

In de fuik
Turken en Marokkanen in de WAO

Dr. Erik Snel

met medewerking van

Dr. Monique Stavenuiter en prof. dr. Jan Willem Duyvendak

April 2002

Inhoud

Inhoud	3
Lijst figuren en tabellen	5
Voorwoord	7
1 Allochtonen en WAO: twee grote politieke issues	9
1.1 Inleiding	9
1.2 Probleemstellingen en onderzoeksmethode	12
1.3 Het WAO-traject	15
2 Autochtonen en allochtonen in de WAO: de cijfers	23
2.1 Inleiding	23
2.2 De gebruikte gegevens	25
2.3 Autochtone en allochtone arbeidsongeschikten: een eerste overzicht	27
2.4 Kenmerken van autochtone en allochtone WAO'ers	29
2.5 Oververtegenwoordiging van allochtonen in de WAO?	40
2.6 Een eerste poging tot verklaring van de oververtegenwoordiging	43
2.7 Slotbeschouwing	47
Bijlage 1 bij hoofdstuk 2	54
Bijlage 2 bij hoofdstuk 2	55
3 De werknemer	59
3.1 Inleiding	59
3.2 'Te ziek om te werken'. Culturele verschillen in gezondheidsbeleving en ziektegedrag	61
3.3 'Helemaal de weg kwijt'. Psychische klachten	68
3.4 Migrantenbestaan	75
3.5 Allochtone vrouwen tussen twee culturen	80
3.6 Besluit	86
4 De werkgever	91
4.1 Inleiding	91
4.2 'Blij dat hij weg is'. Arbeidsconflicten als oorzaak van arbeidsongeschiktheid	91
4.3 Reïntegratie-inspanningen van werkgevers	97
4.4 De uvi's als poortwachters	103
4.5 Besluit	105

5	De uitvoeringsinstellingen (uvi's)	107
5.1	Inleiding	107
5.2	'Wazige situaties'. De WAO-beoordeling	109
5.3	Communicatieproblemen	116
5.4	'Geen tijd'. De uvi's onder druk	122
5.5	De vangnetzietewet	127
5.6	Besluit	130
6	In de fuik van de WAO	135
6.1	Inleiding	135
6.2	Autochtone en allochtone WAO'ers: de cijfers op een rij	136
6.3	Beleving van arbeidsongeschiktheid door Turkse en Marokkaanse WAO'ers	139
6.4	Verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen over allochtone WAO'ers	141
6.5	Mogelijke verklaringen voor de oververtegenwoordiging	142
6.6	Besluit	148
	LITERATUUR	149
	LIJST VAN AFKORTINGEN	153
	LIJST VAN CASUSSEN	155
	DEELNEMERS EXPERTMEETINGS	157

Lijst figuren en tabellen

Hoofdstuk 1

Figuur 1	Het WAO-traject	17
----------	-----------------	----

Hoofdstuk 2

Figuur 1	Autochtone en allochtone WAO'ers naar sekse en leeftijdscategorie (1999)	30
Figuur 2	Autochtone en allochtone WAO'ers naar uitkeringsduur (1999)	32
Figuur 3	Autochtone en allochtone WAO'ers naar mate van arbeidsongeschiktheid (1999)	33
Figuur 4	Autochtone en allochtone WAO'ers naar belangrijkste diagnosecategorie (1999)	36
Figuur 5	Autochtone en allochtone WAO'ers naar landsdeel en gemeentegrootte (1999)	39
Figuur 6	Aantal WAO-uitkeringen per honderd personen (14-65 jaar) en per honderd arbeidsmarktparticipanten (werkend of werkzoekend) naar etnische herkomst en naar geslacht (1999)	41
Figuur 7	Aantal WAO-uitkeringen per honderd personen (14-65 jaar) en per honderd arbeidsmarktparticipanten (werkend of werkzoekend) naar etnische herkomst en naar leeftijdscategorie (1999)	42
Tabel 1	Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen naar geslacht, leeftijd en etniciteit 31 december 1999	28
Tabel 2	Autochtone en allochtone WAO'ers naar bedrijfssector waarin men werkzaam was (in procenten)	38
Tabel 3	Kans op arbeidsongeschiktheid (odds ratios) naar etnische herkomst, leeftijd en opleidingsniveau.	45
Tabel 4	Aantal WAO'ers als aandeel van de totale populatie (15-64 jaar) en als aandeel van de beroepsbevolking naar etnische herkomst (1999)	54
Tabel 5	WAO-uitkeringen naar geslacht, duur van de uitkering en etniciteit (1999)	55
Tabel 6	WAO-uitkeringen naar leeftijd, duur van de uitkering en etniciteit (1999)	56
Tabel 7	WAO-uitkeringen naar diagnosehoofdgroep, uitkeringsduur en etniciteit (1999)	57

Voorwoord

De afgelopen jaren is veel gedebatteerd over zowel de uitvoering en werking van de WAO als over het zogenoemde allochtonenvraagstuk. Dit rapport bevindt zich op het snijvlak van beide debatten. Aanleiding was de politieke discussie over het (vermeende) hoge aantal allochtonen in de WAO, met name oudere Turken en Marokkanen. Eerder onderzoek van het CBS liet zien dat gerelateerd aan de bevolking tussen de 15 en de 65 jaar Turken en Marokkanen inderdaad vaker in de WAO zitten dan autochtonen. In dit rapport worden deze CBS-cijfers opnieuw onder de loep genomen.

Dit rapport kijkt niet alleen naar aantallen WAO'ers, maar ook naar de ervaringen van Turken en Marokkanen in de WAO. Het Verwey-Jonker instituut vindt het namelijk van het grootste belang om ook het verhaal achter de cijfers te presenteren. Daarom komen in dit onderzoek Turkse en Marokkaanse WAO'ers zelf aan het woord. Daarnaast komt de visie van werkgevers en vertegenwoordigers van de uitvoeringsinstellingen aan de orde en wordt ingegaan op een aantal (mogelijke) verklaringen voor het relatief hogere aantal Turken en Marokkanen in de WAO.

Het onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het Landelijk Instituut voor Sociale verzekeringen (Lisv) dat vanaf 1 januari 2002 deel uitmaakt van de Uitvoeringsinstelling Werknemersverzekeringen (UWV). Aan het onderzoek is gewerkt door een team van onderzoekers van het Verwey-Jonker Instituut onder leiding van prof. J.W. Duyvendak. De auteur van het rapport is E. Snel. Daarnaast werden belangrijke bijdragen geleverd aan het onderzoek door mw. M.M.J. Stavenuiter. Het onderzoek had niet uitgevoerd kunnen worden zonder de assistentie van mw. J. Mak, mw. S. Tan en mw. E. Kromontono. Veel dank zijn wij verder verschuldigd aan mw. W. Schakenraad en mw. I. Linse, die de redactie van het rapport hebben verzorgd, en aan mw. N. van Koutrik die de opmaak van het rapport verzorgde.

Dit onderzoek kreeg ook medewerking van zeer veel mensen van buiten ons instituut. Dit betreft in de allereerste plaats de Turkse en Marokkaanse WAO'ers, die ons te woord wilden staan en vaak op zeer openhartige wijze met ons hebben gesproken. Hun namen blijven hier anoniem, maar onze dank aan de tien Turkse en Marokkaanse WAO'ers wier levensverhaal in de cases wordt beschreven en aan de zestig Turkse en Marokkaanse WAO'ers die participeerden in de groepsgesprekken, is groot.

Ook bij de organisatie van de groepsgesprekken is een groot aantal mensen van diverse organisaties betrokken geweest. Dat de groepsgesprekken tot stand zijn gekomen is te danken aan de inzet van de volgende personen: dhr. Bağcı (Centrum Integratie Bevordering te Dordrecht), dhr. I. Bourzik (Rotterdam Mega Productions), dhr. A. Yakisir (Stichting Buitenlandse Werknemers Rijnmond) en tenslotte dhr. Kr. Autar (Autar Consultancy) die de organisatie van de groepsgesprekken voor ons coördineerde.

Aangezien de gesprekken met Turkse en Marokkaanse WAO'ers in het Turks of Marokkaans gevoerd werden, moesten we op zoek naar mensen die de gesprekken konden leiden en verslagen konden opstellen. In de volgende personen vonden we zeer goede gespreksleiders en notulisten: mw. Daouairi, dhr. A. Harika (Humanitas Rotterdam), dhr. Kenan Furat, dhr. Omar Benali (Multicultureel Instituut Utrecht), mw. Rachida Azough (Volkskrant) en mw. Nadia Ouaziz. Dhr. B. el-Otmani (Odyssee-Amersfoort) was behulpzaam bij het zoeken naar Turks of Marokkaans sprekende gespreksleiders en notulisten.

Behalve met Turkse en Marokkaanse WAO'ers hebben we ook gesproken met diverse werkgevers en vertegenwoordigers van de uitvoeringsinstellingen. Vertegenwoordigers van de uitvoeringsinstellingen speelden op twee manieren een rol in dit onderzoek, enerzijds als informanten voor onze casusbeschrijvingen en anderzijds als deelnemers aan een drietal expertmeetings met verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen die wij in het kader van dit onderzoek hebben georganiseerd. De namen van de deelnemers aan deze expertmeetings staan vermeld in de bijlagen van dit rapport. De discussies tijdens deze expertmeetings werden geleid door dhr. I. Kuypers. Wij danken ook hem voor zijn bijdrage aan het onderzoek.

In dit onderzoek mochten we gebruik maken van statistische gegevens over allochtone en autochtone WAO'ers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Bovendien konden we beschikken over gegevens van het onderzoek Sociale Positie en Voorzieningsgebruik Allochtonen (SPVA-98) van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en het Rotterdamse onderzoeksinstituut ISEO. Wij danken al deze instituten voor het belangeloos ter beschikking van de onderzoeksgegevens en met name dhr. J. Dagevos voor zijn hulp bij het uitvoeren van de noodzakelijke statistische analyses.

Zoals ieder onderzoek kende ook dit onderzoek een begeleidingscommissie waarvan de leden ons met raad en daad terzijde stonden. De begeleidingscommissie stond onder voorzitterschap van prof. R. van de Veen (Universiteit Twente). Daarnaast hadden zitting in de begeleidingscommissie: dhr. P. Budding (ministerie van SZW), dhr. M. Akozbek (ministerie van BZK), dhr. H. Roodenburg en dhr. A. Hijmans van den Bergh (beiden van Forum) en tenslotte mw. L. Vis, mw. J. Harmsen en dhr. J. Besseling (namens de opdrachtgever, het Lisv). We zijn hen allen dankbaar voor hun betrokkenheid en adviezen.

Behalve de leden van de begeleidingscommissie stonden ook diverse collega-onderzoekers ons met advies terzijde. Wij danken prof. G. Engbersen, dhr. P. Minderhoud en mw. B. Cuelenaere voor hun inhoudelijk commentaar. Tenslotte zijn wij dhr. P. Leenders zeer erkentelijk voor zijn redactionele bijdragen aan het einde van het onderzoeksproces.

Na al deze oprechte dankbetuigingen willen we er overigens geen misverstand over laten bestaan dat uitsluitend het Verwey-Jonker Instituut verantwoordelijk is voor de inhoud van het rapport.

Dr. R.L. Vreeman
Voorzitter bestuur Verwey-Jonker Instituut

1 Allochtonen en WAO: twee grote politieke issues

1.1 Inleiding

Dit rapport raakt aan twee grote politieke debatten van de afgelopen jaren, de discussie over de WAO en het debat over de integratie van etnische minderheden in ons land. Beide debatten kennen een lange geschiedenis. De WAO stond ook eind jaren tachtig, begin jaren '90 al ter discussie. Nederland beleefde indertijd een ware 'inactiviteitscrisis'. Na jaren van economische crisis was het aantal werklozen en bijstandsgerechtigden hoog opgelopen. Nederland kende daarnaast een naar internationale maatstaven ongehoord aantal arbeidsongeschikten. 'Nederland is ziek', sprak toenmalig premier Lubbers toen het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in Nederland de magische grens van één miljoen dreigde te doorbreken. De politiek was zich ervan bewust geworden dat de WAO onbeheersbaar was geworden. De deuren naar een WAO-uitkering stonden wijd open en wie eenmaal in de WAO zat, kwam er moeilijk weer uit. De WAO werkte en werkt nog steeds als een fuik. Het kabinet kondigde een hele serie maatregelen af, die waren bedoeld om het beroep op de WAO en op andere arbeidsongeschiktheidsregelingen terug te dringen. Deze herziening van de WAO, de totstandkoming en de effecten daarvan zijn uitvoerig in andere onderzoek beschreven (Visser en Van Hemerijck 1998; Teulings, Van der Veen en Trommel 1995; Van der Veen 1997; Van der Veen et al. 2001). Hier kan worden volstaan met te melden dat het aantal arbeidsongeschikten na de diverse maatregelen in eerste instantie wel terugliep, maar dat er vanaf midden jaren negentig weer een kentering plaatsvond waardoor het aantal arbeidsongeschikten momenteel wederom boven de een miljoen dreigt uit te komen.

De nieuwe arbeidsongeschiktheidsregelingen die gaandeweg tussen 1993 en 1996 van kracht werden en de gevolgen daarvan voor het individuele WAO'ers worden later in dit inleidende hoofdstuk uitvoerig besproken (paragraaf 1.3). In deze studie gaat het echter niet om de WAO-problematiek in Nederland op zichzelf, maar om een bepaalde deelcategorie onder de WAO'ers, namelijk allochtonen en meer specifiek Turkse en Marokkaanse mannen en vrouwen met een WAO-uitkering. Hiermee raakt het WAO-debat een andere grote discussie die men de afgelopen jaren in Nederland voerde, namelijk het minderhedendebat. In 2000 schreef de publicist Paul Scheffer een geruchtmakend artikel met de titel *Het multiculturele drama*. De strekking van het verhaal was, dat de integratie van de zogenaamde etnische minderheden in Nederland dreigde te mislukken. Grote woorden werden hierbij niet geschuwd. Scheffer sprak van de vorming van een 'etnische onderklasse' en het 'achterblijven van hele generaties allochtonen'.¹ Zijn beschouwing kreeg weerklink, maar ondervond ook veel kritiek. Velen vonden dat Scheffer de situatie van de betreffende bevolkingsgroepen al te somber inzag. Zo laten recente cijfers zien,

dat ook etnische minderheden van de gunstige economische omstandigheden in de tweede helft van de jaren '90 hebben geprofiteerd. Niet alleen is de arbeidsparticipatie bij minderheden gegroeid (bij Surinamers overigens wat meer dan bij Turken en Marokkanen), maar vooral zijn de werkloosheidspercentages bij alle groepen de afgelopen jaren snel gedaald (Dagevos 2001).

