

200015376

Verschillen in WAO-toetreding tussen Turkse en Nederlandse steigerbouwers

L.A.M. Elders, A. Burdorf, F.G. Öry *

In een groot steigerbouwbedrijf is een retrospectief dossieronderzoek verricht naar de verschillen in WAO-toetreding tussen Turkse en Nederlandse steigerbouwers in de afgelopen 20 jaar. In totaal 256 werknemers, 131 Turken en 125 Nederlanders, werden afgekeurd met als belangrijkste WAO-diagnose bewegingsapparaatklachten. Behalve voor hart/ vaatziekten waren de WAO-diagnosen gelijk verdeeld over beide groepen. Turken hadden een significant hogere leeftijd bij indiensttreding en bij WAO-toetreding, en ze hadden een langer dienstverband voordat ze instroomden in de WAO. De WAO-toetreding voor Turken versus Nederlanders bedroeg 2,48, gecorrigeerd voor leeftijd. Mogelijke redenen voor deze verhoogde WAO-toetreding bij Turken zijn de hogere leeftijd bij indiensttreding en slechtere reïntegratieperspectieven. Dit laatste zou veroorzaakt kunnen worden door lage arbeidsmobiliteit, onvoldoende kennis van het sociale netwerk en beperkte toegang tot medische en sociale voorzieningen. Een andere mogelijkheid is dat Turken de WAO aanvaardden als een acceptabel sociaal vangnet. Daarnaast lijken hulpverleners, werkgevers, bedrijfs- en verzekeringsartsen onvoldoende in staat om de begeleiding op elkaar af te stemmen. Onvoldoende kennis over de culturele achtergrond en gebrekkige interculturele communicatie spelen daarbij een belangrijke rol. Bij het oplossen van het WAO-vraagstuk zal meer duidelijkheid moeten komen over de rol van etniciteit in de WAO-toetreding

Trefwoorden: arbeidsongeschiktheid, etniciteit, risicofactoren

INLEIDING

Ondanks een stortvloed aan wettelijke maatregelen blijft het aantal arbeidsongeschikte werknemers (WAO-ers) in Nederland stijgen. Daarmee is Nederland internationaal onbetwist koploper. In 1998 had 13,2% van de beroepsbevolking een WAO-uitkering, terwijl dit in West-Europa varieerde tussen 3,1% in Spanje tot 11,9% in Zweden¹.

Binnenkort wordt mogelijk de grens van 1 miljoen arbeidsongeschikten gepasseerd. Volgens staatsecretaris Hoogervorst is met name de economische groei verantwoordelijk voor deze stijging: meer werk zou meer arbeidsongeschikten opleveren². Deze analyse steunt op het feit dat door economische groei krapte op de arbeidsmarkt is ontstaan die ook relatief kansarme werknemers een kans biedt. Het betreft vooral werknemers uit de laagste sociaal-economische klassen: slecht opgeleid, doen het zwaarste werk en zijn vaak allochtoon.

Deze verklaring gaat echter voorbij aan het gegeven dat reeds vele jaren allochtone werknemers sterk oververtegenwoordigd zijn in beroepen met risicofactoren voor arbeidsgebonden aandoeningen³. Volgens een studie van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) naar arbeidsongeschiktheid onder autochtonen en allochtonen zijn er aanzienlijke verschillen tussen Turkse en Nederlandse mannen: 40% van de Turkse mannen in de leeftijdsgroep van 40 tot 64 jaar is arbeidsongeschikt tegen 17% van de autochtonen in dezelfde leeftijdsgroep. Het gaat om 11.000 Turkse WAO-ers ten opzichte van 359.000 autochtone WAO-ers⁴. De cijfers uit dit onderzoek geven echter alleen informatie over arbeidsongeschiktheid in combinatie met leeftijd en etniciteit. Zo ontbreekt informatie over het beroep en is de WAO-diagnose niet gedifferentieerd naar etniciteit. Het grote verschil in risico op arbeidsongeschiktheid kan wellicht worden verklaard doordat allochtonen vaker risicovolle arbeid verrichten. Duidelijkheid hierover bestaat geenszins.

Een sector die bekend staat om een hoge WAO-toetreding is de bouw. Tegenover iedere honderd bouwvakkers stonden in 1998 32 arbeidsongeschikten. Een verdeling naar etniciteit ontbreekt. Vergelijkbare informatie over speci-

L.A.M. Elders^{1,2}, A. Burdorf¹, F.G. Öry³

¹ Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam

² Arbodienst Maetis, Capelle a/d IJssel

³ TNO Preventie en Gezondheid, Leiden en Stichting Pacemaker in Global Health

fieke sectoren in de bouw ontbreekt eveneens⁵.

