



Ministerie van Sociale Zaken  
en Werkgelegenheid

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Binnenhof 1a  
2513 AA 's-GRAVENHAGE

Postbus 90801  
2509 LV Den Haag  
Anna van Hannoverstraat 4  
Telefoon (070) 333 44 44  
Telefax (070) 333 40 33

Uw brief

Ons kenmerk  
SV/AL/03/74892

Onderwerp

Plan van aanpak Vrouwen en WAO

Datum

2 oktober 2003

De kans om arbeidsongeschikt te worden is hoger voor vrouwen dan voor mannen. Dit leidt er toe dat veel vrouwen onnodig buiten het arbeidsproces staan en dat het uitkeringsvolume te hoog is. Dit gegeven was voor mij reden om tijdens het Overleg met de vaste commissie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid op 25 juni jl. een plan van aanpak aan te kondigen met concrete maatregelen, dat ik u hierbij presenteer.

Over de oorzaak van het hogere risico voor vrouwen is veel onderzoek gedaan. De belangrijkste bevindingen treft u aan in de bijlage.

## **MAATREGELEN**

Volgens de onderzoeken is er niet één enkele oorzaak aan te wijzen voor het hogere arbeidsongeschiktheidsrisico van vrouwen. Dit betekent naar mijn mening dat alle betrokken partijen (vrouwen zelf, werkgevers, arbodiensten en het UWV) zowel deel van het probleem zijn als deel van de oplossing. Algemeen uitgangspunt bij de te nemen maatregelen is dat het risico alleen verlaagd kan worden als alle betrokkenen hun verantwoordelijkheid nemen. In deze complexe problematiek is er niet één partij die het probleem veroorzaakt en niet één oplossing die voor alle gevallen werkt. De overheid kan het probleem dus niet alleen oplossen. Wel kan de overheid alle betrokkenen ondersteunen en belemmeringen wegnemen. Het gaat steeds om een combinatie van maatregelen en om samenspel van alle betrokkenen dat zo vroeg mogelijk in het proces van ziek worden begint. Het is van belang dat partijen niet naar elkaar wijzen bij de schuldvraag en de oplossing, maar primair het probleem erkennen en vervolgens zelf bezien wat zij aan de oplossing kunnen bijdragen. Ook de Stichting voor jonge hoger opgeleide vrouwen in de WAO, de Stichting Waho, die een brochure heeft uitgebracht met aanbevelingen die zijn gericht op alle relevante partijen, stelt dat de aanpak van het hogere risico een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van alle betrokkenen.

De kern van de problematiek en van de aanpak zit in de ziekteperiode. Om die reden ga ik uitgebreid in op allerlei soortige maatregelen die in de ziekteperiode getroffen worden om daar tot een actievere houding te komen. Er zijn vele initiatieven gaande die positief

uitwerken voor vrouwen. De overheid speelt hierbij een initiërende en stimulerende rol. Immers, omdat partijen zelf verantwoordelijk zijn voor de reïntegratie bij ziekte, kan de overheid hier niet rechtstreeks interveniëren.

Op 16 september 2003 heb ik de Hoofdpijnen van het nieuwe stelsel van arbeidsongeschiktheidsregelingen naar uw Kamer gestuurd. Deze hoofdpijnen zullen worden uitgewerkt in een aantal wetsvoorstellen die de Kamer naar verwachting nog dit jaar zullen bereiken. Het nieuwe stelsel wordt gekenmerkt door meer verantwoordelijkheid voor werkgever en werknemer gedurende de ziekteperiode van twee jaar, door alleen aan personen die duurzaam geen enkele arbeidsprestatie meer kunnen leveren een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering toe te kennen, en door een stelsel voor gedeeltelijk arbeidsgeschikten dat gericht is op het zoveel mogelijk ingeschakeld zijn in arbeid. Het nieuwe stelsel zal leiden tot meer reïntegratie-inspanningen van werkgever en werknemer. Deze activerende benadering zal naar de verwachting van het kabinet ook positief uitwerken voor vrouwen.

*De maatregelen die nodig zijn om de instroom van vrouwen te verkleinen, liggen op het vlak van de verzuimpreventie en –begeleiding in de bedrijven, de rol van de uitvoeringsorganisatie en maatregelen die de combinatie arbeid en zorg faciliteren. Daarnaast zijn specifieke maatregelen nodig in geval van psychische klachten. Tot slot geef ik aan wat het nieuwe arbeidsongeschiktheidsstelsel voor vrouwen zal betekenen en welke activiteiten op het gebied van reïntegratie worden ontwikkeld.*

## **1. Verzuimpreventie en –begeleiding in de bedrijven**

Het proces van ziekte naar arbeidsongeschiktheid begint in de bedrijven. De eerste en belangrijkste invalshoek bij het tegengaan van het hogere arbeidsongeschiktheidsrisico van vrouwen ligt bij de primair betrokkenen: de vrouw zelf en haar werkgever, en aan het begin van het proces, namelijk bij het voorkomen van ziekte en het zo spoedig mogelijk reïntegreren van zieke werknemers. In dit plan van aanpak wordt daarom eerst het personeelsbeleid besproken, worden positieve voorbeelden gegeven van bedrijven met een succesvol verzuimbeleid, en wordt de betekenis van arbodiensten en van arboconvenanten beschreven.

### **1.1 Een actievere aanpak**

Bij een goed personeelsbeleid voor mannen én vrouwen gaat het vooral om generieke maatregelen als aandacht voor de werknemer, meteen actief worden bij ziekte en kostenbewustzijn bij de managers. Deze uitgangspunten gelden voor beide geslachten. Het is echter zo dat waar deze maatregelen uitblijven, dit voor vrouwen slechter uitwerkt, omdat zij vaak een actievere ondersteuning nodig hebben. Een passieve houding leidt dan tot meer ziekmeldingen en tot langerdurend verzuim. Ook de Stichting Waho is van mening dat vrouwen in veel gevallen te passief zijn, en dat de omgeving met name de hulpverlening en de bedrijfsarts deze houding nog te veel stimuleren. Ook wijst deze stichting op het belang van ondersteuning van vrouwen in de werksituatie, in de vorm van supervisie of coaching. Ook omdat vrouwelijke rolmodellen vaak ontbreken, kan een eenvoudig te realiseren maatregel zijn om vrouwen een persoonlijk begeleider te geven. Arbeidsgerelateerd ziekteverzuim kan hiermee voorkomen worden. Ook een andere aanbeveling van de Stichting Waho om arbeidsconflicten als zodanig te onderkennen en niet te medicaliseren, acht ik zinvol.

Daarnaast is het van belang dat werkgevers flexibel zijn en vrouwen zo veel mogelijk tegemoet komen in hun wensen om arbeid en zorg te combineren door middel van aanpassing van de wekelijkse en dagelijkse arbeidstijden. Werkgevers moeten op een soepele manier meewerken aan de realisering van wettelijke rechten van werknemers op dit terrein, zodat problemen door te zware belasting voorkomen kunnen worden en er geen conflicten over ontstaan. Bedacht dient te worden dat de drukste tijd voor ouders met kinderen kort duurt. Het is daarom ook belangrijk dat vrouwen gestimuleerd worden hun carrière-wensen voor de wat langere termijn te formuleren in bijvoorbeeld een persoonlijk ontwikkelingsplan.

Het is bekend dat er grote verschillen zijn tussen bedrijven in het ziekteverzuimcijfer en het WAO-instroomcijfer. Naast de verschillen in risico's die samenhangen met de aard en de zwaarte van het werk, is het beleid dat de werkgever voert essentieel.

Ik ben van mening dat werkgevers veel van elkaar kunnen leren op dit gebied.