Waarom dan toch op dit moment een onderzoek naar allochtonen in de WAO, en in het bijzonder naar Turkse en Marokkaanse WAO'ers? Dit heeft meerdere achtergronden. De aanleiding voor deze studie was de onderkenning, dat we weinig weten over allochtonen in de WAO. Omdat er bij de uitvoering van de WAO, anders dan bij andere uitkeringsregelingen, niet naar etnische herkomst wordt geregistreerd, waren er geen cijfermatige gegevens beschikbaar over de omvang en diverse kenmerken van deze groep. Allochtonen doen vaak niet mee aan (schriftelijke) enquêtes die regelmatig onder WAO'ers worden gehouden.² Het ontbrak dus aan feitelijke gegevens en inzichten om de problematiek van allochtonen in de WAO gericht te lijf te gaan. Bovendien werden eind 2000 in de Tweede Kamer vragen gesteld aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) over het (vermeende) grote aantal allochtonen in de WAO. In antwoord op deze kamervragen liet de minister door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) uitzoeken hoe het zit met het aantal autochtonen en allochtonen in de WAO. De belangrijkste conclusie uit deze inmiddels gepubliceerde gegevens³ is, dat de gerezen commotie enigszins overdreven is. Het aantal allochtone WAO'ers zou wel iets, maar niet veel hoger liggen dan bij autochtonen. Alleen bij de categorie oudere Turkse en Marokkaanse mannen zou sprake zijn van een wezenlijke oververtegenwoordiging van allochtonen in de WAO. Het aandeel Turkse en Marokkaanse mannen van 40 jaar of ouder met een arbeidsongeschiktheidsuitkering ligt krap tweemaal zo hoog als bij autochtonen.

1.1.1 Opzet van het rapport

De CBS-cijfers over autochtone en allochtone WAO'ers worden in hoofdstuk 2 van deze studie gepresenteerd. Betoogd wordt echter, dat de conclusie die in eerste instantie uit deze gegevens werd getrokken toch te optimistisch is. In de analyse is namelijk (volgens ons ten onrechte) geen rekening gehouden met de nog steeds bestaande verschillen in de mate van arbeidsparticipatie tussen diverse etnische groepen. De WAO is immers een *werknemersverzekering*, dat wil zeggen dat men pas recht heeft op een WAO-uitkering indien men (als werknemer) betaald werk heeft verricht. Om te bezien of allochtonen verhoudingsgewijs vaker een WAO-uitkering hebben dan autochtonen zou men voor beide groepen een arbeidsongeschiktheids*risico* moeten berekenen, dat wil zeggen het aantal WAO'ers afgezet tegen de omvang van de beroepsbevolking per herkomstgroep. Als men dit doet, blijken twee opmerkelijke dingen. Ten eerste blijkt de oververtegenwoordiging van met name Turken en Marokkanen in de WAO toch aanmerkelijk hoger te liggen dan aanvankelijk werd aangenomen. Ten tweede blijft dit probleem nu niet beperkt tot de categorie oudere Turkse en Marokkaanse mannen, zoals op basis van de eerdere CBS-gegevens was verwacht. Het doet zich ook voor bij vrouwen (met name bij de Turkse groep) en bij jongeren (met name bij de Marokkaanse groep). In hoofdstuk 2 van deze studie wordt uitvoerig ingegaan op de aantallen en diverse kenmerken van allochtone en autochtone WAO'ers.

Deze studie blijft echter niet beperkt tot naakte cijfers over allochtone en autochtone WAO'ers. We schetsen ook de achtergronden van de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO. Wat zijn de achterliggende mechanismen waardoor deze groepen nog vaker dan autochtonen in de WAO terecht komen? Allereerst wordt betoogd dat de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO deels kan worden verklaard door het verschil in opleidingsniveau tussen autochtonen en allochtonen. Het verschil in opleidingsniveau – of meer

algemeen in sociale achtergrond – verklaart de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO echter zeker niet geheel. Daarnaast spelen ook andere factoren een rol. We gaan naar deze factoren op zoek door op basis van ons kwalitatieve onderzoek een beschrijving te geven van de drie partijen die steeds bij een WAO-uitkering betrokken zijn: de zieke werknemer, diens werkgever en de uitvoeringsinstelling die de WAO-beoordeling uitvoert en de uitkering verstrekt. Deze laatste partij wordt in het jargon een ‘uvi’ genoemd.⁴ De belangrijkste actoren in deze wereld van de uvi’s zijn de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige, die gezamenlijk beslissen of een zieke werknemer al dan niet in aanmerking komt voor een WAO-uitkering. Aan elk van deze drie partijen is in deze studie een hoofdstuk gewijd. De centrale vraag in deze hoofdstukken is steeds tweeledig. In de eerste plaats is het de vraag of de kenmerken c.q. het optreden van de diverse partijen (bedoeld of onbedoeld) bijdragen aan de eerder geconstateerde oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO. In de tweede plaats wordt in deze hoofdstukken ingegaan op diverse belevingsaspecten. Hoe ervaren allochtone WAO’ers hun ziekte en arbeidsongeschiktheid, hun relatie met de uitvoeringsinstelling en de mogelijkheden van werkhervatting? En omgekeerd, wat zijn de ervaringen van de uitvoeringsfunctionarissen met hun allochtone cliënten?

In hoofdstuk 3 van deze studie richten we de blik op de werknemer. De centrale vraag is hier of de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO wellicht een gevolg is van bepaalde specifieke kenmerken van werknemers uit deze bevolkingsgroepen. Hierbij zou in eerste instantie ingegaan moeten worden op hun gezondheidssituatie. Ziekte is immers de primaire determinant van arbeidsongeschiktheid. Wellicht hebben Turken en Marokkanen verhoudingsgewijs vaker een WAO-uitkering omdat ze (gemiddeld genomen) minder gezond zijn. Helaas beschikken we niet over adequate empirische gegevens om deze veronderstelling te toetsen. We weten met andere woorden niet of Turken en Marokkanen vaker in de WAO zitten, omdat ze gemiddeld genomen feitelijk minder gezond zijn dan autochtonen. In hoofdstuk 3 wordt wel ingegaan op vier andere thema’s, die meer indirect te maken hebben met gezondheidsverschillen tussen allochtonen en autochtonen. Ingegaan wordt op (vermeende) culturele verschillen in gezondheidsbeleving en ziektegedrag, op het verschijnsel van psychische klachten bij Turken en Marokkanen, op spanningen en ziekteverschijnselen die mogelijk voortvloeien uit het migrantenbestaan en tenslotte op de specifieke positie van veel Turkse en Marokkaanse vrouwen die vaak moeten schipperen tussen twee verschillende culturen.

Hoofdstuk 4 gaat in op de rol van de werkgever. De werkgever is om diverse redenen van groot belang als het gaat over ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Allereerst is het de afgelopen jaren en decennia duidelijk geworden, dat de oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in veel gevallen gezocht moeten worden in de situatie in bedrijven, de arbeidsomstandigheden en het gedrag van werkgevers. Met name bij de categorie psychische arbeidsongeschiktheid bestaat er vaak een directe samenhang tussen het feit dat werknemers zich ziek melden en de arbeidssituatie (conflicten op het werk, werkdruk, enzovoort). Dit alles wordt in hoofdstuk 4 op drie manieren aan de orde gesteld. Ten eerste wordt ingegaan op arbeidsconflicten als oorzaak van arbeidsongeschiktheid: veel allochtone WAO’ers zoeken de oorzaak van hun problemen niet in hun gezondheid, maar in conflicten en discriminatie op het werk. Ten tweede wordt geschetst hoe werkgevers omgaan met hun (nieuwe) verantwoordelijkheden op het vlak van reïntegratie. Door een snelle en gerichte reïntegratie zou voorkomen kunnen worden dat zieke werknemers ziek blijven en uiteindelijk arbeidsongeschikt worden. Uit de beschrijving wordt echter duidelijk, dat veel werkgevers van allochtone werknemers weinig doen om werkhervatting van hun zieke werknemers te bevorderen. Ten derde beschrijven we het (eveneens tekortschietende) toezicht van de uitvoeringsinstanties op de inspanningen van werkgevers én werknemers gedurende het eerste ziektejaar.

In hoofdstuk 5 beschrijven we tenslotte de uitvoeringsinstellingen zelf, de wereld van onder meer verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. De bedoeling van dit hoofdstuk is niet om een algemene beschrijving te geven van het functioneren van de uvi's. Ons doel is beperkter. Het gaat erom of het optreden van verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen wellicht mede bijdraagt aan de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO. Met andere woorden, dragen ook de formele regels en informele uitvoeringspraktijken van verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen ertoe bij, bedoeld of onbedoeld, dat allochtonen vaker in de WAO terechtkomen dan autochtonen? Ook in dit hoofdstuk komen diverse thema's aan de orde. Allereerst komt de WAO-beoordeling aan de orde. Met name wordt nagegaan of beslissingen van verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen over WAO-aanvragen louter een afgeleide zijn van formele regels en criteria óf dat deze functionarissen in deze een zekere vrije beslissruimte hebben. Ten tweede beschrijven we de communicatieproblemen tussen allochtone cliënten en de (veelal autochtone) uitvoerders van de WAO. Ten derde beschrijven we de grote tijdsdruk waaronder de uvi's moeten opereren en die, zoals we zullen zien, tot fouten in de uitvoering van de WAO kan leiden. Tenslotte wordt ingegaan op wat formeel een uitzonderingssituatie is, maar bij Turkse en Marokkaanse werknemers veelvuldig voorkomt. Turkse en Marokkaanse werknemers krijgen relatief vaak te maken met de zogenaamde vangnetzietwet omdat ze vaak op basis van een tijdelijke aanstelling werken. Na de privatisering van de Ziektewet in 1996 zijn werkgevers gedurende het eerste ziektejaar verantwoordelijk voor hun zieke werknemers. Op deze regel zijn echter enkele uitzonderingen gemaakt, onder meer in geval van zwangerschap en voor werknemers met een tijdelijk contract. Voor deze groepen treedt de vangnetzietwet in werking. Concreet betekent dit, dat de zieke werknemer al tijdens het eerste ziektejaar (na afloop van het arbeidscontract) onder verantwoordelijkheid van de uvi valt waarbij de vraag rijst op deze instellingen in de praktijk meer werk maken van activiteiten gericht op de reïntegratie van uitgevallen allochtone werknemers dan particuliere werkgevers. In hoofdstuk 6 worden tenslotte de bevindingen uit de diverse hoofdstukken op een rij gezet en in onderling verband geplaatst.

1.2 Probleemstellingen en onderzoeksmethode

De centrale onderzoeksvragen van deze studie luiden als volgt:

- Hoe verhoudt zich het aantal allochtonen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering, onderverdeeld naar diverse bevolkingsgroepen, tot het aantal autochtonen in dezelfde situatie? Is sprake van een oververtegenwoordiging van allochtonen of van bepaalde groepen allochtonen in de WAO?
- Wat zijn de kenmerken van autochtone en allochtone WAO'ers (demografische kenmerken, uitkeringsduur, mate en reden van arbeidsongeschiktheid, beroepssector waarin men werkzaam was)?
- Hoe ervaren Turkse en Marokkaanse WAO'ers hun ziekte en arbeidsongeschiktheid, de communicatie met de uitvoeringsinstellingen en de mogelijkheden van werkherwinning?
- Wat zijn de ervaringen van uitvoeringsfunctionarissen met hun Turkse en Marokkaanse cliënten?
- Hoe kan de oververtegenwoordiging van allochtonen of van bepaalde allochtone bevolkingsgroepen in de WAO (indien die kan worden vastgesteld) worden verklaard?

Om op deze vragen een antwoord te kunnen geven, zijn diverse kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksactiviteiten ondernomen. Het *kwantitatieve* deel van deze studie betreft een bewerking van de reeds genoemde CBS-gegevens over autochtone en allochtone arbeidsongeschikten. Daarnaast is in deze studie gebruik gemaakt van aanvullende kwantitatieve gegevens uit

ander onderzoek. Het betreft gegevens uit de Enquête Beroepsbevolking (EBB) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en uit het onderzoek Sociale Positie en Voorzieningengebruik Allochtonen (SPVA) van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en het Rotterdamse onderzoeksinstituut ISEO.

Het kwantitatieve deel van deze studie staat centraal in hoofdstuk 2 van dit rapport. Deze kwantitatieve analyses moeten ons een antwoord geven op de eerste twee onderzoeksvragen, namelijk de vraag naar het aantal autochtone en allochtone arbeidsongeschikten, inclusief de vraag naar de relatieve oververtegenwoordiging van allochtonen in de WAO, en de vraag naar de kenmerken van allochtone en autochtone WAO'ers. Tevens biedt deze kwantitatieve analyse een eerste *verklaring* van de gesignaleerde oververtegenwoordiging van met name Turken en Marokkanen in de WAO. Nagegaan wordt in hoeverre de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO blijft bestaan indien in de analyse rekening wordt gehouden met het geringe onderwijsniveau van deze groepen. In de drie *kwalitatieve* hoofdstukken, die daarop volgen, wordt een antwoord gegeven op de laatste drie onderzoeksvragen: de vraag hoe allochtone WAO'ers hun situatie beleven, de vraag naar de ervaringen van uitvoeringsfunctionarissen met hun allochtone cliënten en tenslotte de vraag hoe de geconstateerde oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO verklaard kan worden. Gaandeweg het onderzoek kwam deze laatste onderzoeksvraag, de verklaringsvraag, echter steeds meer centraal te staan. Dit kwalitatieve deel van het onderzoek is, behalve op bestaande literatuur, gebaseerd op de bevindingen van een drietal onderzoeksactiviteiten.

