive Mood during the Menopausal Transition. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(2), 84–89. <https://vu.on.worldcat.org/oclc/7007294299>
- Dew, K., Keefe, V., & Small, K. (2005). 'choosing' to work when sick: Workplace presenteeism. *Social Science & Medicine* (1982), 60(10), 2273-82.
- Douglas, M. (1966). *Purity and danger : an analysis of concepts of pollution and taboo*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Fenton, A., & Panay, N. (2014). Menopause and the workplace. *Climacteric*, 17(4), 317-318. [doi:10.3109/13697137.2014.932072](https://doi.org/10.3109/13697137.2014.932072)
- Gartoulla, P., Bell, R. J., Worsley, R., & Davis, S. R. (2016). Menopausal vasomotor symptoms are associated with poor self-assessed work ability. *Maturitas*, 87, 33-39. [doi:10.1016/j.maturitas.2016.02.003](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.02.003)
- Gatrell, C. (2011). Policy and the Pregnant Body at Work: Strategies of Secrecy, Silence and Supra-performance. *Gender, Work and Organization*, 18(2), 158–181. doi.org/10.1111/j.1468-0432.2009.00485.x
- Gatrell, C. (2013). Maternal body work: How women managers and professionals negotiate pregnancy and new motherhood at work. *Human Relations*, 66(5), 621-644. [doi:10.1177/0018726712467380](https://doi.org/10.1177/0018726712467380)

- Gatrell, C., Cooper, C., & Kossek, E. (2017). Maternal bodies as taboo at work: New perspectives on the marginalizing of senior-level women in organizations. *The Academy of Management Perspectives*, 31(3), 239-239. [doi:10.5465/amp.2014.0034](https://doi.org/10.5465/amp.2014.0034)
- Geukes, M., Van Aalst, M. P., Nauta, M. C. E., & Oosterhof, H. (2012). The impact of menopausal symptoms on work ability. *Menopause*, 19(3), 278-282. [doi:10.1097/gme.0b013e31822ddc97](https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31822ddc97)
- Geukes, M., Van Aalst, M. P., Robroek, S. J., Laven, J. S., & Oosterhof, H. (2016). The impact of menopause on work ability in women with severe menopausal symptoms. *Maturitas*, 90, 3-8. [doi:10.1016/j.maturitas.2016.05.001](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.05.001)
- Goodman, J. M. (2018). Laboring Until Labor: The Prevalence and Correlates of Antenatal Maternity Leave in the United States. *Maternal and Child Health Journal*, 22(2), 184–194. doi.org/10.1007/s10995-017-2390-0
- Gravel, A. R., Riel, J., & Messing, K. (2017). Protecting Pregnant Workers while Fighting Sexism: Work–Pregnancy Balance and Pregnant Nurses’ Resistance in Québec Hospitals: Protéger les travailleuses enceintes en luttant contre le sexisme: équilibre travail-grossesse et résistance d’infirmières enceintes dans des hôpitaux québécois. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 27(3), 424–437. doi.org/10.1177/1048291117724847
- Griffiths, A., MacLennan, S., & Hassard, J. (2013). Menopause and work: An electronic survey of employees’ attitudes in the uk. *Maturitas*, 76(2), 155-159. [doi:10.1016/j.maturitas.2013.07.005](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.07.005)
- Grosz, E. (2005). *Time travels: Feminism, nature, power* (Next wave). Durham: Duke University Press.
- Guendelman, S., Gemmill, A., & Macdonald, L. A. (2016). Biomechanical and organisational stressors and associations with employment withdrawal among pregnant workers: evidence and implications. *Ergonomics*, 59(12), 1613–1624. doi.org/10.1080/00140139.2016.1157627
- Hammarström, A., Johansson, K., Annandale, E., Ahlgren, C., Aléx, L., Christianson, M., Elwer, S., Eriksson, C., Fjellman-Wiklund, A., Gilenstam, K., Gustafsson, P.E., Harryson, L., Lehti, A., Stenberg, G. & Verdonk, P. (2014). Central gender theoretical concepts in health research: The state of the art. *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979-), 68(2), 185-190. [doi:10.1136/jech-2013-202572](https://doi.org/10.1136/jech-2013-202572)
- Hankivsky, O. (2014). Intersectionality 101. *The Institute for Intersectionality Research & Policy, SFU*, 1-34.
