



VOORSTUDIE 'VROUWEN IN DE WAO'

Datum: Februari 2003

Auteurs:

E. Bronswijk, reïntegratiespecialist Maetis Arbo
R. Meester, veiligheidskundige ArboDuo bv, secretaris
M. Hosemans, psycholoog Achmea Arbo
A. Filius, andragoog en A&O-deskundige, Arbo Unie,
voorzitter

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van STECR, Platform Reïntegratie.

© 2003 STECR

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	3
2	WAO: de feiten.....	5
2.1	Algemeen.....	5
2.2	De achtergronden.....	5
2.3	Vrouwspecifieke kenmerken WAO.....	6
3	Oorzaken van instroom vrouwen in de WAO.....	9
3.1	Persoonlijke factoren.....	9
3.2	Werkkenmerken.....	10
3.3	Maatschappelijke ontwikkelingen.....	12
4	Begeleiding tijdens de ziekteperiode en de WAO.....	15
4.1	Vrouwen.....	15
4.2	Werkgevers.....	16
4.3	Bedrijfsartsen.....	16
4.4	Verzekeringsartsen.....	18
4.5	Verzuimbegeleiding door andere disciplines binnen de arbodienst.....	18
5	Wat zeggen de vrouwen zelf.....	19
5.1	Preventie.....	19
5.2	Verzuim.....	19
5.3	Reïntegratie.....	19
6	Conclusies.....	21
7	Aanbevelingen algemeen.....	23
7.1	Micro.....	23
7.1.1	Preventie.....	23
7.1.2	Verzuim.....	23
7.1.3	Reïntegratie.....	23
7.2	Meso.....	23
7.2.1	Preventie.....	23
7.2.2	Verzuim.....	24
7.2.3	Reïntegratie.....	24
7.3	Macro.....	24
7.3.1	Preventie.....	24
7.3.2	Verzuim/reïntegratie.....	24
8	Aanbevelingen aan STECR.....	27
8.1	Kennis inventariseren.....	27
8.2	Kennis overdragen.....	27
8.3	Aanbevelingen.....	28
9	Samenvatting.....	29
10	Literatuurlijst.....	33

1 Inleiding

Vanuit STECR hebben wij als Kenniskring de opdracht gekregen een voorstudie te doen naar vrouwen in de WAO. Het blijkt namelijk dat de instroom van vrouwen in de WAO groter is dan de instroom van mannen.

Het doel van de Kenniskring is dan ook geweest te onderzoeken wat de oorzaken zijn waardoor vrouwen in de WAO komen en of deze oorzaken aanleiding geven tot een andere aanpak in de preventieve sfeer, in de verzuimende sfeer en/of in de reïntegratiesfeer. Gevraagd is aan de hand van deze voorstudie aanbevelingen te doen aan STECR.

Dit rapport is tot stand gekomen aan de hand van de meest relevante en actuele literatuur en discussiebijeenkomsten. De Kenniskring heeft de volgende activiteiten ondernomen:

- bestaande onderzoeken bestudeerd;
- input vanuit het STECR-congres van 8 oktober 2002 en de daarbij gegeven workshops verwerkt;
- een openbaar debat met deskundigen uit de praktijk gevoerd;
- afzonderlijke gesprekken met verschillende deskundigen gevoerd;
- literatuur over vrouwen in de WAO verzameld.

Uit onze voorstudie blijkt dat het onderwerp vrouwen in de WAO een complexe materie is. Het onderwerp is geanalyseerd op drie niveaus:

- microniveau (persoonlijk);
- mesoniveau (werk en arbodienst);
- macroniveau (overheid).

Binnen deze niveaus is er een keuze gemaakt uit een beperkt aantal factoren die nader zijn uitgewerkt. Dit betekent, dat we een aantal elementen – die echter wel een rol spelen – niet hebben uitgewerkt.

De instromers in de WAO zijn niet zomaar onder te verdelen in mannen en vrouwen. Er moet ook een onderverdeling worden gemaakt in allochtonen en autochtonen, hoog- en laag geschoolden, ouderen en jongeren, parttime- en fulltime werkenden.

Daarnaast hebben we geconstateerd, dat veel vrouwen werkzaam zijn in de gezondheidszorg, de schoonmaakbranche en de uitzendbranche. Met name deze sectoren zijn mede bepalend voor de hoge instroom van vrouwen in de WAO. De branchespecifieke kenmerken zijn in deze rapportage niet uitgebreid onderzocht gezien de beperkte tijd.

Wat in de literatuur opvallend is, is dat wanneer de begeleiding van langdurig zieke vrouwen of vrouwen in de WAO besproken wordt, er vooral wordt ingegaan op de begeleiding door de bedrijfsarts. De begeleiding door andere arboprofessionals is vrijwel onbesproken.

Het rapport is ingedeeld in verschillende hoofdstukken, te beginnen met de inleiding. Het tweede hoofdstuk is een weergave van de huidige WAO-

cijfers, toegespitst op vrouwen in de WAO. In hoofdstuk 3 worden de oorzaken van de instroom van vrouwen in de WAO behandeld. Dit onderwerp is uitgesplitst naar persoonlijke factoren, werkkenmerken en maatschappelijke ontwikkelingen. Het vierde hoofdstuk beschrijft de begeleiding tijdens de ziekteperiode en de begeleiding in de WAO; in hoofdstuk 5 komen de vrouwen zelf aan het woord. Hoofdstuk 6 bevat de conclusies, gevolgd door de aanbevelingen in hoofdstuk 7 en 8. Tot slot is in hoofdstuk 9 de samenvatting van het totale rapport te vinden.

Als Kenniskring gaan wij ervan uit dat de lezer voldoende bekend is met het begrip WAO en dat dit geen verdere uitleg behoeft.

Namens de Kenniskring willen wij de volgende personen bedanken voor hun intensieve bijdrage aan dit rapport. Daarnaast willen wij de congresdeelnemers op het STECR- congres 2002 bedanken.

- P. Verdonk, WAHO
- F. Vlek, NSOH
- E. Zuidema, Vrouwen Alliantie
- H. Vinke, TNO Arbeid
- T. van Vuuren, TNO Arbeid
- A. Smit, TNO Arbeid

2 WAO: de feiten

In dit hoofdstuk geven we de feiten van de huidige WAO-cijfers weer, hiervoor is geput uit de cijfers van de UWV. Uit de algemene kenmerken is een aantal vrouwspecifieke punten naar voren gehaald.

2.1 Algemeen

Het aantal mensen dat in het eerste halfjaar van 2002 een WAO-uitkering had, bedroeg 799.564. De instroom in de WAO in datzelfde halfjaar bedroeg in totaal 49.158 mensen, de uitstroom lag met 41.710 aanzienlijk lager. In totaal zijn er meer mannen dan vrouwen uitkeringsgerechtigd: 55 procent van de lopende uitkeringen is bestemd voor mannen. Daarentegen raken er relatief meer vrouwen arbeidsongeschikt: van de nieuwe uitkeringen is 55 procent van het vrouwelijk geslacht. Bij de uitstroom uit de WAO ligt het percentage vrouwen op 45 procent.

Aan de presentatie van deze cijfers zit echter een schaduwzijde. Omdat veel vrouwen in deeltijd werken, en hun inkomen vaak lager is dan dat van mannen, lopen zij een grotere kans op een lager arbeidsongeschiktheidspercentage of komen zij helemaal niet in aanmerking voor een uitkering. De instroom zou dus nog hoger zijn als het aantal verborgen arbeidsongeschikten onder vrouwen meegeteld zou worden.

