

Paper Symposium 2001: Een tweede eeuw sociale zekerheid: sociale integratie in de 21^e eeuw, Den Haag, 14-15 juni 2001.

Parallelsessie 2.1 'Participatie: scholing, zorg en arbeidsplicht'.

Toenemende arbeidsparticipatie, ziekteverzuim en WAO-instroom van vrouwen

Tinka van Vuuren en Aukje Smit

TNO Arbeid Postbus 718 2130 AS Hoofddorp

De arbeidsmarktparticipatie van vrouwen neemt al enige jaren fors toe. Maar ook het ziekteverzuim en de instroom van vrouwen in de WAO zijn stijgende. Het probleem van het verzuim en de hoge WAO-instroom van vrouwen is complex. Veel factoren spelen hierbij een rol. Een bekende factor zijn de verschillen in werkomstandigheden tussen mannen en vrouwen. Nog niet duidelijk is welke factoren nog meer verantwoordelijk zijn voor de grotere kans op arbeidsongeschiktheid van vrouwen. Er zijn wel aanwijzingen dat minder grijpbare factoren, zoals opvattingen, attitudes en rolpatronen van zowel de vrouwen, hun sociale omgeving, bedrijfsartsen en werkgevers ook een belangrijke rol spelen en elkaar hierbij versterken. In deze bijdrage willen wij grond van enkele recente onderzoeken ingaan op deze interessante, maar moeilijk vast te stellen factoren. Speciale aandacht schenken wij hierbij aan de sector Zorg en Welzijn. In deze sector is bijna viervijfde van de ca. 868.000 werknemers vrouw en bovendien kent deze sector een hoog ziekteverzuim en WAO-instroom. De volgende vragen zullen wij in dit artikel beantwoorden:

1. Hoe hoog is de arbeidsparticipatie, ziekteverzuim en WAO-instroom van mannen en vrouwen in Nederland in het algemeen en in de sector Zorg en Welzijn in het bijzonder?
2. Wat zijn mogelijke oorzaken van het hoge ziekteverzuim en de WAO-instroom van vrouwen?
3. Welke maatregelen kunnen werkgevers treffen om het ziekteverzuim en de WAO-instroom van vrouwen terug te dringen?

1. Cijfers over de toenemende arbeidsmarktparticipatie, ziekteverzuim en WAO-instroom van vrouwen

In deze paragraaf gaan wij in op de verschillen in arbeidsparticipatie, ziekteverzuim en WAO-instroom tussen mannen en vrouwen.

1.1 Arbeidsmarktparticipatie

In 2000 bedroeg de werkzame beroepsbevolking 3.629.000 mannen en 2.488.000 vrouwen.

(CBS, Statline, 2002). Dit betekent dat ondanks de toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen, zij nog steeds ondervertegenwoordigd zijn op de arbeidsmarkt. De deelname van vrouwen aan de arbeidsmarkt was begin jaren negentig echter nog een stuk lager. De arbeidsparticipatie van vrouwen is tussen 1990 en 2001 ook sterk gestegen. De netto-arbeidsparticipatie (personen die ten minste 12 uur per week werken uitgedrukt in een percentage van de bevolking tussen de 15 en 64 jaar) van vrouwen nam toe van 39% tot 53%. Bij mannen nam het toe van 71 tot 77%. De netto-participatie nam het sterkst toe bij vrouwen in de leeftijdscategorie van 25-34 jaar: van 53 tot 72%.

Dit geldt zelfs nog in sterkere mate voor hoogopgeleide vrouwen. Hoogopgeleide vrouwen hebben namelijk veel vaker een betaalde baan dan lager opgeleide vrouwen. Slechts 24% van de vrouwen met alleen basisonderwijs had in 2000 een baan van 12 uur of meer, tegen 83% van de vrouwen met een academische opleiding. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn het kleinst bij hoog-opgeleiden. De arbeidsdeelname van vrouwen met minderjarige kinderen is ook hoger naarmate de opleiding hoger is. Bij hoger opgeleide vrouwen is de arbeidsparticipatie van 1992 tot 1997 sterk gestegen, bij

laag opgeleide vrouwen slechts licht. Vooral de arbeidsdeelname van vrouwen met kinderen jonger dan zes jaar is gestegen (Keuzenkamp & Oudhof, 2000).