- Hardy, C., Thorne, E., Griffiths, A., & Hunter, M. S. (2018). Work outcomes in midlife women: the impact of menopause, work stress and working environment. *Women's Midlife Health*, 4(1), 3. [doi:10.1186/s40695-018-0036-z](https://doi.org/10.1186/s40695-018-0036-z)
- Hardy, C., Griffiths, A., Thorne, E., & Hunter, M. (2019a). Tackling the taboo: talking menopause-related problems at work Claire. *International Journal of Workplace Health Management*, 12(1), 15–27. doi.org/10.1108/IJWHM-03-2018-0035
- Hariton, E., Matthews, B., Burns, A., Akileswaran, C., & Berkowitz, L. R. (2018). Pregnancy and parental leave among obstetrics and gynecology residents: results of a nationwide survey of program directors. *American journal of obstetrics and gynecology*, 219(2). [doi:10.1016/j.ajog.2018.04.017](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.04.017)

- Harlow, S., Gass, M., Hall, J., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R., Sherman, S., Sluss, P.M. & de Villiers, T.J.(2012). Executive summary of the stages of reproductive aging workshop 10: Addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause*, 19(4), 387-395. [doi:10.1097/gme.0b013e31824d8f40](https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31824d8f40)
- Hausman, B. (2004). The feminist politics of breastfeeding. *Australian Feminist Studies*, 19(45), 273-285. doi-org.vu-nl.idm.oclc.org/10.1080/0816464042000278963
- Haynes, K. (2012). Body beautiful? Gender, identity and the body in professional services firms. *Gender, Work and Organization*, 19(5), 489-507. [doi:10.1111/j.1468-0432.2011.00583.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2011.00583.x)
- Heath, H. & McCormack, B. (2008). Nurses, the Body and Body Work. In: Heath, H., & White, I. *The challenge of sexuality in health care* (pp. 66-86). John Wiley & Sons.
- Hopfl, H., & Atkinson, P. H. (2000). The future of women's career. *The future of career*, 130-143.
- Jaarverslag VUmc (2017). Amsterdam: Stichting VUmc. Geraadpleegd op 16 mei 2019: <https://www.vumc.nl/over-vumc/jaardocumenten.htm>
- Jack, G., Pitts, M., Riach, K., Bariola, E., Schapper, J., & Sarrel, P. (2014). *Women, work and the menopause: Releasing the potential of older professional women*. Melbourne, Australia: La Trobe University.
- Jack, G, Riach, K. & Bariola, E. (2019). Temporality and gendered agency: Menopausal subjectivities in women's work. *Human Relations*, 72(1), 122-143. [doi:10.1177/0018726718767739](https://doi.org/10.1177/0018726718767739)
- Jones, K. (2017). To tell or not to tell? Examining the role of discrimination in the pregnancy disclosure process at work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(2), 239–250. doi.org/10.1037/ocp0000030
- Kleinman, N. L., Rohrbacker, N. J., Bushmakin, A. G., Whiteley, J., Lynch, W. D., & Shah, S. N. (2013). Direct and indirect costs of women diagnosed with menopause symptoms. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(4), 465-470. [doi:10.1097/JOM.0b013e3182820515](https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3182820515)
- Knijn, T. (1998). Participation through care? The case of the dutch housewife. *Gender, participation and citizenship in the Netherlands*. Aldershot, Hants, England: Ashgate.
- Koemeester, A. P., Leegwater, A., Broersen, J. P. J., & Hoekstra, E. J. (1997). Physical work load and the onset of maternity leave. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 7(2), 75–82. doi.org/10.1007/BF02765878
- Kristensen, P., Nordhagen, R., Wergeland, E., & Bjerkedal, T. (2008). Job adjustment and absence from work in mid-pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Occupational and Environmental Medicine*, 65(8), 560–566. doi.org/10.1136/oem.2007.035626
- Kool-Smit, J. (1967). Het onbehagen van de vrouw. *De Gids*, 9(10), 267-281.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal of nursing management*, 17(3), 331-339. [doi:10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x)
- Little, L., Major, V., Hinojosa, A., & Nelson, D. (2015). Professional image maintenance: How women navigate pregnancy in the workplace. *Academy of Management Journal*, 58(1), 8-8. [doi:10.5465/amj.2013.0599](https://doi.org/10.5465/amj.2013.0599)

- Lorde, A. (1984). *Sister outsider : Essays and speeches* (The crossing press feminist series). Trumansburg, NY: Crossing Press.
- Loyal, D., Sutter, A.-L., & Rascle, N. (2017). Mothering Ideology and Work Involvement in Late Pregnancy: A Clustering Approach. *Journal of Child and Family Studies*, 26(10), 2921–2935. doi.org/10.1007/s10826-017-0786-5
- Maher, J. (2013). Women's care/career changes as connection and resilience: Challenging discourses of breakdown and conflict. *Gender, Work and Organization*, 20(2), 172-183. [doi:10.1111/gwao.12015](https://doi.org/10.1111/gwao.12015)
- Mäkelä, L. (2012). A narrative approach to pregnancy-related discrimination and leader-follower relationships. *Gender, Work and Organization*, 19(6), 677-698. [doi:10.1111/j.1468-0432.2010.00544.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2010.00544.x)
- Maxwell, N., Connolly, L., & Ní Laoire, C. (2019). Informality, emotion and gendered career paths: The hidden toll of maternity leave on female academics and researchers. *Gender, Work & Organization*, 26(2), 140-157. [doi:10.1111/gwao.12306](https://doi.org/10.1111/gwao.12306)
- Mitchinson, W. (2006). No longer the same woman: Medical perceptions of menopause, 1900-1950. *Canadian Bulletin of Medical History = Bulletin Canadien D'histoire De La Medecine*, 23(1), 7-47. doi.org/10.3138/cbmh.23.1.7
- Nettleton, S. (2013). *The sociology of health and illness* (3rd ed.). Cambridge, UK: Polity.