In de eerste plaats zijn aan de hand van diepte-interviews tien kenmerkende casusbeschrijvingen opgesteld van Turkse en Marokkaanse WAO-gerechtigden. De deelnemende Turkse en Marokkaanse WAO'ers zijn deels via allochtone organisaties, via de uitvoeringsinstanties en via de zogenaamde sneeuwbalmethode geworven. Gepoogd is om bij de selectie van deelnemers zoveel mogelijk een evenwichtige spreiding over diverse subcategorieën te verkrijgen: etnische achtergrond, sociaal-economische achtergrond (laag- versus hoogopgeleiden), sekseverhouding, reden van arbeidsongeschiktheid, enzovoort. Aangezien het in de praktijk zeer moeilijk bleek om respondenten voor dit deel van het onderzoek te werven, hebben we de beoogde spreiding niet geheel kunnen volhouden. Zo zijn bijvoorbeeld meer vrouwen dan mannen en meer Turken dan Marokkanen geïnterviewd.

Wel hebben we ons bij het zoeken naar respondenten beperkt tot de categorie uitkeringsgerechtigden die nog niet zo lang (hooguit vijf jaar) in de WAO zitten. De reden voor deze beperking was tweeledig. Ten eerste is er met de invoering van de nieuwe arbeidsongeschiktheidsregelingen in de eerste helft van de jaren '90 zoveel veranderd in de WAO dat de oudere gevallen weinig actualiteitswaarde hebben. Ten tweede was de WAO-beoordeling bij deze oudere gevallen zo lang geleden, dat de betrokkenen zich deze gebeurtenis (naar wij aannemen) niet meer in detail herinneren.

Per casus spraken we niet alleen met de betrokken WAO'er maar ook met de uitvoeringsfunctionaris die met de betreffende casus was belast en met de vroegere werkgever. Slechts in één geval bleek het niet mogelijk de vroegere werkgever te achterhalen (deze persoon bleek inmiddels geëmigreerd). De achterliggende gedachte bij deze onderzoeksstrategie was om gebruik te maken van het zogenaamde meeractorenperspectief.

Uitgangspunt hierbij is, dat iedere betrokken actor of partij bij een sociale gebeurtenis, zoals het arbeidsongeschikt worden van een werknemer, vanuit diens eigen positie een eigen interpretatie van deze gebeurtenis ontwikkelt. Door kennis te nemen van de verschillende interpretaties (of zo men wil: betekenissystemen) die ieder op zich een selectief en 'partijdig' beeld van de

werkelijkheid vormen, kan de onderzoeker een meer volledig en adequaat beeld van de werkelijkheid verkrijgen (vgl. Schuyt 1985; Verwey-Jonker Instituut 1998). Om niet alle tien cases in één keer te presenteren, is er voor gekozen iedere paragraaf in de betreffende hoofdstukken 3 tot en met 5 steeds te beginnen met één typerende casus.

In de tweede plaats zijn in het kader van dit onderzoek een vijftal groepsgesprekken met Turkse en Marokkaanse WAO'ers georganiseerd. De bedoeling was dat er per gesprek tien deelnemers zouden zijn. In de praktijk varieerde dit sterk: bij één gesprek waren dertig deelnemers aanwezig, bij een ander gesprek slechts zes. Uiteindelijk waren er vijf groepsgesprekken, waaraan in totaal 80 personen deelnamen (61 Turken en 19 Marokkanen, 54 mannen en 26 vrouwen). Het idee was, dat bij de groepsgesprekken ook specifiek werd ingegaan op de problematiek van personen die langer dan vijf jaar in de WAO zitten. De bedoeling was om zowel bij Turkse als Marokkaanse mannen afzonderlijke gesprekken te organiseren voor deze zogenaamde 'oude gevallen' in de WAO. Bij de Turkse groep is dit gelukt, bij de Marokkaanse groep niet. Er waren afzonderlijke gesprekken voor Turkse mannen, Turkse vrouwen, Marokkaanse mannen en Marokkaanse vrouwen, die hooguit vijf jaar in de WAO zitten. De deelnemers aan de groepsgesprekken zijn geworven met behulp van diverse allochtone organisaties.⁵ De gesprekken werden in het Turks of Marokkaans gevoerd en stonden onder leiding van een Turkse of Marokkaanse gespreksleider. De bedoeling was om een vertrouwenwekkende setting te creëren, zodat de Turkse en Marokkaanse WAO'ers zich durfden uit te spreken over hun ervaringen met ziekte en arbeidsongeschiktheid, hun werkgevers, de uitvoeringsinstellingen, enzovoort. De verhalen van de Turkse en Marokkaanse deelnemers aan de groepsgesprekken, alsmede de interviews met Turkse en Marokkaanse WAO'ers uitgevoerd in het kader van de casusbeschrijvingen, geven een goed beeld van de manier waarop allochtone WAO'ers ziekte en arbeidsongeschiktheid zelf beleven en hoe ze hun interactie met hun vroegere werkgevers en met de uitvoeringsinstanties hebben ervaren. Als onderzoekers vinden wij het cruciaal dat deze studie niet alleen over Turkse en Marokkaanse WAO'ers gaat, maar dat ook hun eigen stem nadrukkelijk wordt gehoord.

In de derde plaats organiseerden we in het kader van dit onderzoek twee expertmeetings met verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen, die uit hoofde van hun beroep veel te maken hadden met de specifieke doelgroep van dit onderzoek (Turkse en Marokkaanse WAO'ers). Aan deze beide expertmeetings namen in totaal acht verzekeringsartsen en acht arbeidsdeskundigen deel. Aanwezig waren vertegenwoordigers van drie van de vijf uitvoeringsinstanties: Gak, Cadans en GUO. De bijeenkomsten duurden steeds ongeveer drie uur en stonden onder begeleiding van een externe deskundige. De bedoeling van deze expertmeetings was met name om na te gaan of er naar de mening van de professionele uitvoerders van de WAO sprake is van een specifieke problematiek van Turkse en Marokkaanse WAO'ers, of dat soortgelijke patronen en sociale mechanismen ook voorkomen bij andere bevolkingsgroepen (bijvoorbeeld bij laaggeschoolde autochtonen). De verhalen van deze professionele uitvoerders van de WAO alsmede de interviews met verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen, die zijn uitgevoerd in het kader van de eerdere casusbeschrijvingen, geven een goed beeld van de wijze waarop deze professionals de doelgroep van Turkse en Marokkaanse WAO'ers ervaren.

Tot slot van deze methodologische paragraaf moet echter gewezen worden op de beperkingen van dit onderzoek. De beperkingen zijn drieledig en gelden met name het kwalitatieve deel van de studie. In de eerste plaats bleef het aantal gevalbeschrijvingen beperkt tot tien. Het moge duidelijk zijn dat op basis van tien cases geen uitspraken gedaan kunnen worden over 'de' Turkse of Marokkaanse WAO'ers. Omdat het moeilijk was voldoende respondenten te vinden, konden we in de tweede plaats geen respondenten op bepaalde kenmerken selecteren. De samenstelling van de respondentengroep heeft dus iets toevalligs, zonder dat we weten of de

beschreven gevallen representatief zijn voor de gehele groep Turkse en Marokkaanse WAO'ers. In de derde plaats was in het onderzoeksdesign niet voorzien in een systematische vergelijking met qua achtergrondkenmerken vergelijkbare autochtone WAO'ers. Dit laatste is misschien wel de belangrijkste beperking van deze studie. We komen herhaaldelijk voor de vraag te staan of bepaalde verschijnselen specifiek zijn voor de onderzochte allochtone groepen of eerder voor de categorie laaggeschoolde werknemers, autochtoon of allochtoon.

1.3 Het WAO-traject

In de rest van dit inleidende hoofdstuk wordt een kort overzicht gegeven van de diverse arbeidsongeschiktheidsregelingen die sinds begin jaren '90 van kracht zijn en de gevolgen daarvan voor individuele WAO'ers.

1.3.1 Nieuwe arbeidsongeschiktheidsregelingen

Begin jaren '90 werd een groot aantal nieuwe arbeidsongeschiktheidsregelingen ingevoerd, die tot doel hadden om het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in ons land terug te dringen. Nadat het WAO-probleem aanvankelijk vooral als een financieel vraagstuk werd opgevat, werd het vanaf begin jaren '90 steeds meer als een beheersbaarheidsprobleem gezien. Niet alleen de kosten van het oplopende aantal arbeidsongeschikten baarde de overheid zorgen, maar ook het besef dat niemand de groei van het aantal arbeidsongeschikten nog in de hand had en de ontwikkeling dus onbeheersbaar was geworden. Tegen deze achtergrond werd vanaf 1993 een groot aantal maatregelen genomen, die het ziekteverzuim en het aantal arbeidsongeschikten moesten terugdringen. De opeenvolgende maatregelen worden hier kort beschreven (vgl. Teulings et al. 1997; Van der Veen 1997; Trommel en Van der Veen 2000; Visser en Hemerijck 1998).

In 1993 werd de Wet Terugdringing Beroep op Arbeidsongeschiktheidsregelingen (TBA) van kracht. De kern van deze - politiek zeer omstreden - wet bestond uit een aanpassing van de WAO-uitkeringen, waarbij de duur en hoogte afhankelijk werden van het arbeidsverleden (vooral nog afgemeten aan de leeftijd) en waarbij periodieke herkeuringen - die tot een bijstelling van de uitkeringshoogte kunnen leiden - de tijdelijkheid van een uitkering onderstrepen. Het gevolg van deze maatregel was dat het WAO-risico niet meer geheel was gedekt, met name voor jongere werknemers met een bovenminimaal inkomen. Dit 'WAO-gat' werd echter in de CAO-onderhandelingen tussen werkgevers en werknemers al snel gedicht. De wet TBA bracht verder een herziening van het arbeidsongeschiktheids criterium, waarbij het begrip 'passende arbeid' werd verruimd tot 'gangbare arbeid'. Concreet betekent dit, dat de oude functie niet meer maatgevend is voor het werk dat een gedeeltelijk arbeidsongeschikte wordt geacht nog te kunnen doen. Tenslotte werd in een poging de beslisvrijheid of discretionaire ruimte van professionele WAO-beoordelaars te beperken, vastgelegd dat de oorzaak van arbeidsongeschiktheid een 'rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekten of gebreken' moest zijn.

Andere belangrijke wetten uit de jaren '90 betroffen op de privatisering van de ziekwet. Met de Wet Terugdringing Ziekteverzuim en de herziening van de Arbeidsomstandighedenwet (de wetten TZ/Arbo) uit 1994 werden werkgevers verplicht om in geval van ziekte een particuliere Arbo-dienst in te schakelen en de eerste zes weken loon door te betalen. Met de Wet Uitbreiding Loondoorbetaling bij Ziekte (Wulbz) uit 1996 werd de vroegere Ziekwet voor de meeste werknemers verder geprivatiseerd en werd de verplichte loondoorbetaling door werkgevers uitgebreid tot het gehele eerste ziektejaar. Met deze nieuwe regelingen verschoof de verant-

woordelijkheid voor ziekteverzuim, reïntegratie en inkomensverzekering van het collectief naar de werkgever. Het idee was dat werkgevers 'geprikkeld' zouden worden een actief beleid te voeren om ziekteverzuim terug te dringen en zieke werknemers terug naar het werk te geleiden, waarmee de instroom in de WAO beperkt zou worden. Om deze prikkel nog sterker te maken trad in 1998 de wet Premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsregelingen (Pemba) in werking, waarbij werkgevers en bedrijfstakingen met verhoudingsgewijs veel arbeidsongeschikten meer premie moeten betalen. Het sluitstuk van het geheel is de Wet op de Reïntegratie (REA), ingegaan in 1999, die werkgevers betere mogelijkheden biedt om (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten in dienst te houden of te nemen.

Achter al deze herzieningen van de WAO is een rode draad te herkennen (vgl. Teulings et al. 1995). De bedoeling van al deze maatregelen was om het *gedrag* van werkgevers, werknemers en uitkeringsgerechtigden, alsmede het *functioneren* van uitvoeringsorganisaties te beïnvloeden. Door middel van een systeem van (financiële) 'gedragsprikkel' wordt gepoogd om de keuzen van belanghebbende partijen en individuen in het WAO-proces te beïnvloeden, zodanig dat de toestroom van zieke werknemers naar de WAO wordt beperkt en de uitstroom (reïntegratie) wordt bevorderd. Centrale thema's in het veranderingsproces zijn hierbij: het *selectiever maken* van de toegang tot het stelsel (bijvoorbeeld door gedeeltelijk arbeidsongeschikten geen volledige uitkering te geven), het *minder universeel* maken van het stelsel (bijvoorbeeld door de nieuwe afhankelijkheid van uitkeringshoogte en -duur van het arbeidsverleden) en een steeds sterkere nadruk op *terugkeer naar de arbeidsmarkt* van zieke en arbeidsongeschikte werknemers.

1.3.2 Het veranderende WAO-traject: ontwikkelingen op microniveau

In dit onderzoek gaat het niet om de veranderende wet- en regelgeving op zichzelf, maar om de gevolgen daarvan voor individuele werknemers die ziek worden en een WAO-uitkering aanvragen. Onze beschrijving van dit individuele traject blijft beperkt tot de WAO, de specifieke regelingen om voor een WAZ- of Wajong-uitkering in aanmerking te komen, blijven hier buiten beschouwing. We noemen dit het WAO-traject en bedoelen daarmee het traject dat individuele WAO'ers doorlopen tussen de ziekmelding op de eerste ziektedag tot ze een jaar later in aanmerking komen voor een WAO-uitkering en, althans als er geen sprake is van herstel, het formele ontslag twee jaar na de laatste ziekmelding. Tussentijds bezoekt de zieke werknemer op gezette tijden bepaalde instanties en moet aan bepaalde procedures worden voldaan. Het hele WAO-traject is schematisch in beeld gebracht in figuur 1.