1.2 Ziekteverzuim

Het Centraal Bureau voor de Statistiek verzamelt sinds 1993 gegevens over het ziekteverzuim bij particuliere bedrijven. In tabel 1 staat het ziekteverzuimpercentage exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof in de particuliere bedrijven weergegeven. Hieruit blijkt dat voor het totale bedrijfsleven geldt dat in 2001 aan de stijging van het verzuim die in 1996 is ingetreden na een eerdere daling een einde is gekomen. Ook in de sector Zorg en Welzijn is dat het geval. In deze sector was overigens het ziekteverzuim altijd al hoger en nam het verzuim al in 1995 toe.

Tabel 1 Ziekteverzuimpercentage exclusief zwangerschap- en bevallingsverlof (CBS, statline, 2001)

	1993	1994	1995	1996	1996	19997	1998	1999	2000
Nederland	6,1	4,7	4,7	4,8	5,0	5,0	5,4	5,5	5,4
Zorg en Welzijn	7,1	6,0	6,5	6,6	6,8	7,3	7,8	7,8	7,5

De statistiek ziekteverzuim particuliere bedrijven geeft geen inzicht in verschillen in ziekteverzuim tussen mannen en vrouwen. Deze verzamelt immers alleen informatie op bedrijfsniveau zonder dit in verband te kunnen brengen met kenmerken van de werknemers in deze bedrijven. Vernet Verzuim in Nederland BV beschikt wel over deze gegevens. Vernet produceert verzuimcijfers op branche-niveau in de zorgsector (www.vernet.nl). Tabel 2 geeft aan hoe hoog in 1999, 2000 en 2001 volgens Vernet het ziekteverzuimpercentage en meldingsfrequentie, (exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof) en het aandeel in de personeelssterkte zijn binnen de branches thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg, ziekenhuizen en geestelijke gezondheidszorg. In deze branches is gemiddeld 77 procent van de werknemers vrouw, tegen 37 procent in de overige sectoren (Postma & Scholten, 1999).

Tabel 2 Ziekteverzuimpercentage, meldingsfrequentie, gemiddelde duur exclusief zwangerschap- en bevallingsverlof uitgesplitst naar mannen en vrouwen in de zorgsector in 1999, 2000 en 2001 (www.vernet.nl)

	Verzuimpercentage						Meldingsfrequentie						Personeelssterkte	
	M			V			M			V			M	V
	99	00	01	99	00	01	99	00	01	99	00	01	99	99
Thuiszorg	6,6	7,0	6,6	10,6	10,5	10,5	1,3	1,4	1,5	1,4	1,4	1,5	4,3	95,7
Verpleeg- en verzorgingshuizen	5,8	6,3	6,2	8,8	8,8	8,7	1,4	1,4	1,4	1,6	1,7	1,7	13,3	86,7
Gehandicaptenzorg	6,0	7,2	6,9	7,6	8,4	8,5	1,3	1,5	1,5	1,4	1,6	1,6	19,6	80,4
Ziekenhuizen	4,7	5,2	5,2	6,7	6,8	6,8	1,3	1,4	1,4	1,6	1,7	1,7	23,0	77,0
Geestelijke gezondheidszorg	5,8	5,9	5,7	7,9	7,9	7,7	1,5	1,6	1,6	1,8	1,8	1,8	34,6	65,6

Uit tabel 2 blijkt ten eerste dat in de meeste deelsectoren in 2001 een daling is ingetreden in het verzuim. Ten tweede laat de tabel zien dat voor alle deelsectoren in de zorgsector geldt dat vrouwen een hoger verzuimpercentage en een hogere meldingsfrequentie hebben dan mannen. Ook lijkt dat hoe hoger het aandeel vrouwen is op het totale personeelsbestand hoe groter het verschil in de verzuimcijfers is tussen mannen en vrouwen. Een verklaring hiervoor is dat het aantal vrouwen in de deelsectoren in de zorg toeneemt naarmate er meer laaggeschoolde functies zijn. Bovendien zijn de vrouwen vooral werkzaam in de laaggeschoolde functies - waar het verzuim het hoogst is - en de mannen meer in de hooggeschoolde functies.