In dit artikel wordt een onderzoek gepresenteerd naar verschillen in WAO-toetreding tussen allochtone en autochtone werknemers in een steigerbouwbedrijf. De vraag die derhalve beantwoording verdient is of allochtone steigerbouwers een groter risico op arbeidsongeschiktheid hebben dan autochtone steigerbouwers? In dit artikel zal nader op deze vraagstelling worden ingegaan waarbij tevens getracht zal worden een aantal aanbevelingen te formuleren.

MATERIAAL EN METHODEN

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle arbeidsongeschikte Nederlandse en Turkse mannen met een dienstverband als steigerbouwer bij één van de grootste steigerbouwbedrijven in Nederland gedurende de periode 1981-2000. Tot de Turken worden die werknemers gerekend die legaal in Nederland wonen en waarvan bekend is dat zijzelf of één van de ouders in Turkije zijn geboren. Tot de Nederlanders worden die werknemers gerekend die legaal in Nederland wonen en van wie beide ouders in Nederland zijn geboren. De categorie steigerbouwers omvat de functiegroepen sjouwers, steigerbouwers 2 en steigerbouwers 1. Het onderscheid in deze functiegroepen wordt met name bepaald door de verantwoordelijkheden van de werknemer tijdens de steigerbouw (bijvoorbeeld slechts aandragen van materiaal ten opzichte van het daadwerkelijk bouwen van de steiger). De steigerbouwers binnen de functiegroep ondervinden een vergelijkbare fysieke belasting⁶.

Dossierinformatie

Medische dossiers van de arbodienst waren aanwezig voor de periode 1981-2000. In deze dossiers zijn 275 arbeidsongeschikten geïdentificeerd van Nederlandse en Turkse afkomst, waarvan 256 met een functie als steigerbouwer. De medische dossiers, aangevuld met gegevens van de personeelsregistratie, zijn gebruikt om de volgende informatie te verzamelen: etniciteit, leeftijd bij indiensttreding, leeftijd bij WAO-toetreding, duur van het dienstverband in jaren, het jaar van de WAO-toetreding, de diagnose van afkeuring, percentage WAO-toekenning en reïntegratieresultaten.

Berekening van de WAO-toetreding

Van de meeste vertrokken medewerkers in de periode 1981-2000 was geen informatie meer beschikbaar op individueel niveau over de periode waarin zij als steigerbouwer hadden gewerkt. Daardoor was de vorming van een retrospectief dynamisch cohort niet mogelijk. De analyse maakt dan ook

Kernpunten

- **Het WAO-risico van Turkse steigerbouwers is twee en half maal hoger dan dat van Nederlandse steigerbouwers.**
- **De WAO-diagnose en WAO-afschatting zijn voor beide groepen gelijk.**
- **Een toegesneden verzuimbeleid kan extra WAO-toetreding onder allochtonen voorkomen.**
- **Taal- en communicatieproblemen en inadequate inzet van zorg en voorzieningen beperken het succes van reïntegratie bij Turkse steigerbouwers**

alleen gebruik van gegevens op geaggregeerd niveau, gebaseerd op een reconstructie van de gemiddelde personeelsbezetting over de periode 1981-2000. Voor elk jaar was bekend hoeveel steigerbouwers aan het begin en het einde van het jaar in dienst waren, alsmede het aantal nieuwe medewerkers en vertrekkers in het jaar. Het aantal indiensttreders en vertrekkende steigerbouwers hield elkaar redelijk in evenwicht zodat de bedrijfspopulatie in een jaar tijd nooit

meer dan 10% groeide of daalde. Daarop is besloten het aantal persoonsjaren per jaar gelijk te stellen aan de gemiddelde personeelsbezetting in dat jaar. Deze berekeningswijze zal het werkelijke aantal persoonsjaren iets overschatten, omdat een klein deel van de steigerbouwers een dienstverband van minder dan één jaar heeft gehad. De WAO-toetreding is berekend als het aantal WAO-toetreders in een bepaald jaar gedeeld door het aantal persoonsjaren in hetzelfde jaar.

Voor de vier laatste jaren van de onderzoeksperiode waren de gegevens wel beschikbaar op individueel niveau, zodat voor deze korte periode een dynamisch cohort kon worden gevormd. Met deze gegevens is het risico op WAO-toetreding geschat in relatie tot etniciteit, leeftijd en duur van het dienstverband.