2.2 De achtergronden

Sinds 1996 is het aantal nieuwe WAO-uitkeringen per jaar gestegen, het aantal uitkeringen voor vrouwen sterker dan dat voor mannen. De WAO-instroom uit branches waar relatief meer vrouwen dan mannen werkzaam zijn (bijvoorbeeld de gezondheidszorg), is gestegen. Deze instroom hangt nauw samen met het voorgaande verzuim: vrouwen kennen een hoger aantal ziekmeldingen dan mannen. Hoewel verzuimende vrouwen vaker herstellen dan mannen, zijn er aan het einde van het eerste ziektejaar toch relatief meer verzuimende vrouwen die een grotere kans hebben om arbeidsongeschikt te worden verklaard.

Daarnaast verliezen vrouwen die uitstromen uit de WAO vaker hun WAO-uitkering, terwijl zij niet terugkeren in het arbeidsproces (het zogenaamde 'spontane herstel'). Ook wordt de uitkering van vrouwen bij een herkeuring vaker beëindigd dan bij mannen. Bij mannen eindigt de uitkering meestal in verband met overlijden of pensioen.

De branchespecifieke kenmerken van de gezondheidszorg lijken een belangrijke verklaring te geven voor de verontrustende WAO-instroom van vrouwen. Vrouwen in de gezondheidszorg hebben een viermaal grotere kans in de WAO terecht te komen dan mannen in deze sector. Deze vrouwen hebben ook een tweemaal hoger risico dan vrouwen die werkzaam zijn in andere bedrijfstakken; in de detailhandel belanden naar verhouding minder vrouwen in de WAO.

Het arbeidsongeschiktheidspercentage van vrouwen ligt dus hoger dan dat van mannen. Bij vrouwen ligt het accent bij 65 tot 100 procent arbeidsongeschiktheid, bij mannen komt een arbeidsongeschiktheidspercentage onder de 65 procent het meest voor. Ook blijkt dat vrouwen, na een periode een WAO-uitkering te hebben ontvangen, hun werk minder snel bij de oude werkgever hervatten.

Een internationale vergelijking tussen verschillende westerse landen geeft aan dat een aantal landen een hoge instroom van vrouwen in de WAO hebben en dat vrouwen in deze landen een hoger risico hebben om in te stromen dan mannen. Voor een deel zijn systeemkenmerken hier debet aan. Deels geeft het aanwijzingen dat er in landen waar de toegang tot de arbeidsongeschiktheidsregelingen 'relatief' gemakkelijk lijkt te zijn, ook een extra instroom van vrouwen is. Dit geldt echter niet voor alle landen. Gezien de samenstelling van de groep landen die wel een hoge instroom van vrouwen kennen, ligt het niet voor de hand te veronderstellen dat juist de late arbeidsparticipatie golf van vrouwen in Nederland een reden is voor een hoge WAO-instroom. Een voorbeeld: de Scandinavische landen kennen een even hoge instroom als Nederland, maar deze landen hadden dertig jaar geleden al arbeidsparticipatiecijfers van vrouwen en mannen die Nederland pas sinds kort kent. Dat neemt niet weg dat een onvoltooide 'emancipatie' zowel in de Scandinavische landen als in Nederland een rol kan spelen. Een hoog arbeidsparticipatiecijfer kan immers samengaan met een nog steeds sterke beroepensegregatie, loonverschillen tussen mannen en vrouwen en beperkte carrièremogelijkheden. Ook al zijn er meer vrouwen, de onderlinge verhoudingen zijn nog ongelijk. Het maken van een harde internationale vergelijking blijft echter moeilijk omdat de wetgeving en de definities van arbeidsongeschiktheid in de desbetreffende landen zeer verschillend zijn.

2.3 Vrouwspecifieke kenmerken WAO

Een feit is dat vrouwen – ten opzichte van mannen – een grotere kans hebben om in de WAO terecht te komen. Zij hebben ook een grotere kans om de WAO-uitkering vervolgens weer te verliezen. Een aantal feiten op een rij: (Vinke e.a., januari 1999)

- Arbeidsongeschikte vrouwen zijn gemiddeld genomen jonger en hebben een hoger arbeidsongeschiktheidspercentage dan arbeidsongeschikte mannen.
- Bij vrouwen wordt de WAO-uitstroom vooral veroorzaakt door spontaan herstel, herkeuring en uittreding uit het arbeidsproces; bij mannen wordt de uitstroom vaker veroorzaakt door pensioen.
- Vrouwen hervatten minder vaak het werk bij de oude werkgever; bij uitstroom komen zij vaker zonder werk te zitten.
- De branche- en UWV-kenmerken zijn hierbij belangrijk. Met name de gezondheidszorg, waar overwegend vrouwen werken, kent een hoog WAO-risico.

Algemeen wordt aangenomen, dat het combineren van arbeid en zorgtaken (dubbele belasting) bij vrouwen een verhoogd risico op ziekteverzuim en uiteindelijk de WAO tot gevolg heeft. Dit blijkt echter maar ten dele het geval te zijn. Het combineren van arbeid en zorgtaken belast vrouwen niet meer dan mannen. Onder de leeftijd van 35 jaar is de combinatie voor beiden zwaar, daarboven vormt het eerder een verlichting. Uit analyse van de cijfers van het Lisv komt zelfs naar voren dat alleenstaande vrouwen, doorgaans zonder kinderen, oververtegenwoordigd zijn in de WAO en dat kinderloze vrouwen 2,5 keer zoveel kans maken om in de WAO terecht te komen. (Lisv, januari 2000)

Uit het voorgaande blijkt, dat de instroom van vrouwen in de WAO hoger is dan dat van mannen en dat het nog steeds stijgende is. Daarnaast is ook het arbeidsongeschiktheidspercentage van vrouwen hoger. In het volgende hoofdstuk worden de oorzaken van deze hoge instroom toegelicht.

3 Oorzaken van instroom vrouwen in de WAO

In dit hoofdstuk komen de oorzaken van de hogere instroom van vrouwen in de WAO aan de orde. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen persoonlijke factoren (paragraaf 3.1), werkkenmerken (paragraaf 3.2) en maatschappelijke ontwikkelingen (paragraaf 3.3).

3.1 Persoonlijke factoren

Persoonsgebonden factoren die de WAO-instroom bevorderen zijn te zoeken in de gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen. Er zijn duidelijke verschillen tussen soorten aandoeningen die mannen en vrouwen hebben; het gaat niet zo zeer om méér maar om andere aandoeningen. Bovendien blijkt er een relatie te bestaan tussen het type arbeid en gezondheidsklachten. Een goed voorbeeld daarvan zijn veel voorkomende klachten aan het bewegingsapparaat bij medewerkers werkzaam in de schoonmaakbranche.

Een aantal gezondheidsverschillen op een rij:

- Vrouwen hebben ziekten die samenhangen met de zwangerschap en de bevalling.
- Er zijn typische 'vrouwenziekten' (die minstens twee keer zo veel voorkomen bij vrouwen dan bij mannen) zoals osteoporose, urineweginfecties, schildklierfunctiestoornissen, bloedarmoede en migraine.
- Typische 'vrouwenklachten' zijn depressie, angst, hoofdpijn, hyperventilatie, fobieën en slaapstoornissen.
- Bij vrouwen wordt vaker de diagnose van een neurose en ook geven zij aan meer last van te ondervinden gevolgen van fysiek en seksueel geweld.
- Bij sociale problemen gaat het bij vrouwen vooral om gezins- en relatieproblemen.
- Vrouwen ervaren vaker acute klachten, hetgeen deels de hogere ziekmeldingsfrequentie verklaart.
- Vrouwen ervaren vaker psychosociale problemen en komen daarmee ook vaker bij de huisarts.

Ten aanzien van fysieke klachten hebben mannen relatief meer:

- Chronische aandoeningen zoals aderverkalking, longemfyseem en letsels zoals botbreuken.
- Aandoeningen als gevolg van een combinatie van alcoholgebruik en autorijden.
- Longkanker, liesbreuk, aandoeningen van luchtwegen en hart- en vaatziekten.
- Ten aanzien van psychische klachten hebben mannen meer last van verslaving aan alcohol en drugs en problemen op het werk.