Ook Van Deursen en Binnendijk (2001) constateren dat het relatief hoge risico op twaalfmaandsziekte in de zorg weliswaar voor een groot deel samenhangt met het hoge aandeel van vrouwelijke werknemers in de zorg, maar dat dit tegelijkertijd gecompenseerd door het relatief hoge opleidingsniveau in de zorg met een bijhorend lager risico op langdurige uitval. Al met al concluderen zij is de personeelsopbouw, wat betreft de kansen op twaalfmaandsziekte, in de zorg toch iets ongunstiger dan daarbuiten.

1.3 WAO-instroom

Voor wat betreft gegevens over de instroom in de WAO zijn wel landelijke cijfers over het verschil in instroom tussen mannen en vrouwen beschikbaar. In tabel 3 staan voor de jaren 1991 tot en met 1999 de arbeidsongeschiktheidsinstroompercentages weergegeven.

Tabel 3 Arbeidsongeschiktheidsinstroompercentage (werknemers, ambtenaren, vroeggehandicapten, zelfstandigen uit Lisv, 2000)

Jaar	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Man	1,50	1,26	1,29	1,06	0,94	1,01	1,04	1,32	1,16
Vrouw	1,89	1,58	1,61	1,37	1,30	1,51	1,59	2,16	1,81
Totaal	1,65	1,39	1,42	1,18	1,09	1,21	1,27	1,67	1,43

Tabel 3 toont dat vrouwen altijd al – ook toen de arbeidsparticipatie van vrouwen nog lager was – een grotere kans hadden om in te stromen in de WAO dan mannen. Verder laat de tabel zien dat de wetwijzigingen in de begin jaren negentig een duidelijke beperkende invloed hadden op de instroom in de WAO. Zowel onder mannen als onder vrouwen nam de instroomkans af. Van 1996 stijgen de kansen echter voor beide geslachten weer, maar voor vrouwen meer dan voor mannen. De instroomkans in 1998 is overigens een uitschieter, door wetwijzigingen en waarschijnlijk dubbeltellingen zijn deze kansen hoger. Ook de sectoranalyse WAO 1999 (SWZ, 2000) wijst uit dat vrouwen in vrijwel alle bedrijfssectoren een hogere instroomkans hebben dan mannen.

Een analyse van de bestands- en instroomcijfers WAO in 1999 (Buijs e.a., 2002) wijst uit dat de instroomkans in de WAO voor mannen uit de zorg- en welzijnsector beduidend lager is dan gemiddeld, namelijk 0,77%, terwijl de instroomkans voor vrouwen wat lager is dan de gemiddelde kans voor vrouwen, te weten 1,66%. Voor de gehele sector vinden Buijs e.a. een instroomkans van 1,47%. Dit cijfer wijkt overigens af van de instroomkans zorgsector uit de sectoranalyse WAO 1999 (SZW, 2000). Daaruit kwam een instroomkans van 1,81% voor de zorgsector in 1999. De zorgsector leverde volgens deze sectoranalyse in absolute aantallen de grootste bijdrage aan de instroom in de WAO. In 1999 was ca 17% van de instroom afkomstig uit deze sector. De onderzoekers van de sectoranalyse schrijven dit toe aan het feit dat de zorgsector de grootste werkgever is in Nederland (meer dan 850.000 werknemers) en de hoger dan gemiddelde instroomkans.

De hogere instroomkans van vrouwen dan van mannen in de WAO maakt dat momenteel meer dan de helft van de instroom in de WAO bestaat uit vrouwen, terwijl zij nog geen 40% van de werkzame beroepsbevolking vertegenwoordigen (Verdonk e.a., 2001).

1.4 Conclusies

Ondanks de stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen in de afgelopen jaren, vertegenwoordigen vrouwen nog steeds niet meer dan 40 procent van de werkzame beroepsbevolking. Desalniettemin bestaat tegenwoordig ruim de helft van de instroom in de WAO uit vrouwen. Ook de beschikbare gegevens over de verschillen in ziekteverzuim tussen mannen en vrouwen geven aan dat vrouwen zich vaker ziek melden en langer ziek zijn.