Statistische analyse

Verschillen tussen verdelingen van continue variabelen zijn getoetst met behulp van de Student t-toets. Voor het berekenen van de WAO-toetreding per 100 persoonsjaren (rate) in de periode 1981-2000 is gebruik gemaakt van Poisson-regressie. Een persoon werkzaam bij het bedrijf in een bepaald jaar wordt voor het gehele jaar meegerekend in de noemer. Verschillen tussen WAO-toetreding per 100 persoonsjaren zijn uitgedrukt als incidence rate ratio (RR), waarbij is gecorrigeerd voor leeftijd ten tijde van de WAO-toetreding. Voor de periode 1997-2000 is een survivalanalyse uitgevoerd met duur tot WAO-toetreding als afhankelijke variabele en etniciteit, leeftijd ten tijde van indiensttreding, leeftijd ten tijde van instroom in het cohort en duur van het dienstverband als onafhankelijke variabelen. Censoring is gedefinieerd als WAO-toetreding of uit diensttreding. Het verschil in WAO-risico is uitgedrukt in relatief risico.

RESULTATEN

In tabel 1 staan de persoonlijke kenmerken en de afkeuringdiagnosen van de 131 Turkse (T) en 125 Nederlandse (N) arbeidsongeschikten in het steigerbouwbedrijf in de periode 1981-2000. Turkse arbeidsongeschikten zijn gemiddeld op hogere leeftijd in dienst getreden bij het steigerbouwbedrijf, hebben een langer dienstverband en zijn op

Tabel 1 *Persoonlijke kenmerken van autochtone en allochtone arbeidsongeschikten en de diagnose van afkeuring.*

Persoonlijke kenmerken en WAO-diagnose	Nederlandse WAO-ers (n=125)	Turkse WAO-ers (n=131)
Persoonlijke kenmerken		
Leeftijd bij indiensttreding (jaar)*	29,0 ± 8,1	31,2 ± 7,9
Leeftijd bij WAO-toetreding (jaar)*	38,6 ± 10,9	43,7 ± 9,8
Duur van het dienstverband (jaar)*	9,6 ± 7,5	12,5 ± 6,2
Afkeuringsdiagnose		
Rugklachten	21 (17%)	32 (24%)
Overige bewegingsapparaataandoeningen	26 (21%)	18 (14%)
Ongeval	16 (13%)	15 (12%)
Psychische klachten	10 (8%)	11 (8%)
Hart- en vaatziekten	5 (4%)	11 (8%)
Overige ziekten	18 (14%)	19 (15%)
Onbekend	29 (23%)	25 (19%)

p<0,05, t toets

hogere leeftijd in de WAO beland. In de medische dossiers ontbrak bij 54 arbeidsongeschikten een medische diagnose van afkeuring, gelijkelijk verdeeld over beide groepen. Van de 202 personen met bekende diagnose bleek 48% (n=97) omwille van een aandoening van het bewegingsapparaat een WAO-uitkering te hebben gekregen, waarvan 26% (21 Nederlanders en 32 Turken) door rugaandoeningen en 22% (26 Nederlanders en 18 Turken) door overige aandoeningen van het bewegingsapparaat. Behalve nekklachten die meer bij Nederlanders voorkomen (N:5, T:1) zijn alle overige bewegingsapparaatklachten zoals schouderklachten (N:9, T:7) en knieklachten (N:5,T:6) relatief gelijk verdeeld. Ongevallen waren met 15% de tweede oorzaak van WAO-toetreding en psychische oorzaken stonden op de derde plaats met 10%. De ongevallen (n=31) gebeurden vooral op het werk (n=19) en in mindere mate in het verkeer (n=7) of in de privé-sfeer (n=5). Er bleek een significant verschil bij hart/vaataandoeningen (N:5, T:11; p=0,03). Ook bij long-aandoeningen zijn er, hoewel niet significant, verschillen tussen Turken en Nederlanders (N: 3, T: 8). Verder kwamen alleen bij Nederlanders (N:4) maligniteiten voor. Voor alle andere diagnoses bleken geen verschillen aanwezig tussen Turken en Nederlanders.

Op basis van de WAO-diagnose in combinatie met retrospectief dossieronderzoek kon worden vastgesteld dat bij minimaal 52 van de 202 gevallen (26%) de arbeidsomstandigheden geen enkele rol hebben gespeeld bij het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid. De oudere medische dossiers waren ongeschikt om het WAO-percentages te achterhalen. Van de 55 dossiers met deze informatie bleek 45% van de arbeidsongeschikten een WAO-percentages van minder dan 35% te hebben, 31% lag tussen de 35% en 55% arbeidsongeschiktheid en 24% was voor 80%-100% afgeschat. In tabel 2 zijn voor elke diagnose de leeftijd bij WAO-toetreding en het aantal dienstjaren vermeld. In de verdeling van diagnoses is geen verschuiving in de periode van 20 jaar geconstateerd, maar deze analyse is gebaseerd op kleine aantallen. Afkeuring op basis van psychische klachten gebeurde op significant jongere leeftijd en na minder dienstjaren dan gemiddeld. Hart- en vaatziekten als reden van afkeuring traden op oudere leeftijd en na een langer dienstverband op. Alleen voor de diagnose ongevallen bleek dat de leeftijd bij WAO-toetreding significant hoger lag bij Turken (45,1 jaar) dan bij Nederlanders (35,0 jaar). De andere diagnoses