- Quinn, P. (2016). A Grounded Theory Study of How Nurses Integrate Pregnancy and Full-Time Employment. *Nursing Research*, 65(3), 170–178. doi.org/10.1097/NNR.0000000000000157
- Rangel, E. L., Lyu, H., Haider, A. H., Castillo-Angeles, M., Doherty, G. M., & Smink, D. S. (2018). Factors Associated With Residency and Career Dissatisfaction in Childbearing Surgical Residents. *JAMA Surgery*, 153(11), 1004-1011. doi.org/10.1001/jamasurg.2018.2571
- Riach, K., & Loretto, W. (2009). Identity work and the 'unemployed' worker: Age, disability and the lived experience of the older unemployed. *Work, Employment & Society*, 23(1), 102-102. [doi:10.1177/0950017008099780](https://doi.org/10.1177/0950017008099780)
- Rosa, H. (2016). *Leven in tijden van versnelling*. Amsterdam: BOOM.
- Sabelis, I. (2001). 3 *Time & Society*, 10(2), 387-400. doi.org/10.1177/0961463X01010002013
- Sabelis, I., & Schilling, E. (2013). Frayed careers: Exploring rhythms of working lives. *Gender, Work & Organization*, 20(2), 127-132. [doi:10.1111/gwao.12020](https://doi.org/10.1111/gwao.12020)
- Seiden, A. M. (1989). Psychological issues affecting women throughout the life cycle. *Psychiatric Clinics*, 12(1), 1-24.
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G. J., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., ... & Freischlag, J. A. (2009). Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Annals of surgery*, 250(3), 463-471. [doi:10.1097/SLA.0b013e3181ac4dfd](https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181ac4dfd)
- Shrier, D., & Shrier, L. (2009). Psychosocial aspects of women's lives: Work and family/personal life and life cycle issues. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 36(4), 753-69. [doi:10.1016/j.ogc.2009.10.009](https://doi.org/10.1016/j.ogc.2009.10.009)
- Trimbos Instituut. 2016. Zwangerschap en postpartum depressie. Geraadpleegd op 9 april 2019: <https://www.trimbos.nl/kennis/depressie-preventie/zwangerschap-en-depressie1>
- Van Beukering, M. D. M., Van Melick, M. J. G. J., Mol, B. W., Frings-Dresen, M. H. W., & Hulshof, C. T. J. (2014). Physically demanding work and preterm delivery: a systematic

- review and meta-analysis. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 87(8), 809–834. doi.org/10.1007/s00420-013-0924-3
- Van Lieshout, F., Jacobs, G., & Cardiff, S. (2017). *Actieonderzoek. Principes van verandering in zorg en welzijn*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Van Melick, M. J. G. J., Van Beukering, M. D. M., Mol, B. W., Frings-Dresen, M. H. W., & Hulshof, C. T. J. (2014). Shift work, long working hours and preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 87(8), 835–849. doi.org/10.1007/s00420-014-0934-9
- Verdonk, P., Hooftman, W.E., Van Veldhoven, M.J.P.M., Boelens, L.R.M., Koppes, L.L.J. (2010). Work-related fatigue: the specific case of highly educated women in the Netherlands. *International Archives Occupational and Environmental Medicine*, 83(3), 309-321. [doi:10.1007/s00420-009-0481-y](https://doi.org/10.1007/s00420-009-0481-y)
- Verdonk, P. (2019). Gender, arbeid en stress. In *Handboek Psychopathologie voor Vrouwen en Mannen*. Amsterdam: BOOM.
- Walker, M. B. (2002). *Philosophy and the maternal body: Reading silence*. Routledge.
- Walsh, J. (2013). Gender, the work-life interface and wellbeing: a study of hospital doctors. *Gender, Work & Organization*, 20(4), 439-453. [doi:10.1111/j.1468-0432.2012.00593.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2012.00593.x)
- Wolkowitz, C. (2006). *Bodies at work*. London: SAGE.
- Yeh, S. S., Lee, C.-N., Wu, Y.-H., Tu, N.-C., Guo, Y.-L., Chen, P.-C., & Chen, C.-H. (2018). Occupational Hazard Exposures and Depressive Symptoms of Pregnant Workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(3), e134–e138. doi.org/10.1097/JOM.0000000000001255