2. Oorzaken voor het verschil in ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid tussen mannen en vrouwen

Deze paragraaf handelt over mogelijke oorzaken voor het verschil in ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid tussen mannen en vrouwen. De oorzaken zouden kunnen samenhangen met de situatie van de werknemers voordat zij zich ziek melden en met de begeleiding en reïntegratie van de werknemers na de ziekmelding. Hieronder gaan we eerst in op de verschillen tussen mannen en vrouwen in gezondheid, arbeidsomstandigheden, hun arbeidsoriëntatie en verzuimcultuur. Deze aspecten betreffen grotendeels de situatie van de werknemers vooraf aan het moment van ziekmelding. Daarna onderzoeken we in hoeverre verschillen in de begeleiding van zieke mannen en vrouwen door bedrijfsartsen en andere professionals en werkgevers een reden kan zijn voor de seksegebonden verschillen in ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

2.1. Gezondheid

Mannen en vrouwen blijken volgens een literatuurstudie door Vinke e.a. (1999) weinig van elkaar te verschillen wat betreft verschillende gezondheidindicatoren, wel in de mate van gezondheidsklachten, medische consumptie en soorten aandoeningen. Wat betreft deze laatste drie aspecten klagen vrouwen meer over hun gezondheid, is hun medische consumptie hoger en hebben vrouwen andere aandoeningen dan mannen. Deze verschillen zouden een reden kunnen zijn voor het hogere ziekteverzuim en WAO-instroom van vrouwen.

2.2 Arbeidsomstandigheden

Bekend is inmiddels dat ruim de helft van de grotere kans op arbeidsongeschiktheid van vrouwen veroorzaakt wordt door de werkomstandigheden (Van der Giezen, 2000). Vrouwen hebben namelijk vaker werk met een hoger risico dan mannen (zoals werk in de zorgsector en werk met een ongezonde werkdruk) en vrouwen hebben bij bepaalde werkomstandigheden een (iets) grotere kans op arbeidsongeschiktheid dan mannen (zoals een slechte werksfeer en geen plezier in het werk). Het verhoogde arbeidsongeschiktheidsrisico van vrouwen ontstaat al in het begintraject van het ziekteverzuim, want vrouwen melden zich zoals ook uit tabel 2 blijkt vaker ziek dan mannen. Verdonk e.a. (2001) zeggen op basis van een literatuurstudie naar het hogere arbeidsongeschiktheidsrisico van vrouwen ook overtuigend bewijs te hebben gevonden dat de grotere kans op arbeidsongeschiktheid van vrouwen een gevolg is van slechtere werkkenmerken, meer last hebben van sommige werkkenmerken en het vaker werkzaam zijn in risicovollere bedrijfssectoren zoals de zorg.

2.3 Arbeidsoriëntatie

Mannen en vrouwen hebben een andere arbeidsoriëntatie. Deze zou mogelijk een rol kunnen spelen in de verschillen in ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid tussen mannen en vrouwen. Volgens Cuelenaere (1997) gaat het bij mannen vooral om de vanzelfsprekende plaats die het werk in hun leven inneemt: omdat het zo hoort, omdat ze kostwinner zijn en omdat ze zich een leven zonder werk niet kunnen voorstellen. Bij vrouwen overwegen sociale redenen: het voorziet in de behoefte aan sociaal contact, het voorkomt sociaal isolement en werk wordt beschouwd als een volwaardige manier om aan de samenleving deel te nemen. Uit het onderzoek van Vinke e.a. (1999) blijkt dat, hoewel de dubbele belasting als specifieke verzuimoorzaak in verschillende onderzoeken niet éénduidig is aangetoond, dit wel een rol speelt als conditie bij reïntegratie. Zo wensen bijvoorbeeld vrouwelijke WAO'ers (jonger dan 53 jaar) in mindere mate terug te keren in het arbeidsproces dan mannen van hun leeftijd en hangt dit samen met de vrees zorgtaken en werk niet te kunnen combineren, met een minder gevoelde verantwoordelijkheid voor de financiële middelen van het huishouden én met een geringere stimulans vanuit de omgeving om aan het werk te gaan. Gehuwde en samenwonende vrouwen blijken verder onzekerder te zijn over hun resterende restcapaciteit dan andere groepen WAO-toetreders. Bij de inschatting hierover houden zij namelijk rekening met het feit dat zij naast een

relatief zwaar beroep tevens een belangrijke taak in het huishouden hebben. Als het onder grote groepen in de samenleving nog steeds zo is dat vooral de mannen hoofdkostwinner zijn en vooral de vrouwen verantwoordelijk voor huishouden en kinderen, dan heeft dit onvermijdelijk consequenties voor de arbeidsoriëntatie van mannen en vrouwen. Men moet overigens voorzichtig zijn met generalisaties over verschillen tussen mannen en vrouwen. Het is allemaal erg afhankelijk van sociale laag, functieniveau en beroep zoals ook de cijfers over de arbeidsparticipatie van vrouwen laten zien.