Bij persoonsgebonden kenmerken kan ook gedacht worden aan de invloed van leeftijd, opleidingsniveau, kostwinnerschap, deeltijdbaan, sekse en de manier van omgaan met de aandoening. Onderzoek van het Lisv (Lisv, januari 2000) laat zien dat vrouwen gevoeliger zijn voor bepaalde werkomstandigheden, bijvoorbeeld een slechte werksfeer en geen plezier hebben in het werk (zie ook paragraaf 3.2).

Mannen en vrouwen hebben wel verschillende beweegredenen om na een langdurige ziekte weer aan het werk te gaan; zij hebben een andere arbeidsoriëntatie. Bij mannen gaat het vooral om de vanzelfsprekende plaats die het werk in hun leven inneemt: "het hoort zo, ze zijn kostwinner en ze kunnen zich een leven zonder werk niet voorstellen". Bij vrouwen spelen juist sociale redenen weer te gaan werken een rol: werken voorziet in de behoefte aan sociaal contact, het voorkomt een sociaal isolement en wordt beschouwd als een volwaardige manier om aan de samenleving deel te nemen.

Om goed te kunnen functioneren moeten vrouwen zich op drie terreinen competent voelen. Het gaat hier om waargenomen competenties:

- ten opzichte van zorgtaken;
- als werknemer;
- ten aanzien van het combineren van taken (Het kunnen combineren van taken hangt nauw samen met de mogelijkheden om het werkrooster aan te passen en de partner in te schakelen).

Mannen voelen zich vaak competentier dan vrouwen, met name op het academische vlak en in traditionele mannenberoepen. Het zelfbeeld van mannen komt vooral onder druk te staan wanneer zij arbeidsproblemen hebben. Vervolgens beïnvloeden competentiegevoelens de gedragingen ten aanzien van ziekte en herstel, dat wil zeggen meer inspanningen van werkgevers en bedrijfsartsen en een eerder hervatten van het werk ondanks klachten.

Bij vrouwen worden vrees en onzekerheid vaak opgevat als een verminderde werkwens, terwijl het juist gaat om de angst niet te voldoen aan de drie bovengenoemde competentiegebieden. De (foutieve) inschatting van een verminderde werkwens leidt tot verminderde inspanningen van werkgevers en bedrijfsartsen en houden vervolgens de gezondheidsklachten bij vrouwen in stand.

Op het vlak van persoonlijke factoren zijn mannen en vrouwen dus wel degelijk anders. Vrouwen hebben andere aandoeningen en beleven het arbeidsproces op een andere manier dan mannen. Dit betekent dat zij om andere persoonlijke redenen in de WAO terechtkomen en ook om andere redenen weer aan het werk gaan.

3.2 Werkkenmerken

Een zeer belangrijke verklaringsgrond voor het hogere WAO-risico van vrouwen vormen de arbeidscondities en arbeidsverhoudingen. Dit is echter

analytisch een ingewikkeld probleem. Vrouwen werken namelijk in andere sectoren en in andere beroepen dan mannen. De risicosectoren voor arbeidsongeschiktheid zijn de uitzendbranche, de schoonmaakbranche en de zorgsector. In deze sectoren heeft de werkgever een moeilijker zicht op de arbeidsomstandigheden en zijn er veel vrouwen en laaggeschoolden werkzaam.

Als mannen en vrouwen al in dezelfde sector of in hetzelfde beroep werkzaam zijn, dan werken vrouwen minder vaak als leidinggevende, op een lager functieniveau, tegen een lager salaris en/of in deeltijd. In het algemeen is de positie van vrouwen op de arbeidsmarkt ongunstiger dan die van mannen.

Door deze omstandigheden hebben vrouwen in hun werk – vaker dan mannen – te maken met risicofactoren voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De bij vrouwen vaker voorkomende factoren zijn:

- hogere werkdruk
- minder regelmatigheden
- minder ontplooiingsmogelijkheden
- slechtere beloning
- slechtere promotiemogelijkheden
- werken in de gezondheidszorg.

Deze factoren nemen ruim eenderde van het verschil in arbeidsongeschiktheidsrisico's tussen mannen en vrouwen voor hun rekening.

Een aantal factoren betekenen voor vrouwen een hoger risico dan voor mannen, de zogenaamde seksespecifieke risicofactoren:

- geen plezier in het werk;
- veel fysiek werk;
- slechte werksfeer;
- seksuele intimidatie. (vrouwen die hiermee geconfronteerd worden verzuimen zeventien dagen op jaarbasis meer dan vrouwen zonder deze ervaring)

Ook de houding van de werkgever is van belang:

- Toewijzing van taken: hierbij maakt de werkgever een sekse-onderscheid dat vrijwel altijd in het nadeel van vrouwen uitvalt.
- De 'macht van de dubbele moraal': mannen en vrouwen zouden in hun identiteit van werknemer anders waargenomen en gewaardeerd worden. Ook hun activiteiten worden verschillend waargenomen en gewaardeerd, waarbij de tolerantie voor fouten in het werk is groter ten opzichte van mannen.
- Het kostwinnersyndroom: parttime werkende vrouwen worden minder serieus genomen en hebben daardoor minder kansen om hoger op te komen. Organisaties investeren meer in mannen, wat een impliciete positieve discriminatie van mannen is.

Vrouwen wachten vaak langer dan mannen met het hervatten van werk tot zij volledig zijn hersteld. Dit heeft echter gedeeltelijk te maken met de aard

van het werk en met de opvattingen van vooral bedrijfsartsen en werkgevers. Het soort werk van vrouwen is volgens de betrokkenen vaak alleen mogelijk bij een optimale gezondheid. Dit geldt bijvoorbeeld voor een groot aantal werkzaamheden in de gezondheidszorg. Een kwart van de werkende vrouwen is werkzaam in deze branche; een sector waar het ziekteverzuim en de instroom in de WAO hoog is. Daarbij is de 'vervangbaarheid' van het werk van vrouwen groter dan van het werk van mannen; het belang van hun terugkeer wordt voor vrouwen minder groot geacht. Dit betekent dat de inspanningen ten behoeve van werkhervatting en reïntegratie minder goed slagen.

Op basis van de beschikbare onderzoeksresultaten kan worden geconcludeerd dat de arbeidsomstandigheden van invloed zijn op het arbeidsongeschiktheidsrisico, maar dat dit het verschil tussen mannen en vrouwen slechts ten dele verklaart (ongeveer vijftig procent).

3.3 Maatschappelijke ontwikkelingen

Nederland kent internationaal gezien twee uitzonderingsposities die van belang kunnen zijn bij het verklaren van de verschillen tussen vrouwen en mannen in de WAO-instroom. Dit is het WAO-probleem 'ansich' en het late en misschien wel beperkte arbeidsmarktbeleid. In het eerste geval wordt verondersteld dat alle kenmerken die de toegang tot de WAO relatief gemakkelijk lijken te maken, specifiek voor vrouwen tot additionele instroomkansen leiden. De tweede suggestie suggereert dat Nederland wat betreft de positie van vrouwen op de arbeidsmarkt achterloopt (lagere functies, slechter betaald, etc).

Scholing heeft niet geleid tot economische gelijkheid van mannen en vrouwen, tot gelijke kansen op de arbeidsmarkt (terwijl meisjes beter presteren in het onderwijs dan jongens), tot een gelijke verdeling van zorg en andere onbetaalde taken binnenshuis en evenmin tot een vermindering van gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen. Zo waarderen werkgevers mannen en vrouwen niet om dezelfde redenen: vrouwen worden vooral gewaardeerd om hun aanwezigheid en loyaliteit, terwijl mannen doorgaans gewaardeerd worden om specifieke deskundigheden.