onderscheidden zich niet van de gemiddelden onder WAO-toetreders. Omdat er nauwelijks verschillen bestonden in WAO-diagnosen tussen Turkse en Nederlandse steigerbouwers is gekozen voor de presentatie van de gegevens zonder differentiatie naar etniciteit.

Wat betreft het personeelsbestand bleek dat tussen 1980 en 1985 45% (n=176) van de steigerbouwers bij het onderzochte bedrijf van Turkse afkomst was. Vanaf 1985 daalde dit percentage Turkse steigerbouwers gestaag om in 2000 uit te komen op 14% Turkse steigerbouwers (n=50) van een totaal van 349 steigerbouwers.

In figuur 1 staat de jaarlijkse WAO-toetreding, uitgedrukt als aantal arbeidsongeschikten per 100 persoonsjaren. De WAO-toetreding in de gehele groep steigerbouwers over de periode van 20 jaar bedroeg 3,5% per 100 persoonsjaren en varieerde jaarlijks van 1,8% tot 5,4%. De gemiddelde WAO-toetreding over de periode 1981-2000 was voor Turkse steigerbouwers significant hoger dan voor Nederlandse steigerbouwers, respectievelijk 6,4% en 2,5%. Over de gehele periode van 20 jaar bedroeg het relatieve risico van Turken tegenover Nederlanders 2,57 (95% betrouwbaarheids interval 2,01-3,29). In 18 van de 20 jaar was de WAO-toetreding onder Turken hoger dan onder Nederlanders. Uit de Poisson-regressie analyse bleek voor zowel Nederlanders als Turken geen continue trend in WAO-toetreding over de periode van 20 jaar. Een duidelijke cesuur was aanwezig in 1994, het jaar waarin de hervorming van de Ziekte-wet zijn intrede deed. Overigens was eind 1993 reeds het arbeidsongeschiktheids criterium aangepast. Voor 1994 bedroeg de jaarlijkse WAO-toetreding 4,0% en daarna 2,7%. De incidence rate ratio van deze cesuur bedroeg 1,50 (95% bi 1,14-1,98). Na correctie voor nationaliteit daalde deze ratio licht tot 1,31 (95% bi 0,99-1,73), hetgeen veroorzaakt werd door een kleinere daling onder Turken dan onder Nederlanders. De WAO-toetreding van Turken versus Nederlanders bedroeg 2,48 (95% bi 1,94-3,18), gecorrigeerd voor leeftijd bij WAO-toetreding.

Het dynamische cohort van steigerbouwers in de periode 1997-2000 liet een gemiddelde WAO-instroom zien over deze vier jaren van bijna 3% per 100 persoonsjaren. In de survivalanalyse bedroeg het RR 3,31 (95% bi 1,54-7,14) voor Turken versus Nederlanders. Na correctie voor leeftijd bij instroom in het cohort (RR = 1,08, 95% bi 1,04-1,12) daalde het RR voor etniciteit met 26% naar 2,45 (95% bi

Tabel 2 Leeftijd en aantal dienstjaren bij toetreding tot de WAO, gestratificeerd naar diagnose van afkeuring,

Afkeuringsdiagnose	Leeftijd bij WAO-toetreding *	Aantal dienstjaren bij WAO-toetreding *
Rugklachten	40,0 ± 10,3	11,2 ± 6,6
Overige bewegingsapparaataandoeningen	42,7 ± 9,9	11,4 ± 6,4
Ongeval	39,4 ± 11,2	9,4 ± 6,9
Psychische klachten	34,0 ± 9,5	7,6 ± 7,1
Hart- en vaatziekten	50,9 ± 6,1	16,6 ± 6,4
Overige ziekten	44,7 ± 10,2	11,8 ± 7,2

* gemiddelde en standaarddeviatie

1,12-5,35). Leeftijd bij indiensttreding en duur van het dienstverband bleken verre van significant, na correctie voor leeftijd bij instroom in het cohort.

Wat betreft de reïntegratie van Turkse ten opzichte van Nederlandse steigerbouwers bleek dat in de afgelopen zeven jaar 12 Nederlandse steigerbouwers zijn gereïntegreerd tegen geen enkele Turkse steigerbouwer.