2.4 Verzuimcultuur, verzuimgedrag, redenen voor verzuim en verzuimnormen

Uit onderzoek in opdracht van de Organisatie van Arbeidsmarktonderzoek (Van Vuuren e.a., 2001 en Smit & Van Vuuren, 2001) naar de aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie in de vrouwensector Zorg en Welzijn blijkt dat werkgevers (directie, leidinggevenden en personeelsfunctionarissen) niet alleen wijzen op de arbeidsomstandigheden als een belangrijke verzuimoorzaak, maar ook op een bepaalde cultuur die een oververtegenwoordiging van vrouwen met zich meebrengt. Termen als verzuimcultuur en vrouwencultuur worden soms door elkaar gebruikt, vooral in de deelsectoren waar de meeste vrouwen werken, zoals de thuiszorg, kinderopvang en verpleeg- en verzorgingshuizen.

Wat bij een persoon de persoonlijkheidskenmerken, overtuigingen en paradigma's zijn, dat is bij een organisatie de cultuur. Cultuur komt tot uiting in organisatiegedrag. De managementstijl, manieren van met elkaar omgaan, het type medewerkers dat aangetrokken wordt, regels en procedures, het type doelen dat nagestreefd wordt, tonen alle iets van de organisatiecultuur. Een oververtegenwoordiging van vrouwen in een organisatie leidt tot een cultuur die we vaak als een 'vrouwencultuur' bestempelen. Hetzelfde gebeurt bij een oververtegenwoordiging van mannen, dat leidt tot een 'mannen- of macho-cultuur' (zoals bijvoorbeeld in de bouw). In een vrouwencultuur geeft men volgens Nathans (1995) de voorkeur aan relaties, bescheidenheid, zorg en kwaliteit van leven.

De zogenaamde vrouwencultuur wordt volgens de werkgevers in het onderzoek van Van Vuuren e.a. (2001), als zij kampen met een hoog verzuim, gekenmerkt door:

- Een *lage verzuimdrempel* als het gaat om problemen als gevolg van de combinatie arbeid en zorgtaken. De vrouwen melden zich ziek omdat hun kind ziek is en er geen andere oplossing voorhanden is óf omdat dit binnen het team een geaccepteerde oplossing is.
- Een *hoge verzuimdrempel* als het gaat om hun eigen gezondheid. Veel genoemd wordt dat de vrouwelijke werknemers er vaak voor kiezen het belang van de patiënt of cliënt voor te laten gaan ten koste van het eigen belang. Het korte termijn voordeel van even snel iets doen in een foute houding zonder hulp, doorwerken bij ziekte zodat er vandaag geen probleem is op de afdeling, nu geen conflict met deze patiënt of collega en doen wat deze vraagt, gaat dan voor boven het nadeel op de lange termijn van bijvoorbeeld langdurig verzuim.
- Een *hoge hervattingsdrempel*. Vrouwen willen vaak als zij zich eenmaal hebben ziekgemeld, eerst helemaal uitzieken voordat zij weer aan het werk gaan. Collega's bevestigen elkaar hier ook in en adviseren bij ziekte in elk geval goed uit te zieken.
- *Geen aanspreekcultuur*. In veel teams is er een taboe op het bespreken van verzuim en conflicten, ook de leidinggevenden vinden dit lastig. De norm is 'aardig zijn voor elkaar' en iemand het voordeel van de twijfel geven. Op deze manier probeert men conflicten te vermijden en het 'leuk te houden'.

Welke waarde moeten we nu hechten aan de uitkomsten van dit meer kwalitatieve onderzoek? Deze indrukken zijn gebaseerd op gesprekken met vertegenwoordigers van de werkgever in 25 zorg- en welzijninstellingen. Zij zijn veelal de probleemhouders van het hoge verzuim. Uit eerder onderzoek is het bekend dat bij de beoordeling van verzuimoorzaken werknemers en werkgevers ieder andere oorzaken zien. Zo hebben werknemers de neiging naar het werktempo en de werkorganisatie te kijken, werkgevers zien de privé-situatie van hun werknemers als belangrijkste oorzaak. Nader onderzoek is gewenst om te bepalen in hoeverre meer objectief gemeten cultuuraspecten van invloed zijn op het verzuim en arbeidsongeschiktheid.

In de diverse onderzoeken die inmiddels zijn gedaan wordt overigens gewezen op de diverse actoren die een rol spelen bij de hoge instroom van vrouwen in de WAO. Niet alleen de vrouwen en hun sociale omgeving, maar ook bedrijfsartsen en andere functionarissen die betrokken zijn bij verzuimbegeleiding en reïntegratie en werkgevers dragen bij aan het ontstaan van de gezamenlijke norm die men hanteert met betrekking tot het omgaan met verzuim, een verzuimcultuur.

2.4 Begeleiding door bedrijfsartsen en andere professionals

Vinke e.a. (1999) hebben nagegaan of de verzuimbegeleiding door bedrijfsartsen ten aanzien van mannelijke en vrouwelijke werknemers verschilt en welke kenmerken van werknemers (naast sekse) én van bedrijfsartsen van invloed zijn op de verzuimbegeleiding. Het bleek dat bedrijfsartsen het belang van reïntegratie voor mannelijke werknemers hoger inschatten. Verder is met name de arbeidsoriëntatie (hier opgevat als een positieve of negatieve werkhouding) van invloed op de overwegingen van bedrijfsartsen. Maar ook de omvang van de aanstelling (bedrijfsartsen willen aan fulltimers meer tijd besteden en ook schatten zij het belang van reïntegratie voor hen groter in), het soort beroep en het soort aandoening is van belang. In een aantal gevallen speelt ook de sekse en/of leeftijd van de bedrijfsarts een rol in de verzuimbegeleiding.

In het onderzoek van Vinke e.a. zijn bedrijfsartsen en andere functionarissen gevraagd hoe zij zouden handelen bij fictieve casussen of wat hun reactie is op bepaalde stellingen. Nader onderzoek is nodig om zeker te weten of wat zij zeggen ook in werkelijkheid gebeurt. In elk geval is duidelijk dat er aanwijzingen zijn voor verschillen in de begeleiding van mannen en vrouwen door professionals bij verzuim en reïntegratie. De kans is aanwezig dat vrouwen minder actief gereïntegreerd worden bij verzuim, zeker als zij geen kostwinner zijn, parttime (willen) werken en de indruk wekken minder gemotiveerd te zijn.

2.5 Begeleiding door werkgevers

Niet alleen de professionals vervullen een belangrijke rol als het gaat om de reïntegratie van vrouwen, maar werkgevers wellicht nog meer. Zij zetten de toon, en bedrijfsartsen (bijvoorbeeld) volgen. Werkgevers bepalen wat voor soort contract met de arbodienst wordt afgesloten. Veel te vaak is dit in de een minimumcontract, zodat bedrijfsartsen weinig tijd hebben voor gesprekken met zieke werknemers. Werkgevers bepalen uiteraard ook de inhoud van het verzuim- en reïntegratiebeleid. Hier is nog veel te verbeteren. Uit het onderzoek van Cuelenaere blijkt verder dat diverse betrokken actoren (werkgevers, bedrijfsartsen, vrouwen, uvi-functionarissen) dezelfde visie hebben op reïntegratiemogelijkheden van vrouwen in typische vrouwenberoepen en elkaar hierin versterken. De werkgevers waarderen werkneemsters (in dit geval met name schoonmaaksters en verkoopsters) over het algemeen niet zozeer vanwege hun specifieke kwaliteiten, maar om hun aanwezigheid op zich en hun loyaliteit. Dit komt niet zozeer door het feit dat het om vrouwen gaat maar is een gevolg van het soort werk dat zij verrichten. Wanneer een werkneemster met lichamelijke klachten uitvalt hanteren werkgevers meer dan bij mannen het geval is een 'alles-of-niets-perspectief'. Zij wordt meestal vrij snel betaald vervangen en daardoor na verloop van tijd niet echt meer gemist door de werkgever.

Onderzoek van Van Vuuren en Van Gent (2002) naar reïntegratie tijdens het eerste ziektejaar in het Midden- en Kleinbedrijf geeft aan dat de aanpak van reïntegratie enigszins verschilt tussen mannen en vrouwen. Zo worden werkaanpassingen minder ingezet voor vrouwen. Desondanks en tegen de verwachting in blijken er wat het aantal succesvolle gereïntegreerde werknemers betreft geen verschillen te zijn tussen mannen en vrouwen. Dit strookt overigens met de mening van Van der Giezen e.a. (1998). Zij stellen dat de reïntegratiekansen voor mannen en vrouwen gelijk waren. Het hogere arbeidsongeschiktheidsrisico van vrouwen is volgens hen een gevolg van het feit dat vrouwen zich vaker ziek melden en vervolgens even vaak of zelfs vaker langdurig ziek zijn dan mannen en niet een gevolg van een kleinere kans om terug te keren naar het werk. Wel wijst het resultaat dat voor vrouwen minder werkaanpassingen worden gebruikt dan voor mannen, er op dat de aanpak van reïntegratie toch niet geheel gelijk is, hoewel dit inderdaad niet tot verschillen leidt in de mate waarin

vrouwen en mannen herstellen na langdurig verzuim. Kennelijk zijn de verschillen in het aantal toegepaste werkaanpassingen niet zo groot dat dit gevolgen heeft voor de kansen op herstel.

2.6 Conclusies

Voor meer dan de helft kan de grotere kans op WAO-instroom van vrouwen verklaard worden door verschillen in de werkomstandigheden én door het feit dat vrouwen meer last hebben van bepaalde werkomstandigheden dan mannen. Dit roept de vraag op welke factoren nog meer verantwoordelijk zijn voor de grotere kans op arbeidsongeschiktheid van vrouwen. Naar onze mening dienen deze factoren naast verschillen in de gezondheid tussen mannen en vrouwen, gezocht te worden in minder grijpbare zaken, zoals opvattingen, attitudes en rolpatronen van zowel de vrouwen, hun sociale omgeving, bedrijfsartsen en werkgevers.

3. Maatregelen ter vermindering van het ziekteverzuim en WAO-instroom van vrouwen

Welke maatregelen kunnen werkgevers van bedrijven en instellingen waar veel vrouwen werkzaam zijn, nu treffen? Veel vrouwelijke werknemers in een organisatie betekent dat de werkgever rekening moet houden met de arbeidsoriëntatie van deze vrouwen die, als gevolg van op het kostwinnersmodel gebaseerde denkbeelden, in veel gevallen anders is dan die van mannen. Een vrouwencultuur is echter niet synoniem aan verzuimcultuur. Er zijn immers instellingen in de sector zorg en welzijn met een laag verzuim én met veel vrouwelijke werknemers. Als er wel sprake is van een verzuimcultuur kan dit bovendien niet alleen op het conto van de vrouwen worden geschreven. Ook artsen, arbeidsdeskundigen, werkgevers en niet te vergeten de sociale omgeving van de vrouwen dragen hier aan bij.

De werkgevers van instellingen in de sector zorg en welzijn die écht werk maken van de aanpak van verzuim en reïntegratie hebben dit alles goed begrepen. Uit het onderzoek van Van Vuuren e.a. (2001) komt naar voren dat zij zich richten op belangrijke maatregelen zoals het verder verbeteren van het verzuim- en reïntegratiebeleid, betere samenwerking met de arbodienst, optimale arbeidsomstandigheden en borging van de uitvoering van ingezet beleid. Maar daarnaast probeert men ook een goede werkgever te zijn en grip te krijgen op de opvattingen en het gedrag van leidinggevenden, bedrijfsartsen en niet te vergeten de vrouwen zelf. Dit alles ingekaderd door een integraal, systematisch personeelsbeleid. De aanpak van deze werkgevers biedt mogelijk ook andere werkgevers handvatten voor het maken van de juiste keuzes bij het ontwikkelen van een concreet en effectief ziekteverzuim en reïntegratiebeleid. Aangrijpingspunten voor beleid zijn in dit verband:

- *Bewerkstelligen van een open aanspreekcultuur:* Leidinggevenden worden getraind in het bespreekbaar maken van verzuim, zowel op individueel niveau als binnen teams. Werkgevers stimuleren medewerkers tijdig te zeggen wat er speelt, bieden alternatieven voor verzuim bij specifieke problemen (thuis of op het werk) en helpen problemen op te lossen.
- *Combinatie arbeid en zorg:* Werkgevers ontwikkelen beleid inzake het faciliteren van de combinatie arbeid en zorg. Werkneemsters krijgen meer invloed op hun eigen roosters, gemakkelijker betaald verlof, bemiddeling voor kinderopvang, kunnen in zomervakanties soms langer vrij krijgen wat op schooldagen weer wordt ingehaald. Soms worden teamdagen gewijd aan traditionele rolpatronen en de gevolgen hiervan voor het werk.
- *Assertiviteit en arbobewustzijn:* Er is meer aandacht voor het verhogen van de assertiviteit en het bewustzijn van de vrouwen ten aanzien van de eigen arbeidsomstandigheden én de eigen verantwoordelijkheid daarin.
- *Investeren in goed werkgeversschap.* Werkgevers proberen een goede werksfeer te bevorderen en in stand te houden. Dit gebeurt o.a. door delegatie van verantwoordelijkheden, voldoende regelmogelijkheden, aandacht voor het welzijn van medewerkers en een coachende stijl van leidinggeven.

Literatuur

Buijs, C., Gellekom, J.R.G. van, Slot- van der Krift, A.J. en Velders, .(2002), *WAO en reïntegratie in de zorg- en welzijnssector: bestands- en stroomcijfers 1999*, april 2002, ISBN 906566 1212. Den Haag: Servicecentrum Uitgevers.

CBS, *Sociaal-economische maandstatistiek* 2001/2.

CBS, *Statline*,(2002), www.cbs.nl .

Cuelenaere B. (1997), *Verder na langdurig ziekteverzuim: Een onderzoek naar trajecten van vrouwen en mannen*. Rotterdam: Erasmusuniversiteit, Vakgroep Sociologie, 1997

Deursen, C.G.L. van, Binnendijk S.(2001), Arbeidsrisico's en langdurig ziekteverzuim in de zorg. *Arbeidsomstandigheden*, 77, 3, 2001, blz. 10-13.

Giezen A.M. van der.(2000) *Vrouwen, (werk)omstandigheden en arbeidsongeschiktheid*. Amsterdam: LISV.

Giezen A.M. van der, Cuelenaere B., Prins R. (1998),*Vrouwen vaker in de WAO?* Den Haag: Elseviers Bedrijfsinformatie.

Keuzenkamp S., Oudhof K. (2000), *Emancipatiemonitor 2000*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau en Centraal Bureau voor de Statistiek.

Lisv, (2000) *Langdurige Arbeidsongeschiktheid in 1999; Trends 1991-1999*. Amsterdam.

Nathans H. Adviseren als tweede beroep. Resultaat bereiken als adviseur. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen, 1995

Postma K, Scholten C. Trendrapport Aanbod van arbeid in de sector zorg en welzijn 1998. Een onderzoek onder werkzame verpleegkundigen, verzorgenden en agogisch werkenden. OSA-publicatie Z36. Den Haag : servicecentrum Uitgevers, 1999.

SZW (2000), *Sectoranalyse WAO 1999*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Verdonk, P., Peeters, M., Geurts, S. (2001), *Vrouwen: arbeidsongeschikt of arbeidsondergeschikt?* Nijmegen: Wetenschapwinkel Nijmegen.

Vinke H e.a., *Vrouwen en reïntegratie*, Hoofddorp: TNO Arbeid 1999.

Vuuren van CV e.a., Smit AA en Vuuren van CV. (2001). De aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie in de sector zorg en welzijn. Een onderzoek naar de maatregelen van actieve instellingen. Deel 1: Overzicht van de resultaten. Servicecentrum Uitgevers, Den Haag.

Vuuren, C.V. van, Gent M.J. van. (2002), Reïntegratie van langdurig zieken: Gelijke kansen voor iedereen? Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken. 18, 1, 40-53.

Vernet Verzuim in Nederland BV Verzuimcijfers van de zorgsector, www.Vernet.nl