Figuur 1 Het WAO-traject

1.3.3 Tussen ziekmelding en WAO-aanvraag

Hoewel niet alle betrokkenen zich daarvan bewust zijn, zijn werkgevers gedurende een periode van twee jaar na de ziekmelding verantwoordelijk voor zieke werknemers. In deze twee jaar genieten zieke werknemers bijzondere ontslagbescherming en blijven zij in dienst van de werkgever. Gedurende het eerste ziektejaar (de zogenaamde 'wachtijd') is de werkgever ook in financiële zin verantwoordelijk voor de werknemer. Sinds de invoering van de Wvz in 1996 is de werkgever verplicht tot loondoorbetaling gedurende het eerste ziektejaar, formeel tot 70% van het laatstverdiende loon, maar in de meeste CAO's is volledige loondoorbetaling gedurende het eerste ziektejaar geregeld.

De bedoeling van deze nieuwe regeling was om werkgevers financieel te ‘prikkel’en meer te doen aan verzuimbegeleiding en reïntegratie van zieke werknemers. In de praktijk worden deze taken uitbesteed aan Arbo-diensten Dit zijn particuliere instellingen die door individuele werkgevers worden ingehuurd om zieke werknemers te begeleiden en ziekteverzuim waar mogelijk tegen te gaan. Werkgevers zijn verplicht zich aan te sluiten bij een Arbo-dienst. De diensten die de Arbo-dienst levert, zijn echter afhankelijk van het soort contract dat is afgesloten. Minimale pakketten voorzien enkel in registratie van ziektegevallen en minimale begeleiding, bij duurdere pakketten maakt de Arbo-dienst meer werk van de verzuimbegeleiding van zieke werknemers. Ieder ziektegeval wordt gemeld bij de Arbo-dienst. Zieke werknemers krijgen na verloop van tijd in ieder geval een formulier opgestuurd met vragen over hun ziekte. Soms worden zij een of meerdere malen opgeroepen bij de bedrijfsarts. Zo’n gesprek dient ter controle van de ziekmelding, maar kan ook worden aangegrepen om in een vroegtijdig stadium te praten over terugkeer naar werk.

Na uiterlijk dertien weken moet de Arbo-dienst een zogenaamd reïntegratieplan overleggen aan de verantwoordelijke uitvoeringsinstelling. Er zijn twee soorten reïntegratieplannen. Als men verwacht dat de werknemer binnen het eerste ziektejaar weer aan het werk is en dus niet in de WAO terechtkomt, kan worden volstaan met een voorlopig reïntegratieplan. Dit is niet meer dan een formulier met enkel persoonsgegevens, de eerste ziektedag en het verwachte moment van werkhervatting. Als men verwacht dat de werknemer *niet* binnen het jaar weer aan het werk kan en dus in de WAO dreigt te geraken, moet een volledig reïntegratieplan worden ingediend. Dit is in principe een uitvoeriger stuk, waarin ook wordt ingegaan op de concrete plannen die zijn ontwikkeld om werkhervatting van de zieke werknemer te bevorderen. Ook dit volledige reïntegratieplan is bedoeld om werkgevers en werknemers te stimuleren in geval van langdurige ziekte zo vroeg mogelijk na te denken over terugkeer naar werk (al dan niet binnen de eigen functie). De achterliggende gedachte is, dat juist het eerste ziektejaar cruciaal wordt geacht als het om werkhervatting gaat. Na een jaar ziekte is de kans op terugkeer naar werk al weer veel kleiner.

1.3.4 De WAO-beoordeling

Uiterlijk negen maanden na de ziekmelding moet de werknemer een WAO-uitkering aanvragen. Vervolgens wordt de zieke werknemer door de uvi opgeroepen voor een claimbeoordeling (ook wel WAO-keuring genoemd). De claimbeoordeling bestaat uit een medisch deel uitgevoerd door de verzekeringsarts en een arbeidskundig deel uitgevoerd door de arbeidsdeskundige. Doel van het medisch onderzoek is het vaststellen van de medische beperkingen van de cliënt. Om de gang van zaken rond de WAO-beoordeling goed te begrijpen, moet men echter het doel van de procedure steeds voor ogen houden. Het gaat er bij de WAO-beoordeling niet zozeer om vast te stellen of de werknemer ziek is, maar of sprake is van inkomensderving als gevolg van fysieke of psychische klachten. De twee delen van de WAO-beoordeling hangen daarom nadrukkelijk samen. De verzekeringsarts gaat na of er sprake is van arbeidsongeschiktheid als gevolg van fysieke of psychische klachten, de arbeidsdeskundige gaat na welke functies de betrokkene – gegeven de geconstateerde belemmeringen – in principe nog kan verrichten.

De verzekeringsarts verricht het medische deel van de WAO-beoordeling. De arts stelt de medische beperkingen van de cliënt vast door te vragen naar onder meer de ziektegeschiedenis, arbeidsgeschiedenis en de privé-situatie. Indien nodig wordt informatie van de behandelende artsen ingewonnen of laat men zelf lichamelijk of psychiatrisch onderzoek uitvoeren. Het medische deel van de WAO-beoordeling mondt uit in het opstellen van een belastbaarheidspatroon, waarin precies wordt aangegeven wat de zieke werknemer gegeven de beperkingen nog wel en

niet kan (bijvoorbeeld of iemand een bepaald gewicht kan optillen, een trap op kan lopen of met conflicten kan omgaan). Op basis van dit belastbaarheidspatroon beoordeelt de arbeidsdeskundige met behulp van het zogenaamde Functie Informatie Systeem (FIS) welke functies iemand in principe nog kan verrichten. Op basis hiervan wordt de hoogte van de WAO-uitkering berekend.⁶

In principe zijn er bij de WAO-beoordeling drie verschillende uitkomsten mogelijk. Indien de arbeidsdeskundige er niet in slaagt om voldoende (minimaal drie) functies te vinden die iemand gegeven de vastgestelde belemmeringen nog kan vervullen, wordt de cliënt volledig arbeidsongeschikt bevonden. Overigens is dit duiden van functies een zuiver theoretische aangelegenheid. Het gaat er niet om of er in de geduide functies ook vacatures zijn en of men de geduide functies werkelijk kan vervullen. Alleen al dat men bepaalde functies *in principe* nog kan vervullen, betekent dat er geen sprake is van inkomensderving als gevolg van de vastgestelde belemmeringen en dat men niet (volledig) arbeidsongeschikt is.

Zijn de geconstateerde fysieke of psychische belemmeringen niet zodanig dat iemand geen enkele functie meer kan verrichten, dan is sprake van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Bij het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid is, anders dan vaak wordt gedacht, niet zozeer de gezondheidssituatie doorslaggevend, maar enkel de mate waarin sprake is van *inkomensderving* als gevolg van gezondheidsproblemen. Om de mate van arbeidsongeschiktheid te bepalen wordt de resterende verdien capaciteit vastgesteld. Dit gebeurt door het oorspronkelijke inkomen (het maatmanloon) te verminderen met het inkomen van die functies die men gegeven de beperkingen *in principe* nog kan vervullen (het functieloon). Kan iemand vanwege de ziekte minder dan 20 procent van het oorspronkelijke inkomen verdienen, dan wordt de persoon alsnog volledig arbeidsongeschiktheid verklaard.

Kan iemand gegeven de beperkingen nog tussen 15 en 80 procent van het oorspronkelijke inkomen verdienen, dan is tenslotte sprake van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Is de inkomensderving als gevolg van ziekte minder dan 15 procent, dan wordt iemand volledig arbeidsongeschikt bevonden (minder dan 15 procent arbeidsongeschikt) en wordt geen WAO-uitkering verstrekt. Deze laatste regeling werkt echter ongunstig uit voor laagbetaalde werknemers, waaronder veel allochtone werknemers. Immers, indien laagbetaalde werknemers bepaalde functies *in principe* nog wel kunnen vervullen, dan is het inkomen dat zij daarmee kunnen verdienen al snel even hoog als het oorspronkelijke inkomen. De inkomensderving als gevolg van arbeidsongeschiktheid is dan minder dan 15 procent en de betrokkene komt niet in aanmerking voor een WAO-uitkering. Als werkhervatting desondanks niet mogelijk is, moet een werkloosheidsuitkering worden aangevraagd. Daarna heeft men helemaal geen recht op een uitkering (als er een verdienende partner is) of resteert alleen de bijstand. Let wel, het gaat er niet om of een zieke werknemer daadwerkelijk ander werk heeft gevonden maar alleen of dit in principe mogelijk is. In dat laatste geval is er geen sprake van inkomensderving als gevolg van arbeidsongeschiktheid en komt met niet in aanmerking voor een WAO-uitkering. Gesteld is wel, dat deze regeling de facto discriminerend is voor lage inkomensgroepen:

“Hoe minder men verdient, des te sneller wordt men in staat geacht hetzelfde te kunnen verdienen. Lage inkomensgroepen worden op deze wijze door de WAO a priori al gediscrimineerd”. (Rietbergen en Van Vliet 2001, 91).

Aangezien allochtone werknemers vaak tot de lage inkomensgroepen behoren, krijgen zij vaker met dit nadeel te maken dan autochtonen.

In principe dient bij iedere WAO-beoordeling een verzekeringsarts en een arbeidsdeskundige te worden ingeschakeld. Uitgangspunt hierbij is de regel, dat de arts wel de lichamelijke of psychische belemmeringen bij iemand kan vaststellen, maar niet of de persoon gegeven die belemmeringen nog kan werken. Dit laatste moet door de arbeidsdeskundige worden vastgesteld. In de praktijk zijn er echter ook uitzonderingen op deze regel. Sommige verzekeringsartsen menen dat zij op medische gronden kunnen vaststellen dat iemand niet meer kan werken. In zulke gevallen kan iemand enkel op medische gronden volledig arbeidsongeschikt worden verklaard, zonder dat er een arbeidsdeskundige aan te pas komt. De verzekeringsarts anticipeert dan als het ware op de uitkomst van het arbeidskundige deel van de WAO-beoordeling. Vooral bij psychische klachten komt dit vaak voor (De Bont et al. 2000; Hertogh 2001)

1.3.5 Het eerste WAO-jaar

Een ander aspect van de nieuwe WAO-regelingen is de invoering van een periodiek systeem van herkeuringen. In principe moet iedere WAO'er één jaar na de eerste WAO-beoordeling opnieuw worden beoordeeld en vervolgens moet dat iedere vijf jaar opnieuw gebeuren. De eerste herkeuring (na één jaar WAO) valt samen met het einde van de ontslagbescherming van de zieke werknemer. Achttien maanden na de laatste ziekmelding kan de werkgever een ontslag-aanvraag indienen bij de directeur van de Arbeidsvoorzieningsorganisatie. Indien toestemming tot ontslag wordt verleend, kan de werknemer precies twee jaar na de laatste ziekmelding ontslagen worden. Indien er bij de uvi geen vertraging is opgetreden, valt dit samen met de uitslag van de eerste herbeoordeling van de zieke werknemer. Dat de werknemer na één jaar ziekte een WAO-uitkering krijgt, betekent niet dat er vanaf dat moment geen sprake meer is van reïntegratie-activiteiten. Ook de werkgever en de Arbo-dienst zijn gedurende het eerste WAO-jaar, zolang het arbeidscontract nog niet ontbonden is, verplicht mee te werken aan reïntegratie. De primaire verantwoordelijkheid voor de reïntegratie van de zieke werknemer ligt dan echter niet meer bij de werkgever, maar bij de uitvoeringsinstantie.

1.3.6 Vangnetzietewet

Het tot dusver geschetste WAO-traject zou men het standaardtraject kunnen noemen. Er zijn echter ook uitzonderingen op deze regels. De belangrijkste is wel, dat er bij de privatisering van de ziektewet in 1996 voor bepaalde categorieën werknemers een uitzondering is gemaakt. Voor de volgende groepen is de oude Ziektewet als vangnet blijven bestaan: vrouwen in verband met zwangerschap en bevalling, werknemers na afloop van een tijdelijk arbeidscontract, werklozen met een WW-uitkering, voormalige WAO'ers die opnieuw aan het werk gegaan zijn en zieke werknemers waarvan de werkgever failliet is gegaan. In al deze gevallen is de werkgever niet verplicht tot loondoorbetaling gedurende het eerste ziektejaar of is er geen werkgever, maar wordt een uitkering in het kader van de 'vangnetzietewet' verstrekt. De vangnetzietewet wordt uitgevoerd door de uvi's. Concreet betekent dit dat de zieke werknemer niet pas na afloop van het eerste ziektejaar, maar direct na de ziekmelding (of na afloop van het tijdelijk contract) onder de verantwoordelijkheid van de uvi valt. Er wordt in deze gevallen geen Arbo-dienst ingeschakeld en geen reïntegratieplan opgesteld. Aangezien Turkse en Marokkaanse werknemers verhoudingsgewijs beduidend vaker dan autochtonen op basis van een tijdelijk arbeidscontract werken, worden deze groepen ook vaker met de vangnetzietewet geconfronteerd dan autochtonen (Dagevos 2001, 56; vgl. paragraaf 5.5 van deze studie). In hoofdstuk 5 van deze studie wordt beschreven wat hiervan de gevolgen zijn.

Noten hoofdstuk 1

¹ Scheffer, P. Het multiculturele drama. In *NRC Handelsblad*, 29-01-2000; Scheffer, P. Het multiculturele drama: een repliek. In *NRC Handelsblad*, 25-03-2000.

² In de jaren tachtig is gestart met het project Epidemiologie van de Arbeidsongeschiktheid. In het kader van dit project zijn regelmatig enquêtes onder WAO'ers uitgevoerd, de laatste in 1999. De resultaten van dit project zijn onder meer beschreven in: Giezen, A.M. van der, Molenaar-Cos, P.G.M. & Jehoel-Gijsbers, G. *Langdurige arbeidsongeschiktheid in 1998. Een analyse van arbeidsongeschiktheidsrisico's en ontwikkelingen in de tijd*. Amsterdam: Lisv 1999.

³ Zie: CBS. *Arbeidsongeschiktheid autochtonen en allochtonen*. Persbericht, d.d. 20 november 2000; *Arbeidsongeschiktheid onder allochtonen*. Brief van minister Vermeend (SZW) aan de vaste Commissie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid, d.d. 21 november 2001.

⁴ De diverse uvi's zijn per 1 januari 2002 samengebracht in de UWV (Uitvoering Werknemers Verzekeringen).