De Nederlandse samenleving heeft de overgang van het 'kostwinnersmodel' naar het tweeverdienermodel zeer snel gemaakt.

Werkgevers, bedrijfsartsen en vrouwen zelf zitten nog te veel vast aan het oude rollenpatroon. Een arts zegt tegen een vrouw eerder dat ze nog maar even thuis moet blijven omdat ze ook een gezin heeft, dan tegen een man. Volgens onderzoek van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Besseling e.a., juni 2002) is in het algemeen de privé-omgeving van verzuimende vrouwen iets minder positief over de werkhervatting dan de privé-omgeving van verzuimende mannen; verzuimende vrouwen hebben een minder stimulerende partner dan verzuimende mannen.

Vrouwen worden nog altijd gezien als de flexibele arbeidsreserve van Nederland. Dat vertaalt zich naar minder inspanningen door artsen, werkgevers, partners en de sociale omgeving. Mannen daarentegen verlenen hun status en aanzien in belangrijke mate aan het (fulltime) werk dat zij verrichten. Niet-werken is alleen acceptabel als hiervoor een legitieme reden te geven is. De vanzelfsprekendheid van het hebben van een inkomen is voor mannen groter dan voor vrouwen. Mannen zijn daarom ook meer geprikkeld om activiteiten tot werkhervatting te ondernemen. Voor (lager opgeleide) vrouwen neemt – volgens deze hypothese – het verrichten van betaalde arbeid in toenemende mate een belangrijke plaats in hun leven in, maar het is minder bepalend voor hun status en aanzien. Niet- of parttime werken wordt in onze maatschappij voor legitiem gezien en in sommige kringen zelfs aangemoedigd.

Het feit dat vrouwen minder carrièremogelijkheden hebben, is natuurlijk onvoldoende reden voor WAO-intrede. Hetzelfde geldt voor een slechte werksfeer; de eenvoudigste mogelijkheid om daaraan te ontsnappen, is het wisselen van baan. Er zijn dus blijkbaar achterliggende factoren die de WAO-instroom sterk bepalen.

4 Begeleiding tijdens de ziekteperiode en de WAO

Naast de verschillende factoren die het verzuim kunnen beïnvloeden, speelt ook de verzuimbegeleiding, in het eerste of tweede ziektejaar, een belangrijke rol bij de WAO-instroom van vrouwen. In dit hoofdstuk komt de begeleiding tijdens de ziekteperiode en de WAO aan bod.

Tijdens (langdurig) verzuim krijgen zieke medewerkers met verschillende partijen te maken. Binnen een aantal weken na de ziekmelding hebben de meeste werknemers al contact met een bedrijfsarts. Maar ook de werkgever speelt een belangrijke rol tijdens de verzuimbegeleiding van zieke werknemers. Bij langdurig verzuim komt na verloop van tijd ook de verzekeringsarts in beeld.

In paragraaf 4.1 wordt aandacht besteed aan de houding van vrouwen tijdens hun ziekteperiode zoals dat naar voren komt uit empirisch onderzoek. De gegevens in de paragrafen 4.1 tot en met 4.4 zijn gebaseerd op onderzoeken van het Lisv (Lisv, september 2001) en TNO Arbeid (Vinke e.a., januari 1999).

4.1 Vrouwen

De verschillen in houding van mannen en vrouwen tijdens de ziekteperiode is van invloed op de reïntegratie. Uit onderzoek van het TNO Arbeid komen de volgende punten naar voren:

- Vrouwen ervaren meer beperkingen dan mannen en wachten daarbij langer op herstel voordat ze weer aan het werk gaan (mannen gaan na een kleine verbetering alweer aan het werk).
- Mannen hebben, meer dan vrouwen, zelf ideeën over mogelijke aanpassingen van hun werk. Bij mannen blijken de eigen ideeën ook vaker gerealiseerd te worden.
- De aard van het zoek- en activiteitengedrag is anders. Mannen proberen vaker een eigen bedrijf te starten, zoeken vaker via het GAK naar betaald werk, doen vaker een beroepskeuzetest, volgen vaker een opleiding of cursus en schrijven zich vaker in bij een uitzendbureau. Vrouwen schrijven meer sollicitatiebrieven.
- Vrouwen jonger dan 53 jaar zoeken minder intensief dan mannen van dezelfde leeftijdsgroep.
- Vrouwen jonger dan 53 jaar wensen in mindere mate terug te keren in het arbeidsproces dan mannen van dezelfde leeftijd. Dit hangt samen met de vrees zorgtaken en werk niet te kunnen combineren, een minder gevoelde verantwoordelijkheid voor de financiën en een geringere stimulans vanuit de omgeving om weer aan het werk te gaan.
- Vrouwen jonger dan 53 jaar geven vaker aan geen hulp te hebben gehad van de werkgever en de bedrijfsarts bij de reïntegratie naar ander werk.
- Verzuimende vrouwen zijn actiever bezig met het herstel van de gezondheid dan verzuimende mannen.

Samenvattend komt het erop neer dat vrouwen onder de 53 jaar en met een gedeeltelijke WAO-uitkering minder vaak wensen terug te keren in het arbeidsproces. Dit hangt significant samen met de vrees dat zij arbeid en zorgtaken niet te kunnen combineren, een minder financiële verantwoordelijkheid voor het gezin en een geringere stimulans van de omgeving om weer een baan te zoeken. Voor de groep jonger dan 53 jaar zijn de daadwerkelijke zoekactiviteiten van vrouwen significant geringer dan van mannen.

4.2 Werkgevers

De werkgever speelt een belangrijke rol bij de reïntegratie van zijn werknemers:

- Werkgevers van vrouwen zien in het algemeen weinig mogelijkheden om het werk bij hervatting stapsgewijs op te bouwen.
- Van de werkgevers van mannen blijkt driekwart positief over de inzet van de werknemer voor de werkhervatting, van de werkgevers van vrouwen is slechts de helft positief.
- Werkgevers van mannen missen hun werknemer meer dan werkgevers van vrouwen.
- Vrouwen worden meer betaald vervangen.
- Mannen worden gemist om hun werkkwaliteiten, vrouwen omdat hun werkgever meer zelf moet doen en hij dat vervelend vindt.
- REA-werkgevers voorzieningen worden veel vaker ingezet voor mannen dan voor vrouwen. Van de werkgeversvoorzieningen wordt 67 procent gebruikt voor de reïntegratie van mannen. Mannen worden tweemaal zoveel geplaast met behulp van REA-instrumenten.

Wat betreft de ziekteperiode bestaat de suggestie dat hierbij sprake is van ongelijke begeleiding. Werkgevers schijnen iets onverschilliger te staan ten opzichte van hun vrouwelijke werknemers en de motivatie van mannelijke medewerkers meer te waarderen (deze suggestie berust op een klein aantal onderzoeken, bij een beperkte groep mensen). Overigens wordt de rol van de werkgever als het meest belangrijk gezien, gevolgd door die van de bedrijfsarts. Dit behoeft enige nuancering: deze zaken hangen ongetwijfeld samen met de gemiddeld lagere bedrijfsinterne arbeidsmarktpositie van vrouwen en met de verschillen in sectoren (zie ook paragraaf 3.2).

4.3 Bedrijfsartsen

De bedrijfsarts is veelal de eerste begeleider die de werknemer tegenkomt. Zoals hierboven beschreven, blijken vrouwen meer beperkingen te ervaren dan mannen en wachten daarbij langer op herstel voordat ze weer aan het werk gaan. De bedrijfsartsen van verzuimende vrouwen gaan hierin mee. Voor een deel heeft dit te maken met het feit dat de aard van het werk (bijvoorbeeld in de schoonmaakbranche) alleen mogelijk is bij een optimale gezondheid. Maar er zijn nog meer verschillen:

- Bedrijfsartsen hebben bij mannelijke werknemers meer behoefte aan medische informatie, bij vrouwelijke werknemers aan persoonlijke informatie.
- Bedrijfsartsen verwachten bij een positieve werkhouding (werknemer wil graag weer aan het werk) een korter verzuim. Uit de literatuurstudie komt ook naar voren dat mannelijke werknemers een positievere werkhouding vertonen, dit kan betekenen dat er een indirect onderscheid gemaakt wordt naar sekse bij de inschatting van de verwachte verzuimduur.
- In het onderzoek geven bedrijfsartsen aan bij vrouwelijke werknemers meer werkgerichte interventies te willen plegen (in tegenstelling tot de bevindingen in de literatuur).
- Mannelijke bedrijfsartsen schatten het belang van de werknemer bij reïntegratie significant hoger in voor mannelijke werknemers. Oudere bedrijfsartsen schatten het belang van de reïntegratie vooral hoger in voor vrouwelijke werknemers.
- Mannelijke bedrijfsartsen menen vaker dat vrouwelijke werknemers niet bij een andere werkgever aan de slag kunnen.
- De begeleiding van jongere mannen en vrouwen verschilt meer dan die van oudere mannen en vrouwen (leeftijdsgrens 45/53 jaar). Bij jonge vrouwen voeren bedrijfsartsen minder overleg met de werkgever dan bij jonge mannen.
- Vrouwen die na hun zwangerschaps- en bevallingsverlof wegens ziekte niet aan het werk gaan, lijken niet geactiveerd te worden om het werk te hervatten.
- Bedrijfsartsen beschouwen vrouwen vaker als passief ten aanzien van de werkhervatting dan mannen. Hun hervattingsgedrag wordt door verzekeringsartsen iets minder adequaat gevonden. Er zijn aanwijzingen dat een passieve man juist wél geaccepteerd en gestimuleerd wordt om weer aan het werk te komen, terwijl dit bij een passieve vrouw niet gebeurt. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen lijken zich neer te leggen bij de passievere houding van vrouwen en de actievere houding van mannen. Zij treden daar nauwelijks sturend en activerend in op.
- Bedrijfsartsen ondernemen voor mannen meer activiteiten richting de werkgever: ze overleggen vaker over de mogelijkheden om het werk aan te passen of om ander werk te laten doen.
- Bedrijfsartsen gaan veelal uit van een standaard thuissituatie van vrouwen, namelijk een vrouw met kinderen die geen kostwinner is. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen geven vaker aan dat vrouwen in staat moeten zijn om hun eigen huishouden te doen alvorens ze aan het werk gaan. Hiermee wordt een drempel voor werkhervatting opgeworpen die misschien hoger is dan nodig is.

Behalve een klein aantal direct aan de sekse gerelateerde verschillen, is een groter aantal verschillen in verzuimbegeleiding indirect gerelateerd aan:

- arbeidsoriëntatie (mannen hebben een positievere arbeidsoriëntatie);
- de omvang van de aanstelling (mannen werken vaker fulltime: aan fulltimers wordt meer tijd besteed en het belang van reïntegratie wordt groter ingeschat);

- het soort beroep;
- de soort aandoening (bij bewegingsapparaat wordt verzuimduur lager ingeschat).

Bedrijfsartsen vertonen sekse-specifiek gedrag en hebben sekse-specifieke verwachtingen wat betreft hun cliënten. Het gaat om een complexe en subtiele interactie tussen de werknemer en de bedrijfsarts, die indirect bijdraagt aan de geringere reïntegratie van vrouwen. (zie ook hoofdstuk 3)

4.4 Verzekeringsartsen

Waar de literatuur vroeger wees op verschillen in behandeling door professionals van de UVI's, is dit vermoeden door nader onderzoek en door verdergaande WAO-regelgeving op de achtergrond geraakt. Wel is er een verschil in aanvraag en de soort van voorzieningen. Uit de gemiddelde hoogte van de WAO-indeling wordt duidelijk dat vrouwen door de UWV blijvend ongezonder worden ingeschat dan mannen.

4.5 Verzuimbegeleiding door andere disciplines binnen de arbodienst

Opvallend is dat er geen onderzoeksgegevens beschikbaar zijn over de rol van andere disciplines bij de begeleiding van zieke vrouwen in het voortraject richting WAO. Te denken valt onder andere aan begeleiding door bedrijfsmaatschappelijk werkers, bedrijfsverpleegkundigen, verzuimbegeleiders en arbeids- en organisatiedeskundigen.

5 Wat zeggen de vrouwen zelf

Er is veel wetenschappelijk onderzoek verricht naar het onderwerp vrouwen en WAO; in dit rapport wordt hieruit veelvuldig geciteerd. Daarnaast zijn er ook kleinschalige onderzoeken geweest, vaak gecombineerd met interviews en andere bijeenkomsten, waarbij vrouwen zelf aan het woord komen. Deze rapporten geven enig zicht in de ervaringen van de vrouwen zelf. Enkele bevindingen worden hierna beschreven.

5.1 Preventie

Op regionale bijeenkomsten over vrouwen en arbeidsongeschiktheid, georganiseerd door het FNV, kwam naar voren dat er slecht wordt geluisterd naar signalen die vrouwen geven op het moment dat het niet goed met ze gaat. Bijvoorbeeld problemen bij werknemers die zorgtaken hebben (kinderen, zieke familieleden). De leidinggevende en de bedrijfsarts komen pas in actie als iemand zich heeft ziek gemeld.

De bedrijfscultuur in veel bedrijven gaat nog steeds uit van een fulltime werkende medewerker, zonder zorgtaken. Er wordt te gemakkelijk vanuit gegaan dat parttimers in hun vrije tijd scholing volgen of vergaderingen bijwonen. Bij het maken van werkroosters wordt te weinig rekening gehouden met de privé-situatie en zorgtaken van werknemers.

5.2 Verzuim

Vrouwen geven aan dat zij door hun omgeving, artsen of werkgever onder druk zijn gezet om minder te gaan werken of maar helemaal te stoppen. Als vrouwen na een ziekteperiode eerst in deeltijd weer aan de slag willen, worden ze tegengewerkt door de werkgever of wordt hen aangeraden gedeeltelijk ontslag te nemen.

In een onderzoek van Astri (Molenaar-Cox e.a., augustus 2001) worden deze bevindingen gestaafd met cijfers: tien procent van de werkende vrouwen in de onderzoeksgroep is op eigen kosten minder gaan werken. Eén op de vijf vrouwen wordt door de arbodienst of verzekeringsinstelling geadviseerd minder te gaan werken.

5.3 Reïntegratie

Veel vrouwen (38 procent) vinden dat zowel de arbodienst als de uitvoeringsinstelling meer hadden kunnen doen om terugkeer naar het werk mogelijk te maken. Hiervan geeft 42 procent aan dat niet is nagegaan of het werk aangepast kan worden of dat ander werk mogelijk is. Meer dan de helft van de ondervraagde vrouwen in het onderzoek van Verwey Jonker Instituut (Overgaag e.a., maart 2002) heeft geen begeleiding aangeboden gekregen.

De vrouwen geven zelf als aanbevelingen aan dat:

- bedrijfsartsen meer tijd moeten nemen voor het voeren van gesprekken;
- bedrijfsartsen beter moeten luisteren;
- er meer continuïteit moet zijn (minder wisseling van artsen);
- er meer informatie gegeven moet worden over welke hulp de arbodienst kan bieden bij herstel en reïntegratie;
- de hulp eerder geboden moet worden.

Deze aanbevelingen geven aan dat vrouwen een goede relatie met de bedrijfsarts belangrijk vinden. Mogelijk hechten vrouwen hier meer belang aan dan mannen. Daarnaast blijkt uit de literatuur dat vrouwen zich tijdens hun reïntegratie passiever opstellen dan mannen. Het geven van duidelijke informatie over de hulp die de arbodienst kan bieden, wordt door vrouwen op prijs gesteld en kan hen mogelijk motiveren en activeren.

Uit gesprekken die het LOV (Landelijk Overleg Vrouwen en Arbeidsongeschiktheid) heeft gevoerd, komt naar voren dat verzuimende vrouwen nauwelijks worden betrokken bij het maken van reïntegratieplannen. Er wordt niet overlegd over werkhervattingsmogelijkheden en oorzaken van verzuim. Van de ondervraagde vrouwen in het onderzoek van het Verwey Jonker Instituut (Overgaag e.a., maart 2002) is 65 procent van mening dat er door de werkgever onvoldoende inspanningen worden gepleegd tijdens de reïntegratie.

Met de invoering van de Wet Verbetering Poortwachter worden de werkgever en de werknemer verplicht een gezamenlijk plan van aanpak op te stellen, naar aanleiding van de probleemanalyse van de bedrijfsarts. Deze verplichting biedt, mits goed uitgevoerd, volop mogelijkheden om zowel de werkgevers als de vrouwen actiever bij hun reïntegratie te betrekken.

6 Conclusies

1. In Nederland is de WAO-instroom van vrouwen hoger dan de instroom van mannen. De hogere instroom is voor een deel te verklaren door de versnelde arbeidsparticipatie van vrouwen van de laatste jaren. Steeds meer vrouwen nemen deel aan het arbeidsproces en blijven in het arbeidsproces.
2. Er is een verschil in begeleiding van vrouwen en mannen bij langdurig verzuim en reïntegratie.
3. De oorzaken van verzuim en de hoge WAO-instroom van vrouwen liggen op diverse niveaus: micro- (persoonlijk), meso- (werk en arbodienst) en macroniveau (overheid), en zijn daardoor zeer complex.
4. Spontaan herstel bij vrouwen is relatief hoger dan bij mannen. Vrouwen besluiten zelf om minder te gaan werken of te stoppen met hun werk, waardoor zij niet in de WAO terecht komen. Dit flatteert mogelijk in zekere zin nog de cijfers van de WAO-instroom.
5. Er is geen algemeen beeld van de 'werkende vrouw' te geven; er bestaan verschillen tussen vrouwen die parttime of fulltime werken, allochtoon of autochtoon zijn, jonger of ouder zijn, lager- of hooggeschoold, alleenstaand of gehuwd, wel of geen kinderen hebben.
6. Arbodiensten hebben te weinig kennis over specifieke kenmerken van de reïntegratie van vrouwen en de branches waarin veel vrouwen werkzaam zijn.
7. Onderzoek heeft zich tot nu toe beperkt tot het functioneren van bedrijfsartsen bij de reïntegratiebegeleiding van vrouwen. Andere arboprofessionals zijn hierbij nog buiten beeld gebleven.
8. Een klein aantal branches is verantwoordelijk voor een groot deel van de instroom van vrouwen in de WAO. Veel vrouwen zijn werkzaam in deze zogenaamde risicovolle sectoren zoals de zorg-, schoonmaak- en uitzendbranche.
9. Vrouwen hebben vaak te maken met slechtere werkkenmerken, zoals lage beloning, weinig regelmogelijkheden, laaggeschoolde arbeid. Een slechte werksfeer en weinig plezier in het werk blijken voor vrouwen meer belastend te zijn dan voor mannen.
10. De wetgeving op het gebied van reïntegratie (bijvoorbeeld REA) wijzigt snel en is niet toegespitst op kenmerken van vrouwen, waaronder parttime werken, afstemming zorgtaken en werkroosters.

11. De Nederlandse maatschappij is nog steeds gericht op het traditionele rollenpatroon. Dit patroon werkt niet alleen door in de omgeving van de vrouw, maar ook in de houding van de vrouw zelf, de werkgever en de arbodienst. Alle partijen nemen een passieve houding aan als het gaat om reïntegratie. Deze houding kan dan ook onnodige vertraging opleveren.

De Kenniskring concludeert, dat er onvoldoende kennis van specifieke kenmerken van langdurig zieke vrouwen aanwezig is bij vrouwen zelf, de werkgever, de arboprofessionals en de overheid. De begeleiding vindt hierdoor niet adequaat genoeg plaats en daardoor belanden veel vrouwen onnodig in de WAO. Deze onderkenning geeft aan dat er maatregelen genomen moeten worden.

7 Aanbevelingen algemeen

7.1 Micro

7.1.1 Preventie

De werkende vrouw dient zich ten aanzien van langdurig verzuim meer bewust te zijn van sectorgebonden risico's (aantrekkelijk werk en werksfeer). Bewustwording van deze risico's bevordert gezond gedrag. De werknemer moet op de hoogte zijn van de mogelijkheid om tijdig een arbeidsomstandighedensprekkuur van de arbodienst te bezoeken. De werkgever dient de werknemer hierover te informeren.

7.1.2 Verzuim

- Van de vrouw wordt verwacht dat er meer gekeken wordt naar de mogelijkheden om te kunnen werken in plaats van de onmogelijkheden.
- Arboprofessionals die spreekuur houden dienen adequaat op de hoogte te zijn van typische vrouwenklachten in relatie tot het werk of de branche.
- Arboprofessionals dienen kennis te hebben van adequaat doorverwijzen naar de juiste instantie.

7.1.3 Reïntegratie

De rol van de zieke werkneemster zal meer pro-actief moeten zijn en minder afwachtend. Zij zal zelf meer moeten meedenken op welke wijze herstel kan plaatsvinden. Zowel de werkgever als de arboprofessionals moeten de werkneemster meer stimuleren tot een actief gedrag, bijvoorbeeld door het demedicaliseren van de klachten.

7.2 Meso

7.2.1 Preventie

- In bedrijven wordt te weinig aandacht besteed aan preventie van ziekteverzuim. Het regelmatig uitvoeren van een RI&E heeft een preventieve invloed op ziekteverzuim omdat de risico's in het bedrijf regelmatig worden geïnventariseerd en worden aangepakt.
- Alle organisaties dienen te beschikken over een adequaat verzuimbeleid. Het formuleren en implementeren van een goed verzuimbeleid (personeelsbeleid, CAO) werkt preventief in iedere organisatie.
- Het is bekend dat een open cultuur (communicatie, veiligheid, vertrouwen) een positieve invloed heeft op de werksfeer, hetgeen bijdraagt aan het voorkomen van langdurig verzuim. Aanbevolen wordt het bevorderen van een open cultuur waarin oorzaken van verzuim open kunnen worden besproken.
- Er zullen voorlichtingsmomenten georganiseerd moeten worden voor arboprofessionals van arbodiensten om meer deskundig te worden in het begeleiden van vrouwen bij ziekte.

- De arboprofessionals dienen meer specifieke kennis te hebben ten aanzien van bijvoorbeeld allochtone medewerkers en hoger of lager geschoolde medewerkers. De slogan 'Arboprofessionals ken uw klant' geldt tevens voor de kennis over branches waarin veel vrouwen werken.

7.2.2 *Verzuim*

Uit onderzoek komt naar voren dat het langdurig ziekteverzuim hoog is in branches waar veel vrouwen werkzaam zijn. Indien in specifieke sectoren werkelijk sprake is van veel en langdurig verzuim zal er onderzoek gedaan moeten worden naar de oorzaken en zal er een haalbaar plan van aanpak opgesteld moeten worden.

Bij het terugdringen van langdurig verzuim spelen leidinggevenden een grote rol. Zij dienen zich ervan bewust te zijn dat hun stijl van leidinggeven van invloed is op de werksfeer en daardoor op de mate van verzuim.

Leidinggevenden kunnen hierin getraind worden.

7.2.3 *Reïntegratie*

- Organisaties zullen meer en creatievere mogelijkheden moeten bieden om reïntegratie mogelijk te maken. Hierbij is te denken aan aangepaste werkroosters en het bieden van buitengewoon verlof.
- Organisaties zullen of zelf meer reïntegratiebudgetten moeten reserveren of zich aansluiten bij een verzekeringsmaatschappij.
- De opleiding van bedrijfsartsen, maar ook van andere arboprofessionals, moet beter ingaan op het vraagstuk van de reïntegratie van langdurig zieke vrouwen.

7.3 **Macro**

7.3.1 *Preventie*

- In bepaalde sectoren (zorg, schoonmaak en uitzendbranche) zal periodieke voorlichting gegeven moeten worden over specifieke risico's ten aanzien van langdurig verzuim.
- De vakbonden dienen zich intensief te buigen over de specifieke uitval risico's en de CAO zodanig aan te passen dat langdurig verzuim beperkt kan worden.

7.3.2 *Verzuim/reïntegratie*

- Wetten zouden nauwkeuriger aangepast moeten worden aan de specifieke kenmerken van werkende vrouwen die langdurig verzuimen of in de WAO zitten. De overheid moet bij het vormen van wetten rekening houden met deze kenmerken. Er dient tevens gekeken te worden naar de specifieke omstandigheden waarin vrouwen werken (branches, tijden, grootte van dienstverband).
- Regelmatige wijzigingen in wetten werken vertragend in de uitvoering van de wet. Consistentie inzake reïntegratiebeleid van de overheid is dus aan te bevelen.

De Kenniskring is van mening dat er op diverse niveaus maatregelen genomen moeten worden op het gebied van bewustwording en

kennisbevordering als het gaat om vrouwen en reïntegratie. Dit kan gerealiseerd worden door het geven van voorlichting en trainingen en het bijstellen van beleid (overheid, arbodiensten, werkgevers en werknemers). Gezien de complexiteit van het onderwerp is het bij het nemen van maatregelen belangrijk te kiezen voor een integrale aanpak. Op die manier kan de instroom van vrouwen in de WAO worden beperkt.

8 Aanbevelingen aan STECR

Bij het formuleren van aanbevelingen aan STECR zijn we uitgegaan van de volgende uitgangspunten:

- a) STECR inventariseert, bundelt en presenteert kennis en ervaring op het gebied van arbeidsreïntegratie en maakt daarbij gebruik van verschillende media, publicaties en werkvormen;
- b) STECR kan aanbevelingen doen aan relevante actoren op het gebied van arbeid en gezondheid in het algemeen en arbeidsreïntegratie in het bijzonder.

Op basis van deze uitgangspunten zijn de onderstaande aanbevelingen geformuleerd.

8.1 Kennis inventariseren

STECR kan een aanvullende literatuurstudie laten verrichten die gericht is op de specifieke knelpunten rond arbeidsongeschiktheid die bepaalde categorieën vrouwen ervaren, bijvoorbeeld de hoger en lager geschoolde vrouwen en allochtone vrouwen. Naar onze indruk bestaan er publicaties en is er literatuur over dit onderwerp, maar het ontbrak ons aan tijd ons hierin verder te verdiepen.

Verder zijn er naar onze mening ook specifieke kenmerken c.q. knelpunten ten aanzien van vrouwen die parttime werken, vrouwen die naast hun werk een zorgtaak vervullen (familie), alleenstaande vrouwen en vrouwen in verschillende levensfasen (bijvoorbeeld de periode na de zwangerschap en oudere vrouwen).

8.2 Kennis overdragen

- Specifieke kennis over vrouwen en reïntegratie kan worden overgedragen via bijeenkomsten, georganiseerd door STECR, voor arbodienst medewerkers en werkgevers uit de genoemde sectoren. Het gaat om het bijstellen van deskundigheid in de advisering en begeleiding door arbodiensten in de preventieve en curatieve zin. Bijvoorbeeld: in de betreffende sectoren en hun organisaties door A&O-deskundigen (beleid en management coaching), advisering door artsen en verzuimconsulenten, begeleiding door psychologen en bedrijfsmaatschappelijk werkers.
- Tijdens de te organiseren bijeenkomsten dienen werkgevers suggesties aangereikt te krijgen hoe zij een doelbewuster personeelsbeleid kunnen voeren.
- De bijeenkomsten hebben als doel het overdragen van kennis, bewustwording, inzichten verschaffen en concrete handvatten geven.

8.3 Aanbevelingen

- STECR kan een Assistent voor werkgevers en arbodiensten ontwikkelen met als doel kennisoverdracht en bewustwording van de problematiek rond vrouwen in de WAO.
- STECR kan de bestaande opleidingen aanbevelen voor bijvoorbeeld bedrijfsartsen, A&O-deskundigen, psychologen, bedrijfsmaatschappelijk werk, die extra aandacht geven aan specifieke kenmerken van categorieën vrouwen werkzaam in bepaalde sectoren.
- STECR kan met relevante partners een cursus ontwikkelen die speciaal gericht is op de genoemde categorieën werkende vrouwen in sectoren waar veel vrouwen werken. Dit ter voorkoming van langdurig uitval van vrouwen.
- STECR en BOA kunnen de vakbonden aanbevelen nog eens extra te letten op kenmerken van vrouwen die werkzaam zijn in bepaalde sectoren waar veel vrouwen werken (zie ook de algemene aanbevelingen).
- STECR en BOA kunnen de overheidsinstellingen aanbevelen nauwkeuriger op te letten bij het aanpassen van wetten zodat deze ook van toepassing zijn op bijzondere categorieën vrouwen in bepaalde sectoren (zie ook de algemene aanbevelingen).

Tot slot, al deze aanbevelingen hebben de intentie de instroom van vrouwen in de WAO terug te dringen.

9 Samenvatting

In totaal telt Nederland 799.564 mensen met een volledige of gedeeltelijke WAO-uitkering. Er zitten momenteel meer mannen in de WAO dan vrouwen, maar het aantal arbeidsongeschikten mannen blijft stabiel, terwijl het aantal arbeidsongeschikte vrouwen blijft stijgen.

Van de werkende beroepsbevolking is 42 procent vrouw. Het percentage vrouwen dat in het eerste halfjaar van 2002 een WAO-uitkering ontving ligt op 45 procent. Het aantal instromende vrouwen in de WAO lag in 2002 op 55 procent. De uitstroom van vrouwen lag op 45 procent.

Vrouwen hebben ten opzichte van mannen anderhalf keer zoveel kans om in de WAO terecht te komen, en tegelijkertijd ook een grotere kans deze uitkering weer te verliezen. Een aantal feiten op een rij:

- Arbeidsongeschikte vrouwen zijn gemiddeld jonger en hebben een hoger arbeidsongeschiktheidspercentage dan mannen.
- De WAO-uitstroom wordt bij vrouwen vooral veroorzaakt door spontaan herstel, herkeuring en uittreding uit het arbeidsproces, bij mannen wordt de uitstroom vaker veroorzaakt door pensioen.
- Vrouwen hervatten minder vaak het werk bij de oude werkgever.
- Wanneer vrouwen uit de WAO stromen, komen ze vaak zonder werk te zitten.
- Sector- en UWV-kenmerken zijn hierbij belangrijk. Met name de gezondheidszorg, waar overwegend vrouwen werken, kent een hoog WAO-risico.

Persoonsgebonden factoren die de WAO-instroom bevorderen zijn te zoeken in de gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen. Er zijn duidelijke verschillen tussen soorten aandoeningen die mannen en vrouwen hebben. Het gaat niet zo zeer om meer aandoeningen, maar wel om andere aandoeningen. Ook hebben mannen en vrouwen een andere arbeidsoriëntatie. Bij mannen gaat het vooral om de vanzelfsprekende plaats (kostwinnaar) die het werk in hun leven inneemt, bij vrouwen overheersen de sociale redenen om te werken.

De arbeidscondities en arbeidsverhoudingen vormen een belangrijke verklaringsgrond voor het hogere WAO-risico van vrouwen. Het is echter een analytisch en ingewikkeld probleem. Vrouwen werken in andere sectoren en beroepen dan mannen. De risicosectoren voor arbeidsongeschiktheid zijn de uitzendbranche, de schoonmaakbranche en de zorgsector. In deze branches zijn veelal vrouwen werkzaam. Als mannen en vrouwen al in dezelfde sectoren werkzaam zijn, werken ze in het algemeen op een lager functieniveau, tegen een lager salaris en in deeltijd. In het algemeen is de positie van vrouwen op de arbeidsmarkt ongunstiger dan die van mannen.

Op maatschappelijk gebied lijkt Nederland nog steeds achter te lopen op de omringende landen zowel wat betreft de arbeidsomstandigheden als arbeidsparticipatie. De WAO-instroom van vrouwen is in Nederland hoger en de emancipatiegolf is beperkter. Scholing heeft niet geleid tot een gelijke verdeling van vrouwen en mannen op de arbeidsmarkt, ondanks het feit dat vrouwen (meisjes) in het onderwijs beter presteren dan mannen. Ook de omgeving verwacht niet van de vrouw dat zij buitenshuis werkzaam is en zij wordt niet gestimuleerd om na ziekte het werk snel weer te hervatten.

De begeleiding tijdens de ziekteperiode in het eerste of tweede jaar speelt een belangrijke rol bij de instroom in de WAO. Tijdens de begeleiding krijgt de werknemer met verschillende partijen te maken: de arboprofessionals (meestal de bedrijfsarts), de werkgever en de verzekeringsarts.

Bedrijfsartsen vertonen – volgens een onderzoek van het Lisv (Lisv, september 2001) sekse-specifiek gedrag en hebben andere verwachtingen van hun mannelijke cliënten. De bedrijfsarts heeft een minder activerende houding ten opzichte van vrouwen; bij hen wordt meer gekeken naar wat zij niet kunnen en bij mannen meer naar wat zij wel kunnen.

De werkgever speelt een belangrijke rol bij de reïntegratie van werknemers. De mannelijke werknemer wordt gemist om zijn capaciteiten, terwijl de vrouwelijke werknemer gemist wordt om haar aanwezigheid en loyaliteit. In de praktijk blijkt dat aanpassingen aan de werkplek vaker gerealiseerd worden bij mannen dan bij vrouwen. Ook zijn vrouwen werkzaam in branches waarbij vaak geen budget aanwezig is om aanpassingen in het werk te realiseren. Deze bedrijven hebben meestal een minimaal contract met de arbodienst, waardoor overleg tussen bedrijfsarts en werkgever over een snelle reïntegratie ontbreekt.

Ook de houding van de vrouw speelt een grote rol bij al dan niet succesvol zijn van reïntegratie. Uit onderzoek blijkt, dat de vrouw vaak een passieve rol inneemt bij het herstel. Vrouwen ervaren meer beperkingen dan mannen en wachten vaak langer op herstel. Ook dragen zij minder oplossingen aan voor aanpassingen op de werkplek of vervangende werkzaamheden.

Uit de vele onderzoeken komt naar voren dat vrouwen die langdurig ziek zijn anders begeleid worden dan mannen die langdurig ziek zijn. Uit de rapportage blijkt, dat de redenen hiervoor zeer verschillend van aard zijn en alleen in combinatie leiden tot langdurig verzuim of WAO-instroom. De vraag of de verschillen in vrouwelijke kenmerken en begeleiding ook leiden tot minder werkhervatting en tot gemiste kansen in het bevorderen van werkhervatting, is slechts beperkt te beantwoorden.

Het voorgaande roept de vraag op in hoeverre een andere, minder activerende houding van onder andere de bedrijfsarts verklarend is voor de geconstateerde man-vrouw verschillen in arbeidsongeschiktheidsrisico. Wordt bij vrouwen het accent meer gelegd op wat men niet meer kan (het

ziek zijn) en bij mannen op wat men nog wel kan (de resterende arbeidscapaciteit)? Kan dit de man-vrouw verschillen (deels) verklaren? De Kenniskring concludeert dat er onvoldoende kennis over specifieke kenmerken van langdurig zieke vrouwen aanwezig is bij alle partijen: bij vrouwen, de werkgever, de arboprofessionals en de overheid. Hierdoor vindt er geen adequate begeleiding plaats en belanden vrouwen onnodig in de WAO. Deze onderkenning geeft aan dat er maatregelen genomen moeten worden.

Tenslotte is de Kenniskring van mening dat er op diverse niveaus maatregelen genomen moeten worden met als doel bewustwording van de problematiek en kennisbevordering. Dit kan gerealiseerd worden door het geven van voorlichting en trainingen maar ook door het bijstellen van beleid (overheid, arbodiensten, werkgevers en werknemers). Pas bij een totale aanpak zal de instroom van vrouwen in de WAO beperkt kunnen worden. Een totale aanpak is nodig omdat de oorzaken van de hoge WAO-instroom van vrouwen op meerdere niveaus zijn te vinden en elkaar wederzijds beïnvloeden.

10 Literatuurlijst

Besseling, J., C. de Olde, *Emancipatie-effectrapportage Commissie Donner*, ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Leiden, juni 2002

Geerts, I., *Jonge vrouwen in de WAO – een plan van aanpak voor preventie en reïntegratie*, De Rode Hoed en de Stichting WAHO, Amsterdam, maart 2002

Giezen, ir.A.M. van der, drs. B. Cuelenaere, dr. R. Prins, *Vrouwen vaker in de WAO?*, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Leiden, augustus 1998

Grunell, M., 'Stijgende WAO-deelname van vrouwen, vraag om specifiek preventiebeleid', HSI

Kraan, T. van der, *Volhouden of. over vrouwen en dreigende arbeidsongeschiktheid*, FNV Vrouwenbond, Amsterdam, april 2001

Molenaar-Cox, P., B. Cuelenaere, *Arbeidsongeschikte vrouwen aan het woord*, FNV Vrouwensecretariaat en Astri, Leiden, augustus 2001

Overgaag, mr. A., dr. R. Stussgen, dr. S. Nieborg, *De begeleiding van zieke werkneemsters: droom of nachtmerrie?*, Verwey-Jonker Instituut, Utrecht, maart 2002

Smulders P., I. Houtman, J. Klein Hesselink, *Trends in arbeid 2002*, TNO Arbeid, Hoofddorp, 2001

UWV, Maandoverzicht arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, Amsterdam, augustus 2002

Verdonk, P., dr. M. Peeters, dr. S. Geurts, *Vrouwen: arbeidsongeschikt of arbeidsondergeschikt?*, FNV Vrouwenbond en de wetenschapswinkel van de Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen, mei 2001

Vinke, H., S.G. Andriessen, Van den Heuvel, e.a., *Vrouwen en reïntegratie*, TNO Arbeid, Hoofddorp, januari 1999

Lisv, *Vrouwen, (werk)omstandigheden en arbeidsongeschiktheid*, Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv), Amsterdam, januari 2000

Lisv, *Begeleiding van mannen en vrouwen in het eerste ziektejaar*, Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv), Amsterdam, september 2001

Zuidema, E., *In gesprek met de arbodienst*, Landelijk Overleg Vrouwen en Arbeidsongeschiktheid, Leeuwarden, februari 2002