DISCUSSIE

De gegevens uit dit onderzoek laten een duidelijk verhoogd risico op WAO-instroom zien voor Turkse ten opzichte van Nederlandse steigerbouwers. Waar het CBS uitkomt op een WAO-risico voor Turken van 1,51 ten opzichte van Nederlanders, is de WAO-instroom onder Turkse steigerbouwers met 2,48 aanmerkelijk hoger⁴. Dit duidelijke verschil in WAO-instroom tussen beide groepen werknemers uit eenzelfde beroep met vergelijkbare arbeidsomstandigheden roept de vraag op welke rol etniciteit hierin speelt.

Gezondheidsverschillen

De Turkse arbeidsongeschikten waren significant ouder bij indiensttreding (2 jaar) en bij instroom in de WAO (5 jaar) en hadden een langer dienstverband (3 jaar). Het is aannemelijk dat verschillen in leeftijdsopbouw en duur van het dienstverband voor een deel de hogere WAO-instroom onder Turken kan verklaren. Helaas waren onvoldoende gegevens beschikbaar over leeftijd en dienstverband in de periode 1981-2000 om hiervoor direct te kunnen corrigeren. Over de laatste vier jaar van de onderzochte periode waren deze gegevens wel compleet en de aanvullende survivalanalyse liet zien dat het relatieve risico voor etniciteit afnam van 3,31 naar 2,45 na correctie voor leeftijd. Indien de leeftijdsopbouw in de periode 1997-2000 representatief wordt geacht voor de leeftijdsopbouw in de gehele periode 1981-2000 kan worden verwacht dat correctie voor leeftijd het verschil in WAO-instroom tussen Turken en Nederlanders zo'n 26% doet dalen. Het is daarmee aannemelijk te veronderstellen dat een belangrijk deel van het geconstateerde verschil in WAO-instroom niet is te verklaren door leeftijd en duur van het dienstverband.

De mogelijkheid van een gezondheidsbeïnvloede selectie bij aanvang van het beroep is geen voor de hand liggende verklaring voor het verschil in WAO-instroom. In veel gevallen waren de arbeidsongeschikte steigerbouwers van de eerste generatie Turkse werknemers afkomstig uit het Oosten van Turkije. Bij hun komst naar Nederland behoorden zij tot de relatief gezondste personen uit die samenleving die emigreerden. Immers op basis van het 'healthy migrant-effect', emigreerde alleen een relatief gezonde subgroep om

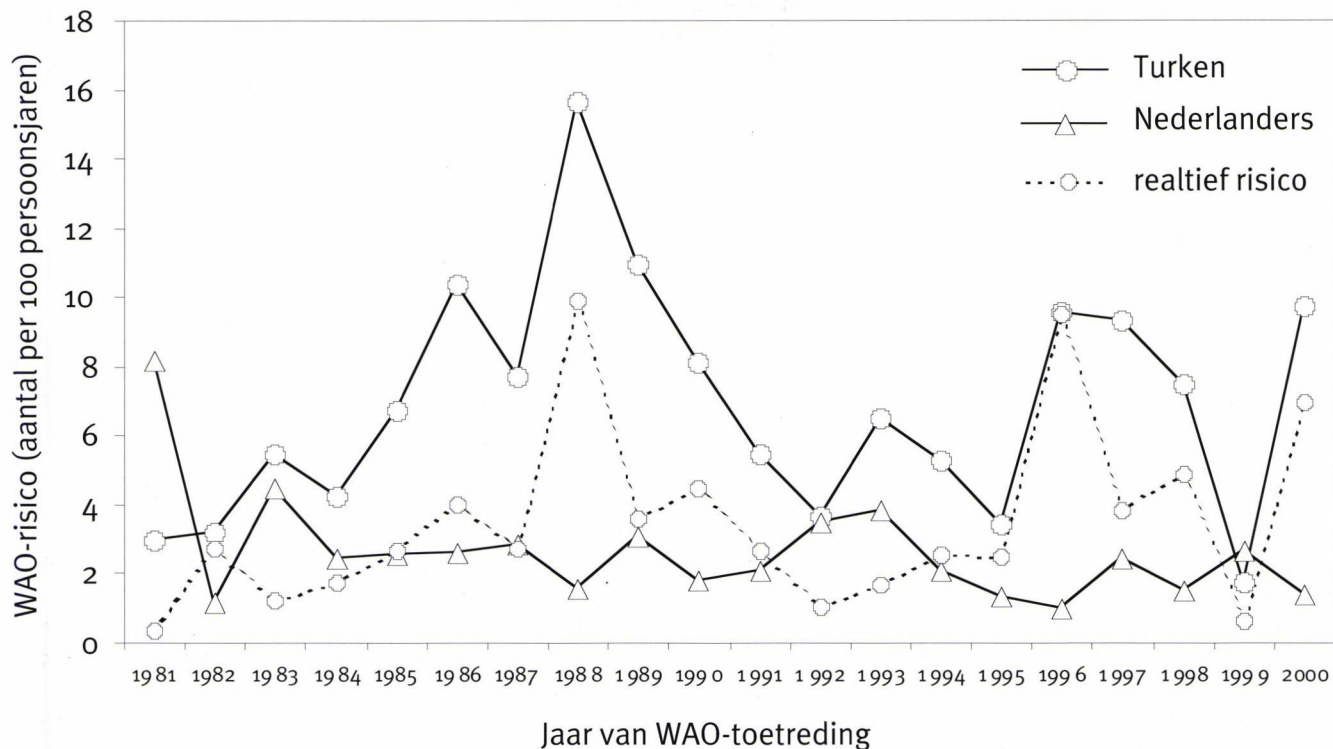
werk in een ander land te verwerven⁷. Maar vanaf het moment dat Turkse werknemers in Nederland in de steigerbouw te werk werden gesteld, was er van selectie op grond van etniciteit geen sprake meer. Hoe het element selectie vervolgens doorgeklonken heeft in de WAO-instroom blijft dan ook vooralsnog gissen.