Om die reden heb ik gezocht naar positieve voorbeelden van werkgevers in verschillende branches die veel vrouwen in dienst hebben en tegelijk een laag ziekteverzuim- en WAO-instroomcijfer kennen. Daarom heb ik een brochure uitgebracht die een bijlage bij dit Plan van aanpak vormt. In de brochure worden tien bedrijven geschetst met een aantoonbaar succesvol verzuimbeleid. Op basis hiervan is een "tips top-tien" samengesteld die voor alle bedrijven met vrouwen in dienst nuttig zijn. De tips hebben betrekking op het belang van een actieve houding van werkgevers, allerlei maatregelen die de combinatie met zorg vergemakkelijken, het bieden van laagdrempelige psychologische hulp, open communicatie over de privé-situatie, en aanpassingen tijdens en na zwangerschap.

De brochure wordt op aanvraag gratis verspreid en is ook verkrijgbaar via internet.

Daarnaast wordt de brochure onder bedrijven en arbodiensten verspreid.

## **1.2 Allochtone vrouwen**

Het relatieve verschil in arbeidsongeschiktheidsrisico tussen mannen en vrouwen is bij allochtonen in vrijwel gelijke mate aanwezig als bij autochtonen. Uitzondering hierop zijn vrouwen van Turkse afkomst. Hun risico is bijna drie keer zo hoog als dat voor mannen van Turkse afkomst.

Het hogere risico van allochtone vrouwen hangt zowel samen met het hogere risico van allochtonen in het algemeen als met het hogere risico van vrouwen. In de brief van mijn voorganger staatssecretaris Hoogervorst aan uw Kamer van 13 mei 2002 heeft hij aangegeven dat het hogere arbeidsongeschiktheidsrisico van allochtonen onder andere samenhangt met hun lage opleidingsniveau en de fysieke zwaarte van het werk dat zij doen, en het feit dat zij werken in flexibele arbeidsrelaties en in sectoren met "werkgeverschap op afstand".

Daarnaast lijken culturele factoren een rol te spelen.

Ook om het instroomrisico van deze groep te verlagen zijn maatregelen in de ziekteperiode van essentieel belang. Verbetertrajecten die het UWV in uitvoering heeft gezet en die hier betrekking op hebben, zoals de beoordeling van de reïntegratieverslagen in het kader van de wet verbetering Poortwachter en een betere begeleiding van zieke uitzendkrachten zijn belangrijk. Op die manier worden ook werkgevers gestimuleerd tot een actievere houding in de ziekteperiode.

Daarnaast ben ik van plan een nieuw onderzoek te starten naar het ziekteverzuim- en reïntegratiegedrag van allochtone werknemers (mannen en vrouwen) in de ziekteperiode. Ik verwacht met dit onderzoek meer inzicht te krijgen in de activiteiten die al verricht worden voor deze groep in de ziekteperiode en welke verbeteringen daarin mogelijk zijn. In dit onderzoek zal speciale aandacht zijn voor allochtone vrouwen.

### 1.3 Bedrijfsgezondheidszorg

De Branche Organisatie Arbodiensten (BOA) heeft een Platform Reïntegratie (STECR) opgericht dat tot doel heeft expertise over reïntegratie te inventariseren, te bundelen en te presenteren. STECR is een netwerkorganisatie die werkt met kenniskringen. Een kenniskring bestaat uit arboprofessionals die over een bepaald thema ervaring uitwisselen om gezamenlijk tot een succesvolle multidisciplinaire interventiemethode te komen. Een van de kenniskringen is gericht op de arbeidsongeschiktheidsproblematiek van vrouwen. STECR wordt financieel gesteund door het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

De kenniskring die gericht is op verzuim en arbeidsongeschiktheid van vrouwen heeft in februari 2003 een voorstudie gepresenteerd over Vrouwen in de WAO. De aanbevelingen uit de studie richten zich met name op het belang van vroegtijdig actief ingrijpen en doorverwijzen, meer mogelijkheden bieden voor reïntegratie (door bijvoorbeeld aangepaste roosters) en het ontwikkelen van deskundigheid bij de arboprofessionals. De kenniskring is van mening dat van vrouwen zelf verwacht mag worden dat ze meer kijken naar hun mogelijkheden en niet naar hun onmogelijkheden. Vrouwen zullen zich meer pro-actief moeten opstellen in plaats van afwachtend. De arboprofessionals en de werkgever moeten vrouwen meer stimuleren en klachten demedicaliseren.

De kenniskring beveelt ondermeer aan dat STECR via bijeenkomsten voor arboprofessionals en werkgevers specifieke kennis over vrouwen en reïntegratie overdraagt. Het gaat om het ontwikkelen van deskundigheid in de advisering en begeleiding door arbodiensten in de preventieve en curatieve zin en het aanreiken van suggesties aan werkgevers hoe zij een doelbewuster personeelsbeleid kunnen voeren.

STECR zal nu beginnen met het maken van een Assist. Dit is een handreiking gemaakt door arboprofessionals voor arboprofessionals, en heeft als doel dat arboprofessionals meer kennis krijgen over en zich bewust worden van de problematiek van ziekte en arbeidsongeschiktheid bij vrouwen. De informatie kan gebruikt worden voor de sociaal medische begeleiding. De uitvoering van de Assist staat gepland voor 2004.

In augustus 2002 is het project Sociale Zekerheid en Zorg gestart bij de ministeries van SZW en VWS. Dit project richt zich op de keten van preventie, ziekte en WAO en is daardoor ook van belang voor de aanpak van Vrouwen in de WAO. Het project als zodanig is afgesloten, maar de in gang gezette activiteiten worden vervolgd. Hierover wordt u apart geïnformeerd.

Naar verwachting kunnen met ingang van 2004 geregistreerde bedrijfsartsen zelfstandig werknemers verwijzen naar behandelaars uit de reguliere zorg. De vergoeding komt ten laste van de Ziekenfondswet of de AWBZ (Handelingen 2002-2003, nr. 18 TK p. 3232-3236). Bedrijfsartsen kunnen nu ook zelfstandig verwijzen naar behandelaars van de 2<sup>e</sup> lijns arbozorg. Verwacht wordt dat het creëren van een formele verwijsfunctie zal bijdragen aan een snellere, effectievere en doelmatigere begeleiding en behandeling van zieke werknemers. Om de deskundigheid op het terrein van vrouwen en verzuim van bedrijfsartsen te vergroten is een cursus over Sekse, verzuim en WAO ontwikkeld ten behoeve van de opleiding en de nascholing (zie ook paragraaf 2).

Om een betere samenwerking te bevorderen tussen arbodiensten en zorginstellingen, bedrijfs- en huisartsen en medisch specialisten en keuringsartsen zijn in het programma Sociaal Medische Begeleiding binnen het Thema Arbeid en Gezondheid van Zorgonderzoek Nederland (ZonMw) over dit onderwerp diverse projecten uitgevoerd. Het betreft onder

andere projecten die de samenwerking in de regio bevorderen tussen bedrijfsarts en de curatieve sector en huisarts en bedrijfsarts. De projecten hebben zich met name gericht op de behandeling van psychische klachten en klachten aan het bewegingsapparaat. De projecten zijn in 2003 voortgezet in Medwerk dat door het Ministerie van VWS en SZW wordt gesubsidieerd. Medwerk bestaat uit vijftien regionale centra die onderdeel zijn van het Kennisnetwerk Gezondheid en Arbeid, dat verder bestaat uit vier Nederlandse kenniscentra voor arbeidsrelevante aandoeningen en het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Medwerk richt zich op de professional die zich bezig houdt met arbeidsrelevante aandoeningen en heeft onder andere als doel de samenwerking tussen hulpverleners in de regio's te verbeteren en informatie over arbeidsrelevante aandoeningen te verspreiden. Medwerk verzamelt informatie over behandelmethoden en specialisaties van professionals en instellingen in de regio. Deze informatie wordt vastgelegd in een regionale sociale kaart, die de hulpverlener ondersteunt bij het vinden van een doeltreffende en optimale oplossing voor de patiënt. Deze projecten en Medwerk zijn in de toekomst voor de problematiek van vrouwen van groot belang omdat juist door die verbeterde samenwerking de verzuimbegeleiding in de bedrijven eerder en beter van de grond kan komen. Door een actievere houding van bedrijfsartsen, meer samenwerking tussen de verschillende zorgverleners en meer mogelijkheden voor behandeling, zijn met name vrouwen gebaat.