⁵ Het groepsgesprek met Turkse mannen die langdurig in de WAO zitten is georganiseerd door het Centrum voor Integratie Bevordering (CIB) te Dordrecht, de beide overige gesprekken met Turkse mannen en vrouwen in de WAO zijn georganiseerd door het Centrum voor Buitenlandse Werknemers Rijnmond (CBWR) en de gesprekken met Marokkaanse mannen en vrouwen in de WAO zijn georganiseerd door Rotterdam Mega Productions.

⁶ Het FIS is per 1 januari 2002 vervangen door een nieuw functie-informatiesysteem, het CBBS.

2 Autochtonen en allochtonen in de WAO: de cijfers

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de bevindingen van de kwantitatieve analyses over autochtone en allochtone arbeidsongeschikten gepresenteerd. Het hoofdstuk beoogt een antwoord te geven op de eerste twee onderzoeksvragen van deze studie: ten eerste de vraag naar de aantallen autochtonen en allochtonen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering, inclusief de vraag of er al dan niet sprake is van een oververtegenwoordiging van allochtonen in de WAO, en ten tweede de vraag naar kenmerken van autochtone en allochtone WAO'ers. Daarnaast wordt een eerste en nog partieel antwoord gegeven op de vraag naar de verklaring van de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO. Nagegaan wordt in hoeverre de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO (die we inderdaad zullen constateren) ook blijft bestaan indien in de analyse rekening wordt gehouden met het verschil in opleidingsniveau tussen autochtonen en de genoemde allochtone groepen.

De analyse in dit hoofdstuk valt uiteen in vier delen. We beginnen hierna met een algemene beschrijving van het aantal autochtone en allochtone arbeidsongeschikten, waarbij in eerste instantie wordt ingegaan op de drie arbeidsongeschiktheidsregelingen die Nederland kent. Als we in Nederland over arbeidsongeschikten spreken, dan denken we bijna automatisch aan WAO'ers, dat wil zeggen personen met een uitkering in het kader van de in 1967 ingevoerde Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De WAO is echter slechts één van de drie arbeidsongeschiktheidsregelingen in Nederland, zij het wel de belangrijkste, zowel in termen van aantallen uitkeringen als wat betreft de uitgaven die daarmee gemoeid zijn. De WAO is een werknemersverzekering die tot doel heeft werknemers te verzekeren tegen verlies van inkomen als gevolg van langdurige arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of gebrek. Daarnaast kent Nederland afzonderlijke arbeidsongeschiktheidsregelingen voor zelfstandigen (de Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering Zelfstandigen [WAZ]) en voor jonggehandicapten (Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten [Wajong]). Jonggehandicapten zijn personen die al op zo jonge leeftijd (voor hun zeventiende verjaardag dan wel tijdens hun studie) arbeidsongeschikt zijn geworden dat zij daardoor geen arbeidsverleden konden opbouwen. De vraag hoeveel autochtonen en allochtonen een uitkering volgens één van deze drie arbeidsongeschiktheidsregelingen ontvangen, wordt beantwoord in paragraaf 2.3.

In de tweede plaats wordt in dit hoofdstuk een beschrijving gegeven van de diverse kenmerken van autochtone en allochtone arbeidsongeschikten (paragraaf 2.4). Deze analyse is echter in meerdere opzichten beperkter van opzet dan die in de vorige paragraaf. In de eerste plaats

beperken we ons hier tot WAO'ers en wordt niet meer ingegaan op personen met een WAZ- of Wajong-uitkering. Het aantal (niet-westerse) allochtonen met een WAZ- of Wajong-uitkering is in absolute zin dermate gering, dat nadere uitsplitsing daarvan naar subkenmerken weinig zinvol en vaak niet mogelijk zijn. In de tweede plaats beperken we ons in de analyse van de kenmerken van autochtone en allochtone WAO'ers tot de vier grootste etnische categorieën: naast autochtonen zijn dat Turken, Marokkanen en Surinamers. Wellicht ten overvloede zij hier vermeld, dat in deze studie ook autochtonen als etnische groep – dat wil zeggen een bevolkingscategorie met een gemeenschappelijke etnische herkomst – worden opgevat. Aan de orde komen de volgende kenmerken van autochtone en allochtone WAO'ers: de onderverdeling naar sekse en leeftijd, de uitkeringsduur, de mate én reden van arbeidsongeschiktheid, de bedrijfssector waarin men werkzaam was en tenslotte de woonplaats van arbeidsongeschikten.

Op de achtergrond van de analyse van de kenmerken van autochtone en allochtone WAO'ers staat een beeld van de ontwikkelingen in de WAO, zoals is geschetst in het rapport van de zogenoemde Commissie Donner. De commissie constateerde in haar analyse niet alleen een kwantitatieve toename van het aantal WAO'ers in Nederland, maar ook de opkomst van een nieuw type WAO'er. De typische WAO'er van enkele decennia geleden was een man met een lang arbeidsverleden in de bouw of in de industrie, die vanwege fysieke klachten niet langer kon of hoefde te voldoen aan de gewijzigde productiviteitseisen. De typische WAO'er van nu is daarentegen een jongere man, of een vrouw, met psychische klachten en een betrekkelijk kort arbeidsverleden in één van de dienstverlenende beroepen (schoonmaakwerk, uitzendwerk en de zorgsector) (Commissie Donner 2001, 29). Tegen deze achtergrond stellen wij de vraag of deze opkomst van een nieuw type WAO'ers ook zichtbaar is bij de deelcategorie van allochtone WAO'ers (in het bijzonder bij Turkse en Marokkaanse WAO'ers) óf dat deze groepen qua achtergrondkenmerken eerder lijken op de 'oude' WAO'ers van weleer.

In de derde plaats wordt de vraag gesteld naar de relatieve oververtegenwoordiging van allochtonen in de WAO (paragraaf 2.5). Men kan het aandeel WAO'ers als percentage van de gehele bevolkingsgroep (in de werkzame leeftijd) berekenen en nagaan of dit percentage bij allochtone groepen afwijkt van dat bij autochtonen. Of men kan het aandeel WAO'ers als percentage van de feitelijke beroepsbevolking berekenen en nagaan of er op dit punt verschillen bestaan tussen autochtonen en de diverse allochtone groepen. De eerste berekeningswijze is gevolgd bij de eerder gepubliceerde CBS-gegevens over allochtonen in de WAO. In deze analyse wordt echter ten onrechte geen rekening gehouden met verschillen in de mate van arbeidsparticipatie tussen de diverse etnische groepen. De WAO is immers een werknemersverzekering, waarop pas recht ontstaat nadat betaalde arbeid (als werknemer) is verricht. Het is daarom beter om het aantal WAO'ers te relateren aan de omvang van de beroepsbevolking per etnische categorie. In onze analyse worden beide gegevens gepresenteerd, waarbij duidelijk wordt dat het inderdaad uitmaakt of men de ene óf de andere referentiecategorie hanteert.

Tenslotte rijst de vraag hoe een eventuele oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO *verklaard* kan worden. Een eerste poging hiertoe wordt al in dit hoofdstuk ondernomen op basis van kwantitatieve gegevens. Nagegaan wordt namelijk in hoeverre de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO (die inderdaad wordt geconstateerd) ook blijft bestaan indien in de analyse rekening wordt gehouden met het verhoudingsgewijs lage opleidingsniveau van deze groepen. De redenering daarbij is de volgende. Uit beschikbaar onderzoek is bekend, dat de kans op arbeidsongeschiktheid bij laag opgeleide werknemers beduidend hoger ligt dan bij hoger opgeleiden. Ook is bekend dat allochtone werknemers, maar met name Turken en Marokkanen, verhoudingsgewijs vaak tot de lager opgeleiden behoren. Dit leidt tot het vermoeden dat de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO

op zijn minst deels kan worden teruggevoerd op een *algemene* factor als het geringe opleidingsniveau bij deze groepen. Of dit zo is en in welke mate staat beschreven in paragraaf 2.5.

2.2 De gebruikte gegevens

De kwantitatieve analyses in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op twee soorten statistische gegevens. In de eerste plaats is gebruikgemaakt van door het CBS bewerkte gegevens over autochtone en allochtone arbeidsongeschikten, die gebaseerd zijn op de *administratieve* gegevens van de uitvoeringsinstanties (uvi's). Aangezien het hier om tellingen gaat van het totale aantal geregistreerde arbeidsongeschikten en niet om gegevens gebaseerd op de bevindingen van enquête-onderzoek kan er bij deze gegevens geen sprake zijn van eventuele vertekeningen als gevolg van een selectieve steekproef of selectieve non-response. Deze gegevens over aantallen autochtone en allochtone arbeidsongeschikten waren niet eerder beschikbaar omdat bij de uitvoering van de diverse arbeidsongeschiktheidsregelingen – anders dan bij andere sociale uitkeringen – niet naar etnische herkomst wordt geregistreerd. Pas door een technische operatie, namelijk door administratieve gegevens van de uvi's te koppelen aan gegevens van de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA), kon de etnische herkomst van personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering worden vastgesteld. Zoals gezegd zijn deze gegevens over het aantal autochtone en allochtone WAO'ers reeds eerder gepubliceerd, zowel door het CBS zelf als door het Ministerie van SZW.¹

Over de gebruikte CBS-gegevens moet een aantal meer technische opmerkingen worden gemaakt. Van belang is vooral om uit te leggen hoe de categorisering naar etnische herkomst geschiedt. Met andere woorden, wanneer wordt iemand tot de 'allochtonen' gerekend? De indeling naar etnische herkomst gebeurt volgens (de ruime variant van) het zogenaamde geboortelandbeginsel. Hierbij wordt iemand als 'allochtoon' gerekend indien de persoon zelf of minstens één van beide ouders buiten Nederland is geboren. Bij deze definitie worden dus zowel eerste- als tweede-generatiemigranten tot de 'allochtonen' gerekend. Vervolgens wordt een onderscheid gemaakt tussen westerse en niet-westerse allochtonen. Bij de eerste groep gaat het om in Nederland woonachtige personen afkomstig uit andere westerse of geïndustrialiseerde landen in Europa, Noord-Amerika, Australië, Japan, enzovoort. Bij de laatste groep gaat het om in Nederland woonachtige personen afkomstig uit niet-geïndustrialiseerde landen in Azië, Afrika en Latijns-Amerika. Deze laatste groep van niet-westerse allochtonen wordt in ander onderzoek ook vaak aangeduid als 'etnische minderheden' (vgl. Tesser et al. 1999; Dagevos 2001). In dit hoofdstuk wordt echter niet ingegaan op alle niet-westerse allochtonen, maar alleen op de grootste groepen daarbinnen: Turken, Marokkanen en Surinamers. Alleen als het gaat om het aantal WAO'ers wordt ook ingegaan op Antillianen en Arubanen (in paragraaf 2.3, 2.5 en 2.6). Daarnaast wordt steeds als referentiecategorie ingegaan op de positie van autochtonen.

Hoewel in dit hoofdstuk niet wordt ingegaan op 'westerse allochtonen', moet één opmerking over deze groep wel worden gemaakt. Uit de beschikbare gegevens blijkt namelijk een vrij groot deel van de arbeidsongeschikten in Nederland qua herkomst tot deze categorie gerekend moet worden. Het betreft in totaal 86 duizend personen oftewel ruim negen procent van het totale aantal arbeidsongeschikten in Nederland. Zowel absoluut als procentueel is de groep arbeidsongeschikte westerse allochtonen groter dan de groep niet-westerse allochtonen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering. 'Westerse allochtonen' vormen echter een zeer onduidelijke categorie. Het gaat niet alleen om niet-Nederlandse migranten uit andere westerse landen, maar om iedereen die zelf, of waarvan minstens één van beide ouders buiten Nederland is geboren. Dit alles komt in Nederland, met relatief veel gemengde huwelijken, zeer vaak voor.

Daarnaast waren er twee groepen arbeidsongeschikten waarvan de etnische herkomst niet via de GBA kon worden vastgesteld. Dit betreft in de eerste plaats een groep van bijna 23 duizend arbeidsongeschikten (oftewel 2,5 procent van het totale aantal arbeidsongeschikten) die niet in Nederland wonen en dus ook niet geregistreerd staan in de GBA. Het betreft vermoedelijk vooral niet-westerse allochtonen die hun WAO-uitkering naar het land van herkomst hebben geëxporteerd, maar zekerheid hierover hebben we niet. Ook deze categorie blijft in de verdere analyses buiten beschouwing. Dit geldt tenslotte ook voor een kleine groep arbeidsongeschikten (rond achtduizend personen) waarvan de etnische herkomst om andere redenen niet kon worden vastgesteld.

Tenslotte moet worden gewezen op een belangrijke beperking van de hier gebruikte CBS-gegevens, met name wanneer deze gegevens worden gebruikt om bepaalde kenmerken van allochtone en autochtone WAO'ers te beschrijven en daarmee bepaalde *ontwikkelingen* in de WAO en de WAO-populatie te schetsen. De gebruikte gegevens slaan op alle lopende WAO-uitkeringen, waarbij geen onderscheid wordt gemaakt naar uitkeringsduur. Als gevolg hiervan worden de kenmerken van personen die al (zeer) lang in de WAO zitten en de meer recente gevallen op één hoop gegooid. In ander onderzoek is het gebruikelijk om, indien men recente ontwikkelingen in de WAO in kaart wil brengen, niet zozeer uit te gaan van gegevens over alle lopende uitkeringen maar van gegevens over de WAO-instroom. Deze laatste data bleken echter voor dit onderzoek niet beschikbaar. Wel kon bij een beperkt aantal kenmerken (te weten geslacht, leeftijd en diagnosecategorie) een uitsplitsing worden gemaakt tussen langdurige en recente WAO'ers.