Hoewel er in 1991 nog grote verschillen werden geconstateerd in de algemene bevolking met betrekking tot chronische aandoeningen tussen Turken en Nederlanders, blijkt uit de buitenlandse literatuur dat ziektepatronen onder allochtonen veelal geleidelijk convergeren met die van het gastland. Mogelijk dat hierin een gedeelte van de verklaring ligt voor het feit dat de WAO-diagnosen tussen allochtone en autochtone werknemers, hoewel hier en daar met enige accentverschuiving, nauwelijks van elkaar verschillen^{8,9}. Een andere verklaring kan natuurlijk ook liggen in de vergelijkbaarheid van arbeidsomstandigheden tussen beide groepen werknemers, waardoor de verschillen klein zijn.

WAO-diagnose

Indien de afkeuringdiagnosen in combinatie met de WAO-leeftijd en het aantal dienstjaren bij WAO-toetreding worden beoordeeld (tabel 2) blijkt dat psychische klachten vooral op relatief jonge leeftijd optreden. Bekend is dat een groot deel van de gezondheidsklachten bij allochtonen betrekking heeft op psychosomatische klachten¹⁰. Toch blijkt bij de verdeling van de WAO-diagnose 'psychische klachten' in de tijd geen verschil te bestaan tussen Turkse en Nederlandse steigerbouwers. Opmerkelijk is de tweede plaats voor ongevallen. Turkse steigerbouwers die een ongeval krijgen, hebben een hogere leeftijd bij WAO-toetreding. De vraag is of er wel voldoende aandacht wordt geschonken aan het begrijpelijk overbrengen van veiligheidsinformatie bij deze groep.

Bij hartklachten ligt de zaak wezenlijk anders. Turkse steigerbouwers raken op een hogere leeftijd in de WAO bij een langer dienstverband ten opzichte van Nederlandse steigerbouwers. Klachten in dit orgaansysteem ontstaan over het algemeen op latere leeftijd wat medebepalend is voor de leeftijd bij WAO-toetreding en het aantal dienstjaren bij WAO-toetreding. De statistieken laten echter geen verschillen zien tussen Nederlanders en Turken wat betreft de prevalentie van hartklachten⁷. De hypothese zou kunnen worden getoetst of het verschil in WAO-toetreding wordt verklaard door een verschil in reïntegratie en de mogelijk aanwezigheid van co-morbiditeit die sneller tot afkeuring leidt. Door de aanwezigheid van andere gezondheidsklachten, bijvoorbeeld van het bewegingsapparaat, zou werkhervatting langer worden uitgesteld met als resultaat WAO-toetre-



Figuur 1 Jaarlijkse WAO-toetreding en relatieve risico op WAO toetreding onder Nederlandse en Turkse steigerbouwers over de periode 1981-2000 in een steigerbouwbedrijf

ding. Uit onderzoek blijkt inderdaad dat van alle etnische groepen vooral Turken significant meer lichamelijke klachten en langdurige functiebeperkingen rapporteren. Verder blijkt dat met name Turken van 35 jaar en ouder veel meer dan andere etnische groepen, geneesmiddelen gebruiken en een beroep doen op de huisarts. Zij maken het minst gebruik van specialistische zorg¹¹. Het krijgen van adequate zorg op het juiste moment is echter een voorwaarde voor herstel en reïntegratie. Daar lijkt wat betreft de Turkse gemeenschap niet altijd aan te worden voldaan.