#### 1.4 Arboconvenanten

Arboconvenanten zijn tripartiete afspraken die per sector tussen werknemers, werkgevers en de overheid worden gemaakt om de arbeidsomstandigheden te verbeteren. De aanpak is gericht op de bevordering van de zelfwerkzaamheid van partijen bij het vormgeven van arbozorg en verzuimbeleid<sup>1</sup>. Voor een aanpak van het hogere arbeidsongeschiktheidsrisico van vrouwen is het thema werkdruk of psychosociale arbeidsbelasting belangrijk: in 29 van de 44 arboconvenanten is dit thema aan de orde, en daarvan zijn een aantal typische vrouwensectoren. Aanvankelijk werd onder werkdruk met name uitgegaan van het werken in een hoog tempo en onder een hoge tijdsdruk. Gaandeweg is echter gebleken dat – om de problemen in de praktijk daadkrachtig aan te pakken – ook naar andere facetten, zoals emotionele belasting, stijl van leidinggeven, arbeidsconflicten en balans tussen werk en privé gekeken moet worden. Dit zijn zaken die de achtergrond vormen van een belangrijk deel van de langdurige uitval van vrouwen.

Kwantitatieve doelstellingen inzake werkdruk, die in het kader van de arboconvenanten worden afgesproken, zijn er vaak op gericht het aantal mensen dat te maken krijgt met werkdruk te verminderen, bijvoorbeeld de horeca, de geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg, (academische) ziekenhuizen, het onderwijs, het rijk, provincies en

---

<sup>1</sup> Arboconvenanten bieden de mogelijkheid om per sector maatwerk te leveren. Dit betekent dat in sectoren waarin veel vrouwen werkzaam zijn, zoals het onderwijs, de zorg, kinderopvang en de schoonmaak, in de aanpak van risico's en belemmeringen ook aandacht wordt besteed aan vrouwen. Elk convenant bevat afspraken over beperking van één of meerdere arbeidsrisico's die leiden tot gezondheidsklachten, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zoals tillen, werkdruk, RSI, schadelijk geluid en een aantal gevaarlijke stoffen. Daarnaast bevatten de meeste convenanten afspraken over vroegtijdige reïntegratie van werknemers. De afspraken in arboconvenanten worden zoveel mogelijk uitgedrukt in een concreet kwantitatief doel. De overheid speelt in het hele proces van totstandkoming en uitvoering een actieve en stimulerende rol.

Sinds de start van de arboconvenanten zijn er ultimo augustus 2003 al 44 sectoren die een arboconvenant hebben ondertekend en wordt er in 11 sectoren een arboconvenant voorbereid. Ruim 3,1 miljoen van de werknemers in Nederland heeft inmiddels te maken met maatregelen uit arboconvenanten.

gemeenten. In toenemende mate worden ook doelen gesteld die zich richten op achterliggende oorzaken, zoals agressie en geweld.

De arboconvenanten hebben m.b.t. psychosociale arbeidsbelasting onder meer geleid tot onderzoek naar werkdruk in betreffende sectoren, een uitgebreid netwerk waar men van elkaars aanpak kan leren en een keur aan instrumenten en maatregelen (bijvoorbeeld een arbokenniscentrum, websites, praktijkrichtlijnen werkdruk, regioadviseurs, module werkstress gekoppeld aan de risico-inventarisatie, werkboeken en trainingsmodules). Inmiddels beginnen de afspraken hun eerste vruchten af te werpen. Zo is het ziekteverzuim in het primair en voortgezet onderwijs, alsmede in verschillende zorgsectoren, gedaald. In beide sectoren wordt het teruglopende ziekteverzuimcijfer toegeschreven aan de inspanningen die in convenantsverband zijn ondernomen om het werkgerelateerde verzuim tegen te gaan. Een meting eind 2002 van de werkdruk bij werknemers uit de thuiszorg – de sector met het oudste convenant en waar het merendeel van de werknemers vrouw is – wijst uit dat deze voor het eerst in een reeks van jaren is gedaald. Het percentage medewerkers met burnout is in twee jaar tijd gedaald van 3,3 tot 1,7%.

Met name voor vrouwen zijn deze resultaten positief en ondersteunen de convenantsaanpak, die zich in de toekomst meer op verzuim- en reïntegratiebeleid zal richten.

In de jaren 2003 tot en met 2007 zal de *tweede fase arboconvenanten* plaatsvinden. Hiervoor is voor de komende jaren een extra financiële ruimte van €40 mln gecreëerd. Het kan zowel gaan om aanvullende afspraken in bestaande convenantsectoren, als om convenanten in geheel nieuwe sectoren. De inzet in de tweede fase zal verbreed worden met uitdrukkelijke aandacht voor verzuim- en reïntegratiebeleid. Dit impliceert dat verzuimbegeleiding en/of reïntegratie altijd onderdeel moeten zijn van de convenantafspraken van de geselecteerde – reeds bestaande – arboconvenanten. Met betrekking tot de nieuwe trajecten zal er sprake moeten zijn van afspraken op het gebied van zowel preventie als van verzuimbegeleiding en/of reïntegratie. Preventieve afspraken dienen overigens gericht te zijn op de belangrijke werkgerelateerde oorzaken van ziekteverzuim en WAO. Een uitzondering vormen de pilots, waarin voornamelijk wordt geëxperimenteerd met nieuwe werkwijzen ten aanzien van reïntegratie in het tweede spoor en reïntegratie van het zittend bestand van arbeidsongeschikten.

Om een optimale inzet van menskracht en middelen mogelijk te maken zullen in de tweede fase vooral sectoren van grote omvang met een bovengemiddelde uitval (WAO-instroom/verzuim) of met een bovengemiddeld aantal WAO-uitkeringsgerechtigden benaderd worden voor het maken van (additionele) convenantafspraken.

Centraal staat de aanpak van (de oorzaken van) werkgerelateerde klachten die de grootste schade in termen van verzuim en WAO-instroom veroorzaken. Dit betekent in de tweede fase een beperking tot de aanpak van psychosociale arbeidsbelasting en van klachten aan het bewegingsapparaat. Ik start binnenkort een inventarisatie in het kader van de tweede fase arboconvenanten om na te gaan welke geslaagde experimenten van het project Dagindeling kunnen worden gebruikt voor het maken van nadere afspraken in convenanttrajecten. Zie voor dit onderwerp ook paragraaf 3.

Met deze ontwikkelingen in de tweede fase arboconvenanten verwacht ik gunstige gevolgen voor het risico van vrouwen.

Tot slot is in het kader van de arboconvenanten van belang te bezien welke rol *zwangerschap* speelt bij verzuim en arbeidsongeschiktheid van vrouwen. Uit cijfers opgesteld ten behoeve

van zes arboconvenanten in de zorgsector is namelijk gebleken dat een deel van het verzuim van vrouwen zwangerschapsgerelateerd is. Op dit moment laat ik daarom een verkennend onderzoek uitvoeren naar de relatie tussen zwangerschap, ziekteverzuim en uitstroom om na te gaan of er ook aangrijpingspunten zijn voor afspraken op dit gebied in de convenanten. Overigens zijn er ook andere sectoren dan de zorg waar sprake is van een hoog zwangerschapsgerelateerd verzuim is waar deze convenantsafspraken wellicht zinvol kunnen zijn (zoals de schoonmaak, overheidsdiensten en de uitzendbranche).