In deze studie is op twee momenten gebruikgemaakt van aanvullende gegevens uit bestaand enquêteonderzoek. Het betreft gegevens uit twee verschillende studies, namelijk de enquête Sociale Positie en Voorzieningengebruik Allochtonen (SPVA) van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en het Rotterdamse onderzoeksinstituut ISEO en de Enquête Beroepsbevolking (EBB) van het CBS. Beide enquêtes worden periodiek uitgevoerd, hier is gebruik gemaakt van gegevens uit respectievelijk 1998 en 1999. De SPVA geldt in Nederland als de meest betrouwbare informatiebron met gegevens over allochtone bevolkingsgroepen. Het onderzoek is indertijd in het leven geroepen om de voortgang en effecten van het in Nederland gevoerde minderhedenbeleid in kaart te brengen. Aangezien het onderzoek op een steekproef berust, zijn de gegevens echter per definitie minder betrouwbaar dan de in deze studie gebruikte CBS-gegevens die op administratieve data berusten. Er is hier alleen van enquêtegegevens gebruikgemaakt wanneer administratieve gegevens niet voorhanden bleken.

Dit was op twee belangrijke momenten het geval. In de eerste plaats bleken er geen administratieve gegevens beschikbaar over de omvang van de beroepsbevolking per etnische herkomstgroep. Deze gegevens zouden, op dezelfde wijze als de etnische herkomst van arbeidsongeschikten inzichtelijk is gemaakt, beschikbaar kunnen komen door gegevens uit de werknemersadministratie van het Lisv te koppelen aan de GBA. Hoewel het CBS dit in de toekomst wil gaan doen, had men daartoe tijdens dit onderzoek geen mogelijkheid. Wij gaan daarom uit van *schattingen* van het aantal arbeidsmarktparticipanten per etnische groep, die gebaseerd zijn op gegevens uit de SPVA en de EBB. De schatting van de omvang van de beroepsbevolking bij de diverse allochtone groepen is gebaseerd op SPVA-gegevens, de schatting van het aantal autochtone arbeidsmarktparticipanten op de EBB (zie de bijlage van dit hoofdstuk).² In de tweede plaats is van de SPVA gebruikgemaakt om een multivariate analyse uit te voeren, waarmee wordt nagegaan of de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO ook blijft bestaan als in de analyse rekening wordt gehouden met het verschil in opleidingsniveau tussen de diverse etnische groepen (zie paragraaf 2.5).

2.3 Autochtone en allochtone arbeidsongeschikten: een eerste overzicht

Hoeveel autochtone en allochtone arbeidsongeschikten zijn er eigenlijk in Nederland? De eerste uitkomsten van de analyse kunnen worden afgelezen uit tabel 1. De gegevens in de tabel slaan op het aantal uitkeringsgerechtigden van alle arbeidsongeschiktheidsregelingen (WAO, WAZ, Wajong). Eind 1999 telde Nederland in totaal ruim 900 duizend arbeidsongeschikten. De grootste groep daarvan (bijna driekwart miljoen) betreft personen met een WAO-uitkering. Daarnaast waren er ruim 50 duizend personen met een WAZ-uitkering en bijna 124 duizend personen met een Wajong-uitkering. In de tabel is alleen het aantal arbeidsongeschikten aangegeven voor autochtonen en voor diverse groepen niet-westerse allochtonen. De in de tabel vermelde totalen bevatten echter nog drie andere categorieën, die niet afzonderlijk in de tabel zijn opgenomen: de grote, maar zoals gezegd, vrij onduidelijke groep 'westerse allochtonen' (ruim 86 duizend personen), de groep in het buitenland wonende arbeidsongeschikten waarvan de etnische herkomst niet via het GBA kon worden vastgesteld (bijna 23 duizend personen) en tenslotte de groep waarvan de etnische herkomst om andere redenen niet kon worden vastgesteld (rond 8 duizend personen).

Als we eerst alle regelingen bij elkaar nemen, dan zien we dat het vraagstuk van het grote aantal arbeidsongeschikten in Nederland in eerste instantie een probleem van autochtonen is: 80 procent van alle arbeidsongeschikten is autochtoon, slechts zeven procent kan tot de 'niet-westerse allochtonen' gerekend worden. Als we naar de afzonderlijke regelingen kijken, is het aandeel autochtonen onder de uitkeringsgerechtigden bij de WAZ en Wajong nog beduidend groter, namelijk respectievelijk 90 en 85 procent. Hoewel de groep oudere Turkse en Marokkaanse mannen vaak genoemd wordt als een risicogroep met betrekking tot arbeidsongeschiktheid, is deze categorie bij de ontvangers van een Wajong-uitkering juist *ondervertegenwoordigd*. Dit is vanuit de aard van de regeling goed verklaarbaar. Zoals gezegd, is de Wajong bedoeld als inkomensvoorziening voor personen die al op jonge leeftijd arbeidsongeschikt werden en daardoor geen arbeidsverleden konden opbouwen. Als we het hebben over Wajong-ontvangers die momenteel 40 jaar of ouder zijn, dan gaat het over personen die al ruim twintig jaar in Nederland zijn en *toen* al arbeidsongeschikt waren. In de praktijk komt deze categorie onder Turkse en Marokkaanse mannen niet voor. Turkse en Marokkaanse mannen die om medische redenen niet konden werken, kwamen niet naar Nederland maar bleven in het land van herkomst.³ Aangezien er bij de WAZ en Wajong zo weinig allochtone uitkeringsgerechtigden zijn, blijven deze regelingen in de verdere studie buiten beschouwing.

Bij de ontvangers van een WAO-uitkering ligt het aandeel niet-westerse allochtonen hoger. Bijna 79 procent van alle WAO'ers kan tot de autochtonen gerekend worden en precies acht procent tot de niet-westerse allochtonen. Bij de mannen zijn er verhoudingsgewijs wat meer niet-westerse allochtonen onder de WAO'ers dan bij de vrouwen. Opmerkelijk is het relatief hoge aandeel niet-westerse allochtonen onder de WAO'ers jonger dan 40 jaar. Als men alle leeftijdsgroepen tezamen neemt, behoort één op de twaalf WAO'ers tot de niet-westerse allochtonen. Bij de jongere leeftijdscategorie behoort één op de zeven WAO'ers tot de niet-westerse allochtonen. Of dit veel of weinig is, kan echter op basis van de gepresenteerde gegevens niet worden gezegd. Dat hangt immers af van de totale omvang van c.q. het aantal werkenden in de betreffende bevolkingsgroepen (vgl. verder paragraaf 2.5 van dit hoofdstuk). In totaal hebben een kleine 60 duizend niet-westerse allochtonen een WAO-uitkering. Bijna tweederde van hen zijn personen uit Turkije of Marokko. Bij ongeveer tweederde van alle Turkse en Marokkaanse WAO'ers gaat het om mannen, en bij eenderde om vrouwen. In de rest van deze studie gaat het specifiek om deze groepen, Turkse of Marokkaanse mensen met een WAO-uitkering.

Tabel 1 Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen naar geslacht, leeftijd en etniciteit, 31 december 1999

	Totaal	Autochtonen	Niet-westerse allochtonen					
			Totaal	Marokkanen	Turken	Surinamers	Antillianen/ Arubanen	Overig
WAO								
	<i>x 1000</i>							
Totaal	745,7	586,1	59,9	13,6	24,2	14,2	2,2	5,7
Mannen	438,6	341,4	36,3	10,7	14,5	6,4	1,0	3,6
Vrouwen	307,0	244,7	23,6	2,8	9,7	7,8	1,2	2,1
15-39 jaar	121,1	92,4	17,2	4,0	8,0	3,0	0,5	1,5
40-64 jaar	624,6	493,8	42,6	9,5	16,2	11,2	1,7	4,1
WAZ								
Totaal	56,7	50,8	0,7	0,1	0,2	0,2	0,0	0,2
Mannen	39,5	35,5	0,5	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2
Vrouwen	17,2	15,3	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
15-39 jaar	3,5	3,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
40-64 jaar	53,3	47,7	0,5	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2
Wajong								
Totaal	123,6	105,3	6,5	1,2	1,5	2,4	0,6	0,8
Mannen	69,4	58,6	4,0	0,8	0,9	1,5	0,4	0,5
Vrouwen	54,2	46,7	2,6	0,4	0,6	1,0	0,3	0,3
15-39 jaar	74,9	63,2	5,3	1,1	1,4	1,6	0,5	0,7
40-64 jaar	48,6	42,1	1,2	0,1	0,1	0,8	0,1	0,1
Alle regelingen								
Totaal	925,9	742,3	67,1	14,8	25,8	16,8	2,9	6,7
Mannen	547,5	435,6	40,7	11,6	15,5	8,0	1,4	4,3
Vrouwen	378,4	306,7	26,4	3,3	10,3	8,8	1,5	2,5
15-39 jaar	199,4	158,7	22,7	5,2	9,5	4,7	1,1	2,3
40-64 jaar	726,4	583,6	44,5	9,6	16,4	12,1	1,8	4,5
WAO								
	<i>in procenten</i>							
Totaal	100,0%	78,6%	8,0%	1,8%	3,2%	1,9%	0,3%	0,8%
Mannen	100,0%	77,8%	8,3%	2,4%	3,3%	1,5%	0,2%	0,8%
Vrouwen	100,0%	79,7%	7,7%	0,9%	3,2%	2,5%	0,4%	0,7%
15-39 jaar	100,0%	76,3%	14,2%	3,3%	6,6%	2,5%	0,4%	1,2%
40-64 jaar	100,0%	79,1%	6,8%	1,5%	2,6%	1,8%	0,3%	0,7%
WAZ								
Totaal	100,0%	89,6%	1,2%	0,2%	0,4%	0,4%	0,0%	0,4%
Mannen	100,0%	89,9%	1,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,0%	0,5%
Vrouwen	100,0%	89,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,6%
15-39 jaar	100,0%	88,6%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
40-64 jaar	100,0%	89,5%	0,9%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,4%
Wajong								
Totaal	100,0%	85,2%	5,3%	1,0%	1,2%	1,9%	0,5%	0,6%
Mannen	100,0%	84,4%	5,8%	1,2%	1,3%	2,2%	0,6%	0,7%
Vrouwen	100,0%	86,2%	4,8%	0,7%	1,1%	1,8%	0,6%	0,6%
15-39 jaar	100,0%	84,4%	7,1%	1,5%	1,9%	2,1%	0,7%	0,9%
40-64 jaar	100,0%	86,6%	2,5%	0,2%	0,2%	1,6%	0,2%	0,2%
Alle regelingen								
Totaal	100,0%	80,2%	7,2%	1,6%	2,8%	1,8%	0,3%	0,7%
Mannen	100,0%	79,6%	7,4%	2,1%	2,8%	1,5%	0,3%	0,8%
Vrouwen	100,0%	81,1%	7,0%	0,9%	2,7%	2,3%	0,4%	0,7%
15-39 jaar	100,0%	79,6%	11,4%	2,6%	4,8%	2,4%	0,6%	1,2%
40-64 jaar	100,0%	80,3%	6,1%	1,3%	2,3%	1,7%	0,2%	0,6%

Bron: CBS (totaal = incl. niet-westerse allochtonen + woonachtig in buitenland + etnische herkomst onbekend)

2.4 Kenmerken van autochtone en allochtone WAO'ers

In deze paragraaf wordt een nader profiel van autochtone en allochtone WAO'ers geschetst. Vier bevolkingsgroepen staan daarbij centraal: naast autochtonen zijn dat Turken, Marokkanen en Surinamers. Deze laatste groep is interessant, omdat Surinaamse WAO'ers in veel opzichten meer op autochtonen dan op beide andere minderheidsgroepen lijken. De volgende kenmerken van autochtone en allochtone WAO'ers komen aan de orde: de onderverdeling naar geslacht en leeftijd, de uitkeringsduur, de mate van arbeidsongeschiktheid, de oorzaak van arbeidsongeschiktheid (de diagnose), de beroepssector waarin men werkzaam was en tenslotte de woonplaats.

2.4.1 Sekse en leeftijdscategorie

Een belangrijke ontwikkeling in de WAO in de jaren negentig betreft het groeiende aantal vrouwen in de WAO. Het aantal vrouwelijke WAO'ers steeg tussen 1990 en 1999 van ruim 230 duizend tot 306 duizend. Inmiddels wordt ruim de helft (54 procent) van de *nieuwe* WAO-uitkeringen verstrekt aan een vrouw, beduidend meer dan men op grond van hun aandeel aan de totale beroepsbevolking zou verwachten.⁴ Het groeiende aantal vrouwelijke WAO'ers was voor de commissie Donner één van de redenen om te spreken van de opkomst van een nieuw type WAO'er. De typische WAO'er van enkele decennia geleden was een man met een langdurig arbeidsverleden in de bouw of industrie, de typische WAO'er van tegenwoordig is eerder een jongere werknemer of een vrouw, met een minder lang arbeidsverleden in een dienstverlenend beroep. Op basis van beschikbare statistische gegevens proberen we na te gaan of deze verschuiving zich ook voordoet bij allochtone WAO'ers, en meer specifiek bij de Turkse en Marokkaanse groep. Het gangbare beeld van allochtonen in de WAO is immers, dat vooral de categorie oudere Turkse en Marokkaanse mannen (40 jaar of ouder) verhoudingsgewijs vaak in de WAO zit. Dit was ook de conclusie, die uit de eerdere CBS-gegevens over autochtone en allochtone WAO'ers getrokken kon worden. Een centraal punt in onze analyse is dat deze inschatting niet geheel juist is. In de loop van dit hoofdstuk wordt betoogd, dat de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO niet beperkt blijft tot de categorie oudere mannen, maar zich ook voordoet bij jongere leeftijdsgroepen en bij vrouwen.

Beginnen we met dit laatste, de verdeling van autochtone en allochtone WAO'ers naar geslacht. Er bestaan op dit punt opmerkelijke verschillen tussen de etnische groepen (figuur 2.1). Van alle etnische groepen voldoen Marokkanen nog het meest aan het traditionele beeld, dat vooral mannen vaak arbeidsongeschikt zijn. Slechts ongeveer 20 procent van de lopende WAO-uitkeringen bij deze groep gaat naar een vrouw. Bij autochtonen en Turken ligt het aandeel vrouwen in de WAO beduidend hoger, rond 40 procent. De Surinaamse groep voldoet het sterkst aan het geschetste beeld van het nieuwe type WAO'er: meer dan de helft (55 procent) van alle WAO-uitkeringen bij deze groep wordt verstrekt aan een vrouw.