WAO -toetreding

Figuur 1 laat de jaarlijkse WAO-instroom per nationaliteit zien. De WAO-instroom voor Nederlandse steigerbouwers bleek met een bandbreedte van 1,0% tot 4,4 % over 20 jaar alles behalve gering, maar relatief constant. Schrikbarend is echter dat de WAO-instroom onder Turkse steigerbouwers in 20 jaar 2,48 maal hoger lag dan bij Nederlanders en een zeer grillig verloop vertoonde. Bij Turkse steigerbouwers lijkt sprake van een dubbele piek in WAO-risico (1986/1988 en 1996/1997). De eerste piek betrof vooral de eerste generatie Turkse werknemers. Over de tweede piek kan slechts worden gespeculeerd want op dat moment waren reeds twee generaties Turkse werknemers werkzaam bij dit bedrijf.

De daling van de WAO-toetreding in 1994, komt overeen met de landelijke trend. Het valt ook samen met de invoering van de Wet Terugdringing Beroep op Arbeidsongeschiktheidsregelingen (TBA, augustus 1993) waarbij het arbeidsgeschiktheids criterium belangrijk werd gewijzigd. Niet langer werd gezien of iemand 'passende arbeid' maar

juist 'gangbare arbeid' kon verrichten¹³. Na 1994 werd de daling van WAO-toetreding gevolgd door de Nederlandse steigerbouwers en, in mindere mate, door hun allochtone collega's. In hoeverre onduidelijkheid en onzekerheid op het gebied van de sociale zekerheid hebben meegespeeld bij deze tijdelijke daling blijft vooralsnog gissen¹².

Reïntegratie

Voorale gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal, het lage opleidingsniveau en de hoge afschatting in de WAO zijn in negatieve zin bepalend voor het welslagen van reïntegratie⁴. Maar ook de hogere leeftijd bij WAO-toetreding zal een rol van betekenis hebben gespeeld. Bij geen enkele Turkse steigerbouwer is om bovenstaande redenen in de afgelopen zeven jaar een reïntegratiepoging gelukt. Een geringe kans op reïntegratie kan een verklaring zijn voor het feit dat WAO-toetreding voor Turkse steigerbouwers hoger was dan in de groep Nederlandse steigerbouwers. In de beschikbare gegevens is niet te achterhalen of een vergelijkbaar mechanisme ook al heeft plaatsgevonden in het ziektejaar voorafgaande aan de WAO-toetreding. Het is daarom van belang nader te onderzoeken of de kansen op reïntegratie tijdens het ziektejaar en vanuit de WAO systematisch verschillen tussen allochtonen en autochtonen.

Conclusie en aanbevelingen

De positie van allochtone werknemers op de arbeidsmarkt moet worden versterkt. Het is bekend dat arbeidsmobiliteit en employability bij deze groep moeizamer verlopen¹³. Daarvoor zijn een aantal redenen: de moeilijke positie van

allochtonen op de arbeidsmarkt, matige toegang tot voorzieningen ten behoeve van reïntegratie, geringere mogelijkheden van allochtonen om op eigen kracht een andere baan te vinden, taal en communicatieproblemen en mogelijk het aanvaarden van de WAO als een aanvaardbaar sociaal vangnet. Een afkeuring heeft bij Turken waarschijnlijk een minder negatieve bijklank dan bij Nederlanders. De vraag is derhalve ook of een goede integratie geen voorwaarde is voor een goede reïntegratie?

Zorgverleners, werkgevers, arbodiensten en Uitvoeringssinstelling Werknemers Verzekeringen (UWV) moeten kennis nemen van de verschillen tussen allochtonen en Nederlandse werknemers waardoor de acceptatie van allochtonen op de werkvloer kan verbeteren¹⁴. Het is een uitdagende taak voor het management van bedrijven om de stijl van leidinggeven aan te passen aan de allochtone werknemer. Een en ander geldt ook voor hulpverleners, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Zij moeten leren omgaan met allochtonen en vooral de culturele achtergrond niet vergeten. Immers, andere ideeën over zorg en een andere perceptie van arbeidscapaciteit staan soms een geslaagde reïntegratie in de weg^{10,15}. Het is mogelijk dat de hechting aan de eigen groep en het onvoldoende kennis hebben van netwerken buiten deze groep belemmerend werken bij werkhervatting onder allochtonen. Bij het oplossen van het WAO-vraagstuk moet daarom veel aandacht worden besteed aan enerzijds interculturele communicatie en anderzijds aan maatwerk om deze zeer kwetsbare groep in de samenleving een nieuwe kans te bieden.