Naast arboconvenanten kunnen ook *cao's* een belangrijke rol spelen bij het preventie- en verzuimbeleid in bedrijven. In *cao's* kunnen namelijk concrete afspraken worden gemaakt die zijn toegespitst op het betreffende bedrijf of bedrijfstak. Om die reden heb ik op 27 december 2001 de Stichting van de Arbeid gevraagd advies uit te brengen over de wijze waarop instrumenten in de *cao's* zouden kunnen bijdragen aan een beperking van het ziekteverzuim en de instroom in de WAO, alsmede over de effectiviteit van reeds bestaande afspraken op dit terrein in de *cao's*. Onlangs heb ik de Stichting in een aanvullende brief gevraagd speciale aandacht te besteden aan mogelijke instrumenten in *cao's* waarmee de WAO-instroom van vrouwen kan worden beheerst en hun WAO-uitstroom kan worden gestimuleerd. Ik verwacht het advies van de Stichting eind dit jaar te ontvangen.

## **2. De rol van de uitvoeringsinstantie**

Als na de ziekteperiode nog geen volledige werkhervatting heeft plaatsgevonden, volgt de WAO-aanvraag en de claimbeoordeling. Deze procedure start met de poortwachtrtoets: zijn er voldoende reïntegratie-inspanningen verricht door werkgever en werknemer in de ziekteperiode. Als het antwoord daarop positief is, volgt een onderzoek naar de vraag of betrokkene arbeidsongeschikt is. Voor de WAO-instroom is dus de uitvoeringspraktijk van het UWV van cruciaal belang. Om die reden heeft het UWV besloten meer aandacht te geven aan de claimbeoordeling van jonge vrouwen.

Het UWV heeft de afgelopen jaren geïnvesteerd in de kwaliteit van het claimbeoordelingsproces, onder andere door de invoering van het Claim Beoordelings- en Borgingssysteem CBBS. De resultaten van de werkzaamheden op de onderscheiden niveaus in de organisatie kunnen nu beter gemonitord worden. De resultaten van deze aanpak zijn positief: het aantal WAO-aanvragen en toekenningen en het aandeel volledige arbeidsongeschiktheid zijn gedaald. Dit betekent dat er sprake is van minder instroom in de WAO en relatief meer WAO-ers die gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn verklaard. Deze kunnen hun resterende verdien capaciteit inzetten op de arbeidsmarkt.

Deze gunstige uitkomsten in algemene zin laten onverlet dat er specifieke maatregelen nodig zijn om het onevenredig hoge instroomrisico van vrouwen te verlagen. Het UWV neemt daarom de volgende initiatieven die er op gericht zijn de keuringspraktijk aan te scherpen om zo onnodige uitkeringen te voorkomen.

- Bij de beoordeling van reïntegratieverslagen wordt extra aandacht besteed aan de risicogroep jonge vrouwen met psychische klachten. Dit gebeurt tegen de achtergrond van het gegeven dat de behandelende sector en de arbodiensten bij de sociaal medische begeleiding van vrouwen in het eerste ziektejaar te weinig gericht zijn op werkhervatting.

- Alle einde wachttijdbeoordelingen van vrouwelijke verzekerden onder de 35 jaar met psychische klachten behoeven goedkeuring van de stafverzekeringsgeneeskundige respectievelijk stafarbeidsdeskundige.
- Er wordt in één regio een pilot opgezet waarbij gedurende vier maanden een dubbele verzekeringsgeneeskundige beoordeling plaatsvindt in geval van psychische klachten bij vrouwen onder de 35 jaar.
- In het kader van de wettelijke herbeoordelingen wordt de groep jonge vrouwen onder de 35 jaar met psychische klachten altijd opgeroepen voor een spreekuurcontact.

Deze maatregelen zullen nauwgezet geëvalueerd worden en indien ze succesvol zijn, ook toegepast worden bij mannen onder de 35 jaar met psychische klachten.

Het UWV zal de effecten van de maatregelen monitoren en er in de kwartaalrapportages over rapporteren.

In het kader van de reïntegratie van WAO'ers is het UWV na een succesvolle pilot gestart met de landelijke invoering van de *reïntegratietelefoon*. Doel van de reïntegratietelefoon is om het eigen initiatief van WAO'ers te stimuleren en ze snel via een verkorte procedure te laten starten met een reïntegratietraject. Een gehoord knelpunt is namelijk de trage procedure met betrekking tot reïntegratie. Met de reïntegratietelefoon wordt getracht dit te doorbreken. De opzet van de reïntegratietelefoon is zodanig dat WAO'ers die zich melden binnen 8 weken met een reïntegratietraject kunnen starten. In het kader van de voorlichtingscampagne over de landelijke invoering van de reïntegratietelefoon zal door het UWV extra aandacht geschonken worden aan de doelgroep van jonge vrouwen.

Een ander belangrijk punt is dat verzekeringsartsen (maar evenzeer bedrijfsartsen) zich bewust zijn van de voor verzuim en arbeidsongeschiktheid relevante verschillen tussen mannen en vrouwen en hun eigen houding tegenover deze verschillen. Om die reden is met subsidie van mijn ministerie een module ontwikkeld die gebruikt wordt bij de basisopleiding van verzekerings- en bedrijfsartsen en bij de nascholing van deze beroepsgroepen door de NSPOH (Netherlands School of Public and Occupational Health). De *module 'Sekse, verzuim en WAO'* is er op gericht de kennis te vergroten over de feiten met betrekking tot sekse, verzuim en arbeidsongeschiktheidsrisico en meer inzicht te verkrijgen in hun eigen houding en gedrag. Daardoor kan de arts beter inspelen op de behoefte aan begeleiding bij vrouwen en tegelijk een te empathische houding voorkomen. Het Landelijk Expertisecentrum seksespecifieke zorg en seksueelgeweld (Transact) heeft vanuit zijn deskundigheid een bijdrage geleverd aan deze module.

In het kader van de *aanbesteding van reïntegratie-opdrachten* bestaat de zogenaamde 10% vrije ruimte, ondermeer bedoeld voor bijzondere projecten. UWV heeft hiervoor met reïntegratiebedrijven initiatieven ontwikkeld voor speciale doelgroepen. In dit verband kent het UWV nu reeds de doelgroep van allochtone vrouwen. In vervolg hierop beziet UWV of de vrije ruimte in de aanbestedingsprocedure ook aangewend kan worden voor specifieke projecten gericht op de reïntegratie van jonge vrouwen.

### **3. Maatregelen die de combinatie arbeid en zorg faciliteren**

Uit het beschikbare onderzoek is niet eenduidig gebleken dat het hogere instroomrisico van vrouwen veroorzaakt wordt door de combinatie van arbeid en zorg. Het hebben van jonge kinderen geeft ook voor mannen een iets hoger risico. Recent onderzoek heeft echter aangegeven dat er een statistische relatie is tussen het hebben van kinderen en het



arbeidsongeschiktheidsrisico. Hiermee is niet gezegd dat er een directe relatie is tussen arbeidsongeschiktheid en het ontbreken van bepaalde faciliteiten. Anderzijds spreekt het vanzelf dat het creëren van mogelijkheden om arbeid en zorg goed te kunnen combineren van groot belang is zowel voor de arbeidsparticipatie als voor de arbeidssatisfactie en daarmee verzuim dat gerelateerd is aan het ontbreken van faciliteiten, tegengaat. Het kabinet heeft maatregelen ontwikkeld waardoor werknemers structureel of incidenteel tijd kunnen vrijmaken voor zorg of waardoor het gebruik van verlof financieel beter mogelijk wordt. Hierdoor kunnen afstemmingsproblemen en stress voorkomen worden.

De belangrijkste arbeid-en-zorgregelingen zijn de Wet arbeid en zorg en de Wet aanpassing arbeidsduur. In de *Wet arbeid en zorg* (van kracht sinds 1 december 2001) zijn alle tot dan toe bestaande en enkele nieuwe regelingen gebundeld die werknemers recht geven op verlof wanneer dat in verband met zorgtaken noodzakelijk of gewenst is. De wet biedt een recht op zwangerschaps- en bevallingsverlof, kraamverlof, adoptieverlof, calamiteiten- en kort verzuimverlof, kortdurend zorgverlof en ouderschapsverlof.