De gepresenteerde gegevens hebben echter twee beperkingen. In de eerste plaats is hier nog geen rekening gehouden met verschillen in de arbeidsparticipatie tussen etnische groepen. Het geringe aantal Marokkaanse en relatief grote aantal Surinaamse vrouwelijke WAO'ers is, naar mag worden aangenomen, vooral een gevolg van de verschillen in de arbeidsparticipatie van vrouwen uit beide groepen. Van de Marokkaanse vrouwen in de werkzame leeftijd participeert slechts 16 procent in betaalde arbeid (12 uur per week of langer), bij Surinaamse vrouwen is dat meer dan 50 procent. Tegen deze achtergrond is het niet verwonderlijk dat het aandeel vrouwelijke WAO'ers bij de Marokkaanse groep zoveel lager ligt dan bij de Surinaamse. Opmerkelijker is dan ook het geringe verschil tussen het aandeel vrouwelijke WAO'ers bij de Turkse en de au-

tochtone groep. Bij beide bevolkingsgroepen gaat ongeveer 40 procent van alle WAO-uitkeringen naar een vrouw, terwijl de arbeidsparticipatie bij Turkse vrouwen veel lager ligt dan bij autochtone vrouwen (respectievelijk 28 en ruim 55 procent; vgl. bijlage 1 van dit hoofdstuk). Later in dit hoofdstuk zullen we deze beperking opheffen door het aantal WAO'ers per etnische groep systematisch te relateren aan het aantal personen dat participeert op de arbeidsmarkt (paragraaf 2.5).

Figuur 1 Autochtone en allochtone WAO'ers naar sekse en leeftijdscategorie (1999)

Bron: CBS

De gegevens in figuur 1 hebben echter nog een tweede belangrijke beperking. Dit geldt overigens voor (bijna) alle hier gebruikte gegevens over kenmerken van autochtone en allochtone WAO'ers. De cijfers slaan op alle *lopende* WAO-uitkeringen, terwijl als we zicht willen krijgen op recente ontwikkelingen in de WAO we beter gebruik zouden kunnen maken van gegevens over de *WAO-instroom*. Over deze laatste gegevens beschikken we echter niet. Wel kunnen de gegevens over de sekse- en leeftijdsverdeling van autochtone en allochtone WAO'ers worden uitgesplitst naar uitkeringsduur (vgl. bijlage 2 van dit hoofdstuk). Het blijkt, dat het aandeel vrouwelijke WAO'ers bij de recente WAO-uitkeringen (hooguit één jaar in de WAO) bij alle etnische groepen beduidend hoger ligt dan gemiddeld bij de betreffende groep. Het grootst is het verschil echter bij de Turkse en Marokkaanse groep. Van alle aan Marokkanen verstrekte WAO-uitkeringen gaat 21 procent naar een vrouw, maar bij de recente WAO-uitkeringen aan Marokkanen wordt 40 procent verstrekt aan een vrouw. Bij de Turkse groep wordt zelfs meer dan de helft (56 procent) van de recente WAO-uitkeringen verstrekt aan een vrouw. Deze cijfers zijn een eerste indicatie, dat de WAO-problematiek bij Turken en Marokkanen niet beperkt blijft tot de categorie oudere mannen, maar zich ook voordoet bij (met name Turkse) vrouwen.

Een verwant punt betreft de leeftijdsverdeling van autochtone en allochtone WAO'ers. Uit figuur 1 blijkt, dat bij alle etnische groepen minstens de helft van alle WAO'ers tot de oudste leeftijdscategorie (50 jaar of ouder) behoort. Bij de autochtonen ligt het aandeel van de oudste leeftijdscategorie met 60 procent echter iets hoger dan bij de diverse allochtone groepen. Het meest opmerkelijke is echter het verhoudingsgewijs grote aandeel Turkse en Marokkaanse WAO'ers in de jongste leeftijdscategorie (15 tot 29 jaar). Van alle aan Turken en Marokkanen verstrekte WAO-uitkeringen komt rond negen procent terecht bij iemand jonger dan 30 jaar. Bij zowel autochtonen als Surinamers bedraagt het aandeel van de jongste leeftijdsgroep op het totale aantal WAO'ers nog niet de helft (rond vier procent). Nadere analyse leert, dat vooral jonge Turkse en Marokkaanse vrouwen relatief vaak een WAO-uitkering hebben. Eén op de zes Turkse vrouwen en zelfs één op de vier Marokkaanse vrouwen met een WAO-uitkering is jonger dan 30 jaar – al moet hierbij worden opgemerkt, dat het absoluut om zeer kleine aantallen gaat.⁵

Ook wat betreft de leeftijdsverdeling van autochtone en allochtone WAO'ers kunnen we nagaan of deze bij de recente WAO-ontvangers anders ligt dan gemiddeld. De uitkomsten zijn deels triviaal. De kans dat jongeren pakweg tien jaar of langer in de WAO zitten, is uiteraard gering. Dit gezegd hebbende, valt echter op dat het bij de recente WAO-uitkeringen (hooguit een jaar in de WAO) bij de Turken en Marokkanen vaak om relatief jonge personen gaat. Maar liefst 70 procent van de recente WAO-uitkeringen aan Turken en Marokkanen wordt verstrekt aan iemand jonger dan 40 jaar. Bij autochtonen en Surinamers is het aandeel van deze jongste leeftijdsgroep bij de recente WAO-uitkeringen slechts half zo groot. Ook bij degenen die al wat langer in de WAO zitten (van twee tot vijf jaar), is het aandeel van de jongste leeftijdscategorie bij Turken en Marokkanen groter dan bij zowel autochtonen als Surinamers (gegevens in bijlage 2 van dit hoofdstuk). Een mogelijke verklaring voor het feit, dat het bij de recente WAO-instroom bij Turken en Marokkanen eerder om jongeren dan om 40-plussers gaat is overigens, dat deze laatste groep al eerder gestopt is met werken en dus niet meer in de WAO kan komen.

Geconcludeerd mag worden, dat het probleem van Turken en Marokkanen in de WAO niet – zoals tot dusver was aangenomen – beperkt blijft tot de categorie van oudere mannen (40 jaar of ouder). Ook het aandeel vrouwelijke en jongere WAO'ers ligt bij de Turkse en Marokkaanse groep verhoudingsgewijs hoog, met name bij de recente WAO-uitkeringen. Het verhoudingsgewijs grote aandeel Turkse en Marokkaanse vrouwen in de WAO is des te opvallender gegeven de lage arbeidsparticipatie bij deze groepen. Hoe het aantal vrouwelijke en jongere WAO'ers zich precies verhoudt tot het aantal arbeidsmarktparticipanten uit de betreffende categorieën wordt later in dit hoofdstuk uit de doeken gedaan (vgl. paragraaf 2.5).

2.4.2 Uitkeringsduur

Figuur 2 laat zien hoe lang autochtone en allochtone WAO'ers al een uitkering hebben. Ook hier wordt de analyse gestuurd door bepaalde verwachtingen. Het gangbare beeld is, dat vooral Turkse en Marokkaanse WAO'ers al lang in de WAO zitten. Dit hangt samen met de specifieke migratie- en arbeidsgeschiedenis van deze groepen. Het gaat immers deels om personen, die in de jaren zestig en zeventig als gastarbeider naar Nederland kwamen, vele jaren zware lichamelijke arbeid verrichtten, maar tijdens de golf van bedrijfssluitingen in de vroege jaren tachtig min of meer overbodig werden. Deels kwamen zij echter niet in de WW terecht, maar in de WAO – wat indertijd voor alle partijen als de minst slechte oplossing gold. Vanuit deze achtergrond zou men verwachten, dat bij de Turkse en Marokkaanse WAO'ers vooral de zeer langdurige arbeidsongeschikten het beeld domineren – al is natuurlijk een niet onbelangrijk deel van deze eerste gastarbeidersgeneratie inmiddels met pensioen gegaan.

Uit de gegevens blijkt echter, dat het aandeel zeer langdurige WAO'ers (16 jaar of langer in de WAO) juist bij autochtonen het hoogst ligt en bij de Turkse groep het laagst. Omgekeerd ligt het aandeel recente uitkeringen (hooguit één jaar in de WAO) bij alle allochtone groepen hoger dan bij autochtonen. Dit geldt met name voor allochtone vrouwen: ruim 40 procent van alle Marokkaanse vrouwelijke WAO'ers en rond 30 procent van alle Turkse vrouwelijke WAO'ers zit hooguit één jaar in de WAO. Deze cijfers zijn overigens niet makkelijk te interpreteren. Wellicht is het aandeel van de zeer langdurige arbeidsongeschikten bij de Turken en Marokkanen zo laag, omdat velen van hen hun WAO-uitkering geëxporteerd hebben (waardoor de etnische herkomst van de betrokkene niet kan worden vastgesteld). Wat betreft het hoge aandeel vrouwen onder de recente Turkse en Marokkaanse WAO-instromers is niet duidelijk of dit komt doordat de WAO-instroom bij deze groepen recentelijk zo hoog ligt óf doordat veel Turkse en Marokkaanse vrouwen na korte tijd weer uit de WAO uitstromen (bijvoorbeeld door de herkeuring na een jaar WAO). We weten met andere woorden niet of hier sprake is van een opkomend of juist van een voorbijgaand verschijnsel. Een laatste complicatie is de samenhang tussen de uitkeringsduur en de leeftijdsopbouw van een bevolkingsgroep. Wellicht is het hoge aandeel recente WAO-uitkeringen bij de Turken en Marokkanen mede het gevolg van het grote aantal jonge werknemers bij deze groepen.

Figuur 2 Autochtone en allochtone WAO'ers naar uitkeringsduur (1999)

Bron: CBS

2.4.3 *Mate van arbeidsongeschiktheid*

Een vierde kenmerk betreft de mate van arbeidsongeschiktheid van autochtone en allochtone WAO'ers. Dit staat bekend als het arbeidsongeschiktheidspercentage. Het sinds eind jaren tachtig gevoerde WAO-beleid stond deels in het teken van het terugdringen van het aandeel volledige arbeidsongeschikten, onder meer door strengere criteria ten aanzien van de inschatting van de mate van arbeidsongeschiktheid.⁶ Dit beleid is in zoverre geslaagd, dat het aandeel volledig arbeidsongeschikten tussen 1990 en 1999 terugliep van 80 tot 70 procent van alle ('lopende') WAO-uitkeringen. Vrouwelijke WAO'ers zijn overigens vaker volledig arbeidsongeschikt dan mannelijke (77 versus 65 procent in 1999).⁷ Ook op dit punt zijn er echter opmerkelijke verschillen tussen de diverse etnische groepen. Het aandeel volledig arbeidsongeschikten ligt bij de Turkse en Marokkaanse WAO'ers beduidend hoger dan bij autochtonen. Vier van de vijf Turkse en Marokkaanse WAO'ers zijn volledig arbeidsongeschikt, bij Turkse en Marokkaanse vrouwen in de WAO geldt dit zelfs in negen van de tien gevallen. Bij autochtone WAO'ers ligt het aandeel volledig arbeidsongeschikten lager, namelijk gemiddeld op 70 procent en bij vrouwen op 76 procent. De Surinaamse groep neemt hierbij een middenpositie in.

Figuur 3 Autochtone en allochtone WAO'ers naar mate van arbeidsongeschiktheid (1999)

Bron: CBS

Turkse en Marokkaanse WAO'ers zijn dus vaker volledig arbeidsongeschikt dan leden van andere etnische groepen. Op de vraag hoe dit komt, zijn in principe twee antwoorden mogelijk. Een eerste hypothese is dat het aandeel volledig arbeidsongeschikten onder Turken en Marokkanen hoger is vanwege de slechtere gezondheidssituatie bij deze groepen. Voor deze hypothese is inderdaad wel wat te zeggen. Uit onderzoek is al vaak gebleken, dat er in Nederland sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) bestaan. Personen uit de lagere sociaal-economische groepen zijn gemiddeld genomen minder gezond dan personen uit hogere sociaal-economische groepen. Aangezien Turken en Marokkanen vaak een lage sociaal-economische status hebben, is dit op zich al een reden waarom de gezondheidssituatie bij deze groepen minder goed is. Dit wordt nog versterkt door de specifieke migratie- en arbeidsgeschiedenis van veel Turkse en Marokkaanse arbeidsmigranten. De eerste Turkse en Marokkaanse arbeidsmigranten kwamen in Nederland vaak in fysiek zware arbeid terecht en combineerden meerdere banen met elkaar. Ook recentere migranten kwamen vaak terecht in fysiek zwaar werk en slechte arbeidsomstandigheden, bijvoorbeeld in de schoonmaakbranche. Tegen deze achtergrond is het niet verwonderlijk, dat Turkse en Marokkaanse werknemers zich vaak fysiek versleten voelen en volledig arbeidsongeschikt verklaard worden. Op deze verschillen in gezondheid en gezondheidsbeleving tussen autochtonen en allochtonen wordt in het volgende hoofdstuk nader ingegaan. We hebben echter geen empirische gegevens waarmee kan worden nagegaan in hoeverre het relatief grote aandeel volledig arbeidsongeschikten bij de Turkse en Marokkaanse groep inderdaad het gevolg is van een minder goede gezondheid.

Een andere mogelijke verklaring voor het hoge aandeel volledig arbeidsongeschikten onder Turken en Marokkanen is gelegen in de uitkeringssystematiek van de WAO. Typerend voor deze groepen is namelijk dat vaak sprake is van een óf-óf-situatie: ze worden volledig afgekeurd of volledig arbeidsgeschikt bevonden (minder dan 15 procent arbeidsongeschikt). De tussencategorie van gedeeltelijk arbeidsongeschikten is echter zeer klein bij deze groepen. Zoals reeds uitgelegd (in hoofdstuk 1), heeft dit niet zozeer met hun gezondheid te maken maar met hun lage inkomen. Indien laagbetaalde zieke werknemers bij de WAO-beoordeling niet volledig arbeidsongeschikt worden bevonden, is het inkomen dat zij met de functies die zij gegeven hun beperkingen *in principe* nog kunnen verdienen al snel net zo hoog als hun oorspronkelijke inkomen. Formeel is in zulke gevallen geen sprake van verminderde verdien capaciteit als gevolg van arbeidsongeschiktheid (minder dan 15 procent) en heeft men geen recht op een WAO-uitkering. In de praktijk zijn deze personen aangewezen op de WW en daarna op een bijstandsuitkering. Aangezien allochtone werknemers vaak tot de lagere inkomensgroepen behoren, komt deze *afschatting* bij de WAO-beoordeling (zoals het in het jargon heet) bij deze groepen verhoudingsgewijs veel voor.

Als deze laatste verklaring klopt, en zij werd ons door veel arbeidsdeskundigen bevestigd, heeft dit echter ook consequenties voor de centrale vraag in dit hoofdstuk. Het zou namelijk betekenen, dat er behalve de allochtone WAO'ers ook veel arbeidsgehandicapte allochtonen zijn die niet in de WAO zitten (maar in de WW of bijstand). Zij worden echter niet meegenomen in de gebruikelijke WAO-statistieken. Dit zou betekenen, dat de hier gepresenteerde gegevens over allochtone WAO'ers nog een aanzienlijke *onderschatting* van het werkelijke aantal allochtone arbeidsgehandicapten bevatten. Uit de cijfermatige gegevens valt dit echter niet op te maken.

2.4.4 Oorzaken van arbeidsongeschiktheid (diagnosecategorie)

Eén van de gesignaleerde trends in de WAO is een verschuiving van het type klachten waardoor mensen in de WAO terechtkomen, waarbij vooral gewezen wordt op het aantal psychische arbeidsongeschikten dat de afgelopen decennia sterk is gegroeid. Deze groei van het aantal psychische arbeidsongeschikten deed zich overigens vooral voor in de jaren zeventig en tachtig. Sinds 1990 is het aandeel personen dat om psychische redenen in de WAO terechtkwam min of meer constant. Ongeveer één op de drie WAO-uitkeringen vindt zijn oorzaak in psychische problemen. Bij vrouwen ligt het aandeel psychische arbeidsongeschikten wat hoger, bij mannen wat lager. Opmerkelijk is verder, dat het vaak om niet te diagnosticeren psychische klachten gaat. In de helft van alle gevallen van psychische arbeidsongeschiktheid is geen sprake van een specifieke, gediagnosticeerde psychische stoornis. De klachten staan geboekt als 'reacties op ernstige stress' of 'overige psychische klachten' (Hertogh 2001, 38-41). De vraag is hier welke klachten bij allochtonen vaker voorkomen als oorzaak van arbeidsongeschiktheid, en of er hierbij nog verschillen kunnen worden vastgesteld tussen recente WAO-ontvangers en de degenen die al veel langer in de WAO zitten.

In de onderstaande figuur 4 wordt een onderscheid gemaakt tussen drie oorzaken van arbeidsongeschiktheid: psychische klachten, klachten over het bewegingsapparaat (het bot- en spierstelsel) en alle overige klachten bijeengenomen. De eerste twee soorten klachten vormen bij ongeveer tweederde van alle uitkeringen de reden van arbeidsongeschiktheid. Uit figuur 4 blijkt, dat arbeidsongeschiktheid om psychische redenen bij de Surinaamse groep wat vaker voorkomt dan bij autochtonen. Dit geldt echter niet voor Marokkanen en slechts in zeer beperkte mate voor Turken. Als we deze gegevens apart voor mannen en vrouwen weergeven, verandert het beeld. Het aandeel 'psychische arbeidsongeschikten' ligt bij vrouwelijke allochtone WAO'ers hoger dan bij autochtonen. Vooral de situatie bij Turkse vrouwen springt eruit: 44 procent van de Turkse vrouwen is om psychische redenen in de WAO beland, bijna tien procent meer dan autochtone vrouwen. Het aandeel psychisch arbeidsongeschikten bij Turkse mannen ligt daarentegen lager dan bij autochtone mannen.

Ook op dit punt zouden we echter graag een trend willen schetsen. Is er bij de diverse allochtone groepen sprake van een groeiende arbeidsongeschiktheid om psychische redenen? Zoals gezegd, beschikken we strikt genomen niet over de juiste gegevens om hierover uitspraken te doen (namelijk over instroomgegevens). We kunnen de gegevens over de reden van arbeidsongeschiktheid echter wel uitsplitsen naar uitkeringsduur en kunnen zo nagaan of recente WAO'ers uit de diverse etnische groepen vaker of juist minder vaak om psychische redenen arbeidsongeschikt zijn dan de langdurige gevallen. Uit deze gegevens (weergegeven in bijlage 2 van dit hoofdstuk) komt een opmerkelijk patroon naar voren. Voor zowel autochtonen als Surinamers geldt dat recente WAO-ontvangers (hooguit een jaar in de WAO) door de bank genomen niet vaker of minder vaak om psychische redenen arbeidsongeschikt zijn dan degenen die al langer in de WAO zitten. Bij Turken en Marokkanen ligt dit echter anders. Met name bij de Turkse vrouwen is een zeer hoog aandeel van de recente WAO-ontvangers (hooguit een jaar in de WAO) om psychische redenen arbeidsongeschiktheid geworden, namelijk bijna de helft (48 procent). Bij de Marokkaanse vrouwen ligt het aandeel psychische klachten bij de recente WAO-uitkeringen iets, maar niet veel lager (namelijk 42 procent). Bij autochtone vrouwen die recent in de WAO kwamen, ligt het aandeel psychische klachten wel lager (35 procent).

Tenslotte valt op dat, wanneer we alleen naar de recente WAO-uitkeringen kijken, het aandeel psychische arbeidsongeschikten nu ook bij Turkse en Marokkaanse mannen beduidend hoger ligt dan bij autochtone mannen (namelijk 39 procent bij zowel Turkse en Marokkaanse mannen versus 31 procent bij autochtone mannen). Het grote aandeel psychische arbeidsongeschikten

bij de recente allochtone WAO-ontvangers is overigens niet het gevolg van het feit dat zich onder deze groep verhoudingsgewijs veel jongeren bevinden en jongeren nu eenmaal vaker om psychische redenen arbeidsongeschikt worden dan ouderen.⁸

Figuur 4 Autochtone en allochtone WAO'ers naar belangrijkste diagnosecategorie (1999)

Bron: CBS

2.4.5 Bedrijfssector

Uit onderzoek is bekend, dat het arbeidsongeschiktheidsrisico sterk verschilt per bedrijfssector. Een betrekkelijk gering aantal bedrijfssectoren is verantwoordelijk voor een groot deel van de arbeidsongeschikten in ons land. Maar liefst de helft van alle WAO'ers in ons land was voordien werkzaam in slechts acht van de in totaal 66 bedrijfssectoren. Sectors die veel arbeidsongeschikten 'produceren', zijn achtereenvolgens: de zorg, het bouwbedrijf, onderwijs en wetenschappen, de metaalnijverheid en metaalindustrie, de uitzendbranche, de detailhandel en ambachten en tenslotte de sector van gesubsidieerde werkgelegenheid (WIW en WSW) (Veerman et al. 2001, 7). In de betreffende studie wordt echter opgemerkt dat het totale aantal WAO'ers per bedrijfssector niet zo'n interessant gegeven is omdat daarmee de sectoren die vroeger verantwoordelijk waren voor veel WAO'ers (sectoren als de bouw en metaalindustrie) en sectoren die dat nu zijn (zoals de zorg- en uitzendsector) op één hoop gegooid worden. Om te weten welke sectoren momenteel veel WAO'ers afleveren, kan men beter kijken naar gegevens over de WAO-instroom (dat wil zeggen: het aantal nieuwe WAO-uitkeringen) per bedrijfssector. Nog beter is het om de WAO-instroom te relateren aan het aantal werkenden per sector. Als men dit alles doet, dan blijkt dat de volgende vier sectoren verhoudingsgewijs de meeste nieuwe WAO'ers afleveren: de reiniging, de WIW en WSW, de uitzendbranche en de zorgsector. Bij elk van deze bedrijfssectoren is sprake van meer dan twee nieuwe WAO'ers per jaar per honderd werkenden (Veerman et al. 2001, 13).

Deze analyse kan hier niet per etnische groep worden nagebootst. Niet alleen ontbreekt het ons aan statistische cijfers omtrent de WAO-instroom, uitgesplitst naar etnische groep en naar bedrijfssector, maar problematischer is dat er in Nederland ook geen gegevens bestaan over het aantal autochtone en allochtone werkenden per bedrijfssector. We weten daarom wel hoeveel autochtone en allochtone WAO'ers werkzaam waren in iedere bedrijfssector, maar niet hoe zich dit verhoudt tot het aantal werkenden in de betreffende etnische groep in die sector.

Wat we wel weten is de bedrijfssector waarin autochtone en allochtone WAO'ers werkzaam waren. Op basis van deze gegevens kan per etnische groep berekend worden uit welke sector de meeste WAO'ers afkomstig zijn. Een belangrijke conclusie uit de analyse is, dat Turkse en Marokkaanse WAO'ers over het algemeen in andere bedrijfssectoren werkzaam waren dan autochtone WAO'ers. Bovendien zijn er in iedere etnische categorie grote verschillen tussen de seksen. Mannelijke WAO'ers werkten over het algemeen in andere sectoren dan vrouwelijke WAO'ers. Bij deze gegevens moet men echter de hiervoor aangeduide beperkingen wel in het achterhoofd houden. Het gaat om gegevens over alle lopende uitkeringen, zodat sectoren die vroeger veel WAO'ers afleverden en sectoren die dat nu doen op één hoop geveegd worden. Daarbij gaat het om ongewogen aantallen, dat wil zeggen dat geen rekening is gehouden met het aantal werkenden per sector en herkomstgroep.

Uit tabel 2 blijkt een opmerkelijk patroon. Voor iedere etnische groep geldt, dat ongeveer één op de drie WAO'ers werkzaam was in slechts drie of vier (van de in totaal 66) bedrijfssectoren. Welke sectoren dit zijn, verschilt echter sterk per etnische groep. In het bovenste deel van tabel 2 wordt nog geen onderscheid gemaakt naar sekse. We zien dat autochtone WAO'ers verhoudingsgewijs vaak werkzaam waren in de zorg (vooral vrouwen), de bouw (vooral mannen) of het onderwijs. De zorg is ook de sector waar een groot deel (bijna één op de vijf) van de Surinaamse WAO'ers werkte. Turkse en Marokkaanse WAO'ers werkten daarentegen in andere sectoren. Ongeveer een kwart van alle Turkse en Marokkaanse WAO'ers werkte in de volgende drie sectoren: loonbedrijven en uitzendbureau's, de schoonmaak- of reinigungssector en de sector van gesubsidieerde werkgelegenheid (WIW / WSW). Bij de autochtonen worden deze sectoren niet genoemd in het rijtje van bedrijfssectoren die verhoudingsgewijs veel WAO'ers afleveren.

Het zijn tevens de sectoren (samen met de zorg) die hiervoor werden genoemd als sectoren met verhoudingsgewijs (dat wil zeggen gegeven het aantal werkenden) de hoogste WAO-instroom.

Tabel 2 Autochtone en allochtone WAO'ers naar bedrijfssector waarin men werkzaam was (in procenten)

Autochtonen	Turken	Marokkanen	Surinamers	
Mannen en vrouwen				
Zorg	14% Uitzendbureau's, loonbedrijven	13% Reiniging	10% Zorg	18%
Bouwbedrijf	10% Metaalindustrie	12% Uitzendbureau's, loonbedrijven	8% Uitzendbureau's, loonbedrijven	9%
Overheid: onderwijs en wetenschappen	7% Reiniging	5% Metaalindustrie	7% Overheidsdiensten (WIW / WSW)	7%
Metaalnijverheid	6% Algemene industrie	5% Overheidsdiensten (WIW / WSW)	7% Provincies, gemeenten, enz.	6%
Detailhandel en ambachten	5% Overheidsdiensten (WIW / WSW)	5% Zorg	5% Overheid: onderwijs en wetenschappen	6%
Groothandel II	4% Agrarisch bedrijf	5% Agrarisch bedrijf	5% Metaalnijverheid	4%
Provincies, gemeenten, enz.	4% Chemische industrie	5% Horeca algemeen	4% Metaalindustrie	4%
Overig	52% Overig	50% Overig	54% Overig	45%
Autochtonen	Turken	Marokkanen	Surinamers	
Mannen				
Bouwbedrijf	16% Metaalindustrie	19% Metaalindustrie	8% Uitzendbureau's, loonbedrijven	10%
Metaalnijverheid	9% Uitzendbureau's, loonbedrijven	10% Uitzendbureau's, loonbedrijven	7% Overheidsdiensten (WIW / WSW)	10%
Overheid: onderwijs en wetenschappen	5% Metaalnijverheid	5% Reiniging	7% Metaalnijverheid	8%
Metaalindustrie	4% Overheidsdiensten (WIW / WSW)	5% Overheidsdiensten (WIW / WSW)	7% Metaalindustrie	8%
Groothandel II	4% Elektrotechnische industrie	5% Agrarisch bedrijf	6% Zorg	5%
Overheidsdiensten (WIW / WSW)	4% Algemene industrie	5% Metaalnijverheid	5% Provincies, gemeenten, enz.	5%
Provincies, gemeenten, enz.	4% Bouwbedrijf	4% Horeca algemeen	5% Overheid: onderwijs en wetenschappen	3%
Overig	53% Overig	48% Overig	55% overig	52%
Autochtonen	Turken	Marokkanen	Surinamers	
Vrouwen				
Zorg	29% Uitzendbureau's, loonbedrijven	20% Reiniging	18% Zorg	29%
Overheid: onderwijs en wetenschappen	9% Reiniging	10% Zorg	14% Uitzendbureau's, loonbedrijven	9%
Detailhandel en ambachten	8% Zorg	6% Uitzendbureau's, loonbedrijven	11% Overheid: onderwijs en wetenschappen	8%
Uitzendbureau's, loonbedrijven	4% Detailhandel en ambachten	6% Detailhandel en ambachten	7% Provincies, gemeenten, enz.	8%
Reiniging	4% Agrarisch bedrijf	5% Horeca algemeen	7% Reiniging	6%
Overheid: provincies, gemeenten, enz.	4% Chemische industrie	5% Overheidsdiensten (WIW / WSW)	7% Overheidsdiensten (WIW / WSW)	5%
Zakelijke dienstverlening III	4% Algemene