DANKWOORD

Wij willen hierbij Karien Stronks, Instituut Sociale Geneeskunde, AMC en Peter Gabeler, stafverzekeringsarts, UWV GAK Rotterdam, bedanken voor het kritisch lezen van het manuscript en hun bijdrage aan dit artikel.

ABSTRACT

Differences in disability between Dutch and Turkish scaffolders

A retrospective study was conducted on differences in permanent disability pensions between scaffolders of Dutch and Turkish origin. In the past 20 years, in total 131 Turkish and 125 Dutch scaffolders had received a disability pension. Musculoskeletal disorders were the primary reason of diagnosis. No differences in diagnoses were observed, except for a small difference in cardiovascular disease. Turkish scaffolders started their work at an older age, received the disability pension at an older age, and had a longer duration of employment. Turkish scaffolders faced disability 2.48 more often compared with their Dutch colleagues. Possible explanations are sought in the older age at start of the job, lower mobility at the labour market, less access to medical and social care, or the opinion among Turkish workers that a disability pension is an acceptable type of income. It is suggested that stakeholders in reintegration insufficiently attune their activities. In addition,

lack of cultural understanding and poor intercultural communication may hamper efficient care. The observed impact of ethnicity on permanent disability among scaffolders warrants further investigation at larger scale.

Keywords: *disability, ethnicity, risk factors*

LITERATUUR

- 1 Elders L, Burdorf L. Stortvloed aan wettelijke maatregelen doet arbeidsongeschiktheid niet dalen. Tijdschrift Gezondheidswetenschappen 2000;78:453-54.
- 2 Zwiggelaar L. Staatssecretaris Hoogervorst: Groeiende economie veroorzaakt toename WAO-ers. Rendemens 2000;2:17-8.
- 3 Allochtonen. Rubriek Profiel, NRC Handelsblad 23 maart 2000: 33-35, 37.
- 4 Centraal Bureau voor de Statistiek. Arbeidsongeschiktheid autochtonen en allochtonen Persbericht. PB00-262, 21 november 2000.
- 5 Ploeger, A. Arbeidsongeschiktheid in de bouw. Amsterdam: Economisch Instituut voor de Bouwnijverheid, juli 2001.
- 6 Dawson M, Kleppe P, Beek A van der, Burdorf L, Elders L. Belastende taken, activiteiten en werkhoudingen in de steigerbouw: een werkplekonderzoek. Tijdschrift Ergonomie 1999;24:134-9.
- 7 Mackenbach JP. Migranten, migratie en gezondheidszorg. In: Haveman HB, Uniken Venema P. Migranten en gezondheidszorg. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996:30-42.
- 8 Maas P van der, Mackenbach JP. Volksgezondheid en gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier Bunge, 1999:102-5.
- 9 Rijkschroeff BR. The GT. Samen Gezond, ervaringen van migranten met de gezondheidszorg in Nederland. Capelle a/d IJssel: Labyrinth Publication, 1992:129-50.
- 10 Docter HJ. De buitenlandse werknemer. In Buijs PC, Docter HJ, van Eek WH, Handboek Bedrijfsgezondheidszorg, Maarssen: onder redactie van Buijs, Docter, van Elsevier gezondheidszorg, 1994: C2-4/1-9.
- 11 Reijneveld SA. Sociaal-demografische variabelen en toekomstige gezondheid en zorg gebruik: de rol van etniciteit. Tijdschr Soc Gezondheidswet 2001;79:182-3.
- 12 Hoogervorst JF. Ziektebestrijding komt er bekaaid af. Sociale Zaken 2000, nr 27:5.
- 13 Willems JHBM, Korten JW, Croon NHT. Kort historisch overzicht. In: Willems JHBM, Croon NHT, Korten JW, Handboek Arbeid en Belastbaarheid. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001;1: 20.
- 14 Meerman MGM. Gebroken Wit. Over acceptatie van allochtonen in arbeidsorganisaties. Proefschrift. Leiden: Universiteit van Leiden, 1999.
- 15 Poppel J van, Kamphuis P, Marcelissen F, Wersch SFM van. Allochtonen, sociaal-medische begeleiding en reïntegratie. Tilburg: Instituut voor Arbeidsvraagstukken, 2002.

CORRESPONDENTIE-ADRES:

L.A.M. Elders, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, tel. 010-4087717, e-mail: elders@mgz.fgg.eur.nl

Voor publicatie aanvaard in mei