Om het gebruik van verlof te faciliteren, is voor verschillende verlofvormen ook een financiering geregeld.

In geval van zwangerschaps- en bevallingsverlof en adoptieverlof ontvangen werknemers een uitkering ter hoogte van 100% van hun laatste loon (met een maximum van het wettelijk maximum dagloon). Bij kraamverlof en bij calamiteiten- en kortverzuimverlof geldt een loondoorbetalingsverplichting voor de werkgever van 100% van het loon; voor kortdurend zorgverlof is dat 70% van het loon. Het ouderschapsverlof is onbetaald.

De Wet arbeid en zorg bevat ook een financieringsregeling die te gebruiken is bij onbetaald verlof voor zorg of educatie: de financieringsregeling loopbaanonderbreking. Deze geeft bij onbetaald verlof - onder voorwaarden - recht op een financiële tegemoetkoming. Daarnaast zijn er twee fiscale regelingen die het opnemen van onbetaald verlof financieel ondersteunen: de fiscale stimuleringsregeling betaald ouderschapsverlof en de fiscale verlofspaarregeling. Deze drie financieringsregelingen voor langere periodes van verlof zullen opgaan in een nieuw te ontwikkelen *fiscale 'levensloopregeling'*, die in het Hoofdlijnenakkoord 2003 is aangekondigd.

De *Wet aanpassing arbeidsduur* (van kracht sinds 1 juli 2000) geeft werknemers het recht op vermindering (of vermeerdering) van de arbeidsduur. Het betreft een geclausuleerd recht: een werkgever kan het verzoek tot aanpassing van de arbeidsduur afwijzen op grond van zwaarwegende bedrijfs- of dienstbelangen.

Naast de maatregelen die gericht zijn op "tijd" zijn er maatregelen die meer gericht zijn op andere faciliteiten. Genoemd kan worden de Stimuleringsmaatregel Dagindeling die dit voorjaar is afgerond. Deze stimuleringsmaatregel had tot doel om via subsidiëring van experimenten maatschappelijke organisaties, bedrijven en lokale overheden uit te dagen tot het ontwikkelen van zoveel mogelijk creatieve ideeën en oplossingen en het maken van nieuwe afspraken om de combinatie van werk en privé te vergemakkelijken. Er zijn 140 experimenten in gang gezet. Eind dit jaar zullen de laatste eindigen. Naar verwachting zal ongeveer tweederde van de experimenten blijvend resultaat opleveren. Meer dan 70.000 mensen en 4000 organisaties zijn bereikt. Met Europees geld wordt inmiddels een aantal vervolgpogingen opgezet op het terrein van dagindeling. Medio maart 2003 is subsidie toegekend aan 27 experimenten.

Sinds 1998 is het aantal plaatsen in de kinderopvang meer dan verdubbeld en het aantal plaatsen groeit nog steeds door. Eind dit jaar zullen er naar verwachting ca. 191.000 plaatsen beschikbaar zijn. Ook een goede beschikbaarheid van kinderopvang kan het combineren van arbeid en zorg vergemakkelijken en daarmee stress tegengaan en verzuim voorkomen.

In de toekomst blijft dit onderwerp hoog op de agenda staan. Gezien het nog steeds groeiende aantal vrouwen dat participeert op de arbeidsmarkt, verwacht ik dat het belang dat maatregelen op dit gebied hebben om het hogere arbeidsongeschiktheidsrisico van vrouwen tegen te gaan, zal toenemen.

#### 4. Maatregelen bij psychische klachten

Niet alleen bij vrouwen maar ook bij mannen vormen psychische klachten een belangrijke oorzaak van de WAO-instroom. In algemene zin geldt bovendien dat de *claimbeoordeling* WAO bij psychische klachten moeilijker is dan bij lichamelijke aandoeningen. In het verleden kwam het regelmatig voor dat betrokkene op medische gronden volledig arbeidsongeschikt werd geacht en er geen arbeidskundige schatting werd uitgevoerd. Sinds de invoering van het CBBS is het claimbeoordelingsproces ten aanzien van psychische aandoeningen verbeterd, kan dit laatste beter gemonitord worden en is het oneigenlijk gebruik ook afgenomen. Cijfers over het eerste halfjaar van 2003 wijzen uit dat het aandeel nieuwe arbeidsongeschikten met psychische aandoeningen relatief gezien sneller daalt dan het gemiddelde. In aansluiting hierop heeft het UWV zoals hiervoor vermeld, initiatieven genomen om de keuringspraktijk bij psychische klachten aan te scherpen.

Om psychische klachten beter te kunnen onderkennen, voorkomen en behandelen is in januari 2000 de commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid (de commissie Donner I) ingesteld. Deze commissie is op 31 maart 2003 met de commissie Arbeidsgehandicapten en Werk opgegaan in de *Commissie Het Werkend Perspectief (CWP)*. Deze nieuwe commissie is voor een periode van vier jaar ingesteld als onderdeel van het flankerend beleid op het terrein van sociale zekerheid en zorg en heeft tot taak om de arbeidsintegratie en de reïntegratie van arbeidsgehandicapten en chronisch zieken te stimuleren en bij te dragen aan het terugdringen van het ziekteverzuim en de WAO-instroom. Het accent ligt hierbij op kennisoverdracht, verandering van beeldvorming en gedragsverandering bij werkgevers, werkenden en de professionals die hen daarbij ondersteunen. De Commissie Het Werkend Perspectief werkt aan de implementatie van de door de twee voorgaande commissies ontwikkelde ideeën, instrumenten en afspraken. Hiertoe kent de commissie in ieder geval een subcommissie Psychische Problematiek die de Leidraad "Aanpak verzuim om psychische redenen" verder zal gaan implementeren. De commissie maakt thans een meerjarenprogramma 2003-2006 op hoofdlijnen. De subcommissie Psychische Problematiek heeft een publieksvriendelijke folder ontwikkeld gericht op de aanpak van psychische klachten. Deze zal breed verspreid worden.

Op 14 juli 2003 heeft het kabinet zijn standpunt gepubliceerd over het *advies van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling "Werken aan balans. Remedies tegen burn-out"*. Hoewel dit advies niet specifiek over vrouwen en de arbeidsgevolgen van burn-out gaat, bevat het advies zinvolle aanbevelingen die ook in dit verband de aandacht verdienen en met name voor vrouwen zinvol zijn. De Raad signaleert dat psychische vermoeidheid en burn-out een belangrijk maatschappelijk probleem vormen; van de werkenden voelt ca. 10% zich psychisch vermoeid en heeft ongeveer 4% te kampen met burn-out. Professionals die in de publieke sector werken hebben hier vaker last van, wat samenhangt met het feit dat zij direct

contact hebben met cliënten, klanten, patiënten en burgers, waarbij een risico is dat hun verwachtingen en beroepsethiek niet overeenkomen met de eisen die het dagelijkse werk aan hen stelt. De professionals zien dan steeds minder mogelijkheden om hun idealen te verwezenlijken en psychische klachten kunnen het gevolg zijn. Naast de omschreven werkgerelateerde oorzaken is het wat betreft de privé-situatie voor velen lastig kiezen tussen de vele mogelijkheden voor tijdsbesteding. Burn-out aanpakken is niet eenvoudig omdat burn-out het gevolg is van een disbalans tussen de persoon zelf, zijn privé-situatie en zijn arbeidssituatie. Wat betreft de afstemming tussen werk en persoon gaat het er volgens de Raad om de primaire werkprocessen te herwaarderen. Wat betreft de afstemming werk en privé gaat het er om de strikte scheiding hiertussen te doorbreken. De overheid zou er volgens de Raad voor moeten zorgen dat de wet- en regelgeving faciliterend is voor de balans tussen werk en privé.

Het kabinet onderschrijft de visie van de Raad. Deregulering in het algemeen, minder bureaucratie in de zorg, introductie van nieuwe beroepen en functies in de zorg en beleid gericht op een betere combinatie van arbeid en zorg zijn in de visie van het kabinet van groot belang. Het kabinet onderschrijft ook dat er binnen organisaties en bedrijven meer aandacht moet zijn voor de werknemer als mens. Dit klinkt wellicht weinig concreet, maar het wordt minder abstract als gedacht wordt aan maatregelen die in arboconvenanten afgesproken en uitgevoerd worden. Ook het bedrijfsgezondheidsmanagement speelt een rol: mensen met arbeidsrelevante klachten kunnen snel weer aan de slag door adequate diagnosestelling en behandeltrajecten. Het kabinet wil bedrijfsgezondheidsmanagement door werkgevers stimuleren. Hierop zal nader worden ingegaan in de nota Gezondheidsbeleid, die het kabinet dit jaar naar het parlement zal sturen.

Het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid is, naast de lopende aanpak via het huidige arboconvenantentrajec bezig zich te oriënteren op een vervolgaanpak op het terrein van RSI en psychosociale arbeidsbelasting. In dat kader hebben vorig jaar gesprekken plaatsgevonden met vertegenwoordigers van verschillende relevante partijen (werknemers, werkgevers, wetenschappers, arboprofessionals en verzekeraars) over de problematiek rondom RSI en Psychosociale arbeidsbelasting. Op basis van onder andere deze gesprekken is een discussiedocument opgesteld. Dit document bevat een analyse van knelpunten rondom deze arbeidsrisico's en geeft suggesties voor een (verdere) aanpak van de knelpunten. Het document zal in september dienen als discussiestuk tijdens een aantal discussiesessies, die met genoemde relevante partijen worden gehouden. Tijdens deze sessies wordt aan de hand van de knelpuntenanalyse gediscussieerd over wat nu precies de (grootste) knelpunten zijn bij deze problematiek. Daarnaast wordt tijdens de sessies ook stilgestaan bij suggesties voor (verdere) aanpak van de knelpunten. De opbrengst van alle sessies samen zal gebruikt worden bij de verdere aanpak van RSI en Psychosociale arbeidsbelasting. Afhankelijk van de opbrengst wordt bezien of hierbij specifiek aandacht zal worden besteed aan de doelgroep (jonge) vrouwen.

Resumerend kan gesteld worden dat maatregelen bij psychische klachten plaats vinden op een breed terrein. Activiteiten op dit gebied hebben veelal een lange adem nodig voor zij resultaat afwerpen. Ik verwacht echter dat de in gang gezette initiatieven en de aandacht die nu wordt gegenereerd voor de behandeling van psychische klachten, positieve gevolgen voor vrouwen opleveren.

## **5. Reïntegratie**

Bij reïntegratie heeft de overheid een rol op afstand en treedt vooral voorwaardenscheppend op. Voor de uitstroom uit de WAO vinden er op verschillende plaatsen initiatieven plaats. De volgende activiteiten kunnen genoemd worden in aanvulling op de in paragraaf 2 besproken maatregelen.

Van veel kanten, ook door de Stichting Waho, is bepleit dat WAO-ers meer eigen verantwoordelijkheid krijgen bij de vormgeving van hun reïntegratietraject. Ik heb daarom toegezegd een regeling te zullen ontwerpen voor een zogenaamd individueel reïntegratiecontract (ICR). Hierdoor krijgen WAO-ers meer ruimte om zelf met initiatieven te komen, als zij daar de voorkeur aan geven boven een regulier traject dat hen wordt aangeboden door het UWV. Deze regeling moet per januari 2004 ingaan. Ik vind het ook belangrijk dat cliënten zich bij de keuze voor een traject kunnen laten bijstaan door een vertrouwenspersoon, een zogenaamde jobcoach of werkherkansingsadviseur. Over de vormgeving hiervan zal ik u voor 1 juli 2004 berichten. Ik ben van mening dat speciaal voor vrouwen dit nieuwe beleid goed zal uitwerken.

Als onderdeel van kwaliteitszorg heeft UWV met reïntegratiebedrijven afspraken gemaakt over de nazorg bij plaatsing. Vrouwen die met reïntegratietrajecten begeleid worden naar werk, krijgen dus tenminste de eerste zes maanden dat zij werken persoonlijke begeleiding via de reïntegratiemedewerker. De begeleiding wordt op het individu afgestemd. Het UWV legt vast dat er gesprekken tussen werkgever, werknemer en reïntegratiebedrijf moeten plaatsvinden waarin de individuele situatie kan worden besproken. Hierdoor kunnen eventuele problemen voorkomen worden.

Binnen reïntegratiebedrijven zijn er grote verschillen in de wijze waarop men er in slaagt vrouwen aan te spreken en activiteiten te ontwikkelen die voor vrouwen succesvol zijn. Ik heb daarom het Platform Vrouwen en Arbeidsongeschiktheid subsidie verstrekt om een zogenaamd keurmerk te ontwikkelen voor reïntegratiebedrijven. Het Platform zal criteria ontwikkelen om de kwaliteit van reïntegratiebedrijven wat betreft gender en diversiteit te kunnen toetsen. De eindrapportage van het project, gericht op aanbevelingen aan beleidsmakers, uitvoerders en reïntegratiebedrijven en het te ontwikkelen "keurmerk voor vrouwen" zal in 2004 verschijnen.

Daarnaast is het van belang te melden dat de Stichting voor jonge hoger opgeleide vrouwen in de WAO (Waho) een brochure heeft ontwikkeld die voorbeelden geeft van succesvol gereïntegreerde vrouwen. Het doel van deze brochure is om WAO-sters "empowerment" te geven, en belemmeringen die vrouwen ondervinden bij hun pogingen terug te keren naar werk (zowel bij hen zelf als bij instanties), in kaart te brengen. Het boekje zal binnenkort verspreid worden onder arbodiensten, UWV, reïntegratiebedrijven, vakbonden, werkgevers, belangenbehartigers en vrouwelijke WAO-ers.

Ik ben voornemens bij de voorlichting over het nieuwe arbeidsongeschiktheidsstelsel veel aandacht te besteden aan de voordelen voor werkgevers van het in dienst nemen van arbeidsongeschikten.

De Minister van Sociale Zaken  
en Werkgelegenheid,

(mr. A.J. de Geus)

## BIJLAGE

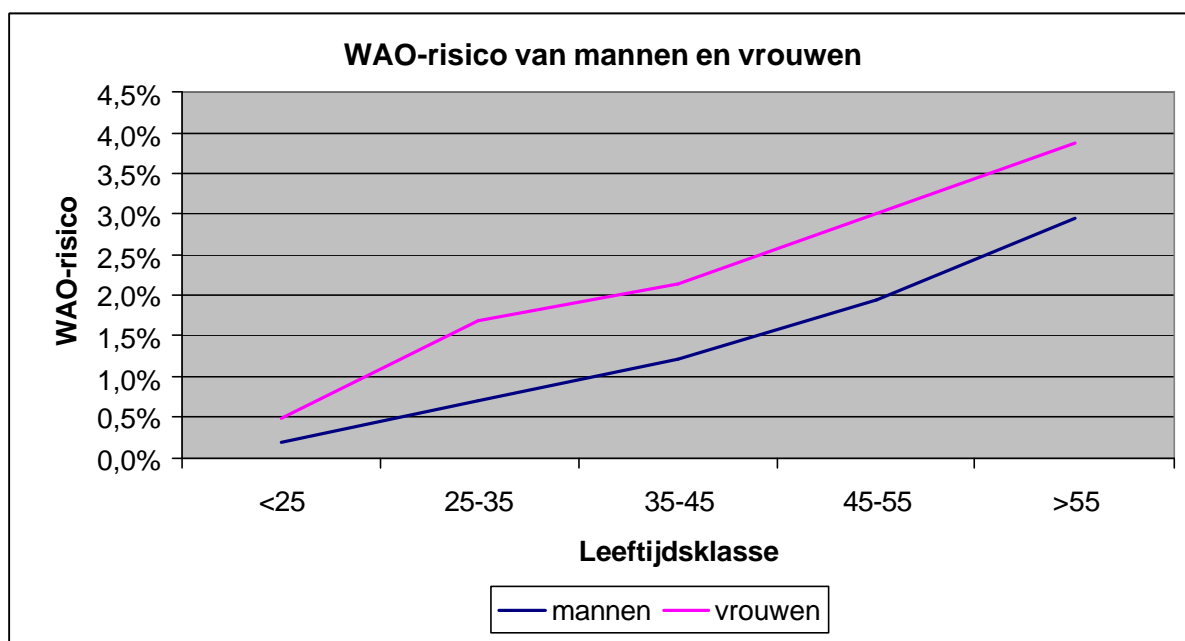
### FEITEN: CIJFERS EN ONDERZOEKEN

Alvorens de maatregelen te noemen, worden eerst de feiten over het arbeidsongeschiktheidsrisico van vrouwen en mogelijke verklaringen geschetst. De cijfers over de WAO-instroom en het WAO-bestand laten duidelijke verschillen zien tussen mannen en vrouwen. De gepresenteerde cijfers hebben betrekking op 2001, omdat voldoende gedetailleerde gegevens over 2002 voor deze analyse nog niet beschikbaar waren.

De WAO-instroom in 2001 bedroeg ruim 104.000 personen. Daarbinnen waren vrouwen in de meerderheid (45% was man en 55% vrouw), ondanks dat het aantal vrouwelijke werknemers kleiner is dan het aantal mannelijke werknemers. Het verschil in WAO-risico is daarom aanmerkelijk.

Het landelijk gemiddelde WAO-risico bedroeg circa 1,5%. Voor mannen bedroeg het risico 1,2% en voor vrouwen 1,9%. Het risico voor vrouwen is daarmee circa 60% hoger dan het risico van mannen. Het verschil in risico tussen mannen en vrouwen doet zich voor in alle leeftijdsklassen, zoals geïllustreerd door figuur 1.

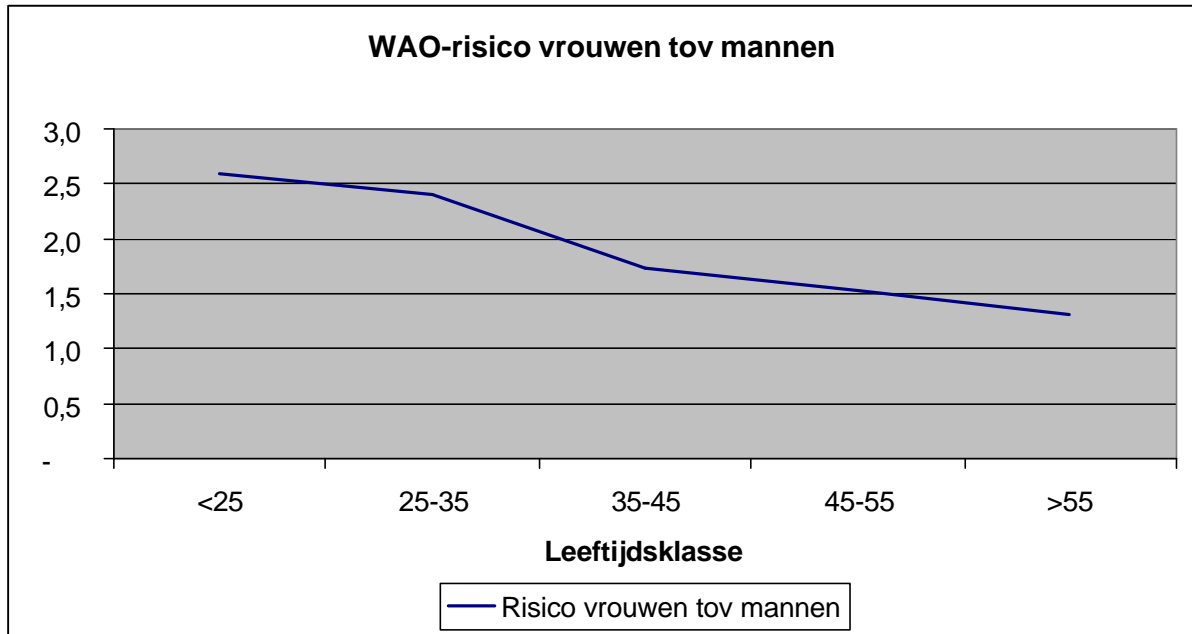
**Figuur 1. WAO-risico van mannen en vrouwen naar leeftijdsklasse**



Het relatieve verschil in instroomrisico is het grootst in de jongere leeftijdsgroepen. In de leeftijd tot 35 jaar is het risico van vrouwen circa 2½ keer zo hoog als dat voor mannen. Voor de oudere leeftijdsklassen, is het relatieve verschil kleiner. Figuur 2 laat dat zien. De oorzaak van de hogere instroomkans van vrouwen ligt niet bij de claimbeoordeling. Vrouwen krijgen bij de claimbeoordeling namelijk iets minder vaak dan mannen een WAO-uitkering toegekend, namelijk in 68% van de gevallen ten opzichte van 72% bij mannen. Het verschil in instroom wordt met andere woorden bepaald door het grote verschil tussen mannen en vrouwen die een beroep willen doen op de WAO.

Niet alleen is het risico op WAO-instroom van vrouwen aanzienlijk hoger dan van mannen, zij krijgen ook vaker dan mannen een volledige uitkering. Voor mannen is 51% van de nieuwe uitkeringen een volledige uitkering, bij vrouwen bedraagt dit 61%.

**Figuur 2. WAO-risico van vrouwen ten opzichte van mannen, naar leeftijdsklasse**



In totaliteit zijn er meer mannelijke dan vrouwelijke WAO'ers. Eind 2001 zaten circa 440.000 mannen en 352.000 vrouwen in de WAO. Opmerkelijk is echter dat in de jongere leeftijdsgroepen het aantal vrouwen in de WAO aanzienlijk groter is dan het aantal mannen. In de leeftijd tot 35 jaar zaten 51.000 vrouwen tegenover 23.000 mannen in de WAO. Dit hangt natuurlijk samen met het relatief hoge instroomrisico van jonge vrouwen.

Psychische klachten vormen bij vrouwen zowel als bij mannen de belangrijkste diagnose en komen relatief vaker voor op jongere leeftijd. Vrouwen hebben wel vaker dan mannen psychische klachten. Bij vrouwen is deze diagnose in 40% van de gevallen en bij mannen in 33% van de gevallen de reden van WAO-instroom. Bij de lopende WAO-uitkeringen is het verschil nog groter, 39% van de vrouwen in de WAO heeft de diagnose psychische klachten tegenover 29% van de mannen.

In lijn met het verhoogde WAO-risico van vrouwen laten cijfers over ingekochte reïntegratietrajecten zien dat meer trajecten worden ingezet voor vrouwen. Dit geldt zowel voor vrouwen met een WAO-uitkering als voor vrouwen zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering. De groep zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering bevat zieke werknemers en personen die bij de WAO-keuring minder dan 15% arbeidsongeschikt zijn. Correspondierend met het relatief sterk verhoogd arbeidsongeschiktheidsrisico van vrouwen in de jongere leeftijdsgroepen, zijn de meeste trajecten bij vrouwen ingekocht voor de leeftijdscategorie van 25 tot en met 44 jaar. Bij mannen zijn de meeste trajecten bestemd voor een oudere groep, namelijk de leeftijdsgroep van 35 tot en met 54 jaar.

Opmerkelijk is dat, in tegenstelling tot de reïntegratietrajecten, reïntegratie-instrumenten in de vorm van werkgevers- en werknemersvoorzieningen vaker voor mannen dan voor vrouwen worden ingezet. Voor de werkgeversvoorzieningen geldt dit in sterkere mate dan voor de werknemersvoorzieningen.

In de laatste 10 jaar is vrij uitgebreid onderzoek gedaan naar het feit dat vrouwen vaker ziek zijn dan mannen en een grotere kans lopen om in de WAO te belanden. Voor deze verschillen zijn verklaringen gezocht. Daarbij is gekeken naar kenmerken van het werk, van de werkomstandigheden, dubbele belasting, belastbaarheid en meer recent de rol van motivatie, van de sociale omgeving en van (bedrijfs)artsen.

Allereerst is bezien of Nederland internationaal een bijzondere positie inneemt. Het blijkt dat Nederland en de Scandinavische landen de enige landen zijn waarin het instroomrisico voor vrouwen groter is dan voor mannen. Het lijkt erop dat in landen waar de toegang tot de WAO relatief gemakkelijk is, vrouwen oververtegenwoordigd zijn<sup>2</sup>. De “late” start van de groei van de arbeidsparticipatie van vrouwen in Nederland lijkt niet de oorzaak van de hogere arbeidsongeschiktheidsrisico's. Ook in Zweden is het arbeidsongeschiktheidsrisico van vrouwen groter dan van mannen, terwijl dit land al veel langer een hoge arbeidsparticipatie van vrouwen kent.

De beroepssegregatie op de arbeidsmarkt - niet alleen in Nederland - is nog zeer sterk. Dat maakt het analytisch moeilijk de exacte achtergrond van de man/vrouwverschillen in WAO-intrede te achterhalen. Vrouwen werken in andere sectoren dan mannen en in andere beroepen. Als vrouwen al in dezelfde sector werkzaam zijn als mannen, dan werken ze in het algemeen op een lager functieniveau, minder als leidinggevende, tegen een lager salaris of in deeltijd. Vrouwen werken daarbij veelal in beroepen die een groter WAO-risico met zich meebrengen. Het is overigens moeilijk te zeggen of het hogere risico van vrouwen wordt veroorzaakt door het feit dat zij in bepaalde sectoren werken, of dat in bepaalde sectoren het arbeidsongeschiktheidsrisico zo hoog is omdat er zoveel vrouwen werken.

Het is desalniettemin waarschijnlijk dat het soort werk dat vrouwen doen, mede het verschil in WAO-intrede met mannen verklaart. Verschillen in belastbaarheid leiden volgens de internationale literatuur niet aantoonbaar tot meer arbeidsongeschiktheid. Wel stellen onderzoekers verschillen in fysieke en psychische belastbaarheid vast. Onderzoek laat overigens zien dat vooral ten aanzien van fysieke belasting mannen en vrouwen in eenzelfde beroep niet precies dezelfde dingen doen. Zo doen in sommige sectoren zoals de schoonmaak mannen de lichamelijke zwaardere klussen en vrouwen in dezelfde beroepen de lichamelijke lichtere klussen. Het tegenovergestelde zien wij in de gezondheidszorg. Vrouwen werken voornamelijk op de zorgafdelingen waar fysiek zwaar werk moet worden gedaan, terwijl de mannen minder fysiek zwaar werk doen omdat zij werken op de operatiekamer, of op de intensive care dan wel als leidinggevende (Houtman en van de Heuvel, 2001). De beperkt aanwezige onderzoeksliteratuur op het terrein van belastbaarheid geeft echter geen aanwijzingen dat hierin een belangrijke verklaringsgrond van het man-vrouw verschil in arbeidsongeschiktheidsrisico te vinden is.

Dubbele belasting blijkt in het merendeel van de studies geen aantoonbare oorzaak van arbeidsongeschiktheid. Twee meer recente onderzoeken nuanceren deze bevinding. Zij verlenen toch plausibiliteit aan de hypothese dat het hebben van kinderen een risicoverhogende factor is.

---

<sup>2</sup> Transforming disability into ability, OECD, 2003



Een mogelijke verklaring voor de verschillen in arbeidsongeschiktheidsrisico tussen mannen en vrouwen zou gezocht kunnen worden in de mogelijk andere plaats die betaald werk inneemt in het leven van vrouwen. Twee kwalitatieve studies lijken hiervoor aanwijzing te geven. Uit het onderzoek van de Rijk et al (2002) blijkt dat mannen vanuit hun prive-omgeving een sterkere norm tot werkhervatting ervaren dan vrouwen. Cuelenaere (1997) vond dat de vanzelfsprekendheid van het hebben van een inkomen voor mannen groter is dan voor vrouwen en dat mannen daarom ook meer geprikkeld zijn om activiteiten tot werkhervatting te ondernemen. Mannen zien werken vaak als een plicht. Bij vrouwen neemt het verrichten van betaalde arbeid wel een belangrijker plaats in in hun leven.

Verdonk et al (2001) suggereren dit ook. Voor vrouwen betekent de plaats van betaalde arbeid in hun leven bijvoorbeeld dat zij als zij kinderen hebben, zorgverlof opnemen en in deeltijd gaan werken of dat zij tijdelijk of permanent helemaal stoppen met werken. Het gevolg van deze oplossing voor het combineren van werk en zorg is echter een achterstand op de arbeidsmarkt en de gedachte bij werkgevers, bedrijfsartsen en partners dat werk voor vrouwen minder belangrijk is dan voor mannen.

Van der Giezen en Bruinsma (2000) concluderen dat bij de gezondheidsbeleving de omgeving van de vrouw (bedrijfsartsen, werkgevers, collega's, familie) een belangrijke rol speelt als het gaat om de kans arbeidsongeschikt te worden. Vinke et al. (1999) geven in hun onderzoek aan dat bedrijfsartsen het belang van reïntegratie lager inschatten voor vrouwelijke dan voor mannelijke werknemers. De visie van de bedrijfsartsen op werkhervatting van vrouwen bleek ook af te hangen van de leeftijd en het geslacht van de bedrijfsarts. Met name mannelijke, oudere bedrijfsartsen zagen iets vaker het belang in van reïntegratie van een mannelijke werknemer dan van een vrouwelijke werknemer. De Rijk (2002) concludeert dat vrouwelijke werknemers met een laag opleidingsniveau en klachten aan het bewegingsapparaat een geringere kans maken op werkhervatting dan vergelijkbare mannelijke werknemers. De bedrijfsarts schat in dat verzuimende vrouwen minder positief staan tegenover werkhervatting dan verzuimende mannelijke werknemers en bedrijfsartsen zijn bij vrouwen vaker dan bij mannen van mening dat de klachten overschat worden. Deze gegevens gelden vooral voor vrouwen die het werk niet hervatten.

De bedrijfsarts blijkt er bij vrouwelijke werknemers die niet meer in staat zijn hun eigen werk te doen, in het algemeen minder in te slagen om alternatieven te vinden voor hun oude functie.

Het onderzoek van Cuelenaere (1997) komt tot dezelfde conclusie ten aanzien van de bedrijfsartsen. Zij suggereert dat dit te maken zou kunnen hebben met deeltijdwerk: de bedrijfsartsen in dit onderzoek gaven soms aan dat het moeilijk was lichter werk te vinden, omdat de belasting bij deeltijd werk al lager was. Daarnaast bleek dat bedrijfsartsen in "vrouwensectoren" vaker denken dat volledig herstel nodig is voor werkhervatting dan in andere sectoren. Tevens vond zij in dit onderzoek dat verzuimende vrouwen meer actief bezig waren met het herstel van de gezondheid dan verzuimende mannen en dat zij pas na volledig herstel weer wilden hervatten. Deze bevinding werd bevestigd in het onderzoek van Vinke et al. (1999), waaruit blijkt dat verzuimende mannen minder (para)medische behandelaars zagen dan vrouwen. Dit ging vooral op voor mannen in typische mannenberoepen.

Concluderend kunnen we op basis van het hier besproken onderzoek stellen dat hoewel veel onderzoek slechts één aspect belicht, het toch duidelijk is dat niet één afzonderlijke factor de ultieme verklaring voor het verschil geeft. In het algemeen spelen meerdere factoren een rol, en in iedere afzonderlijke situatie zal een combinatie van bepaalde factoren doorslaggevend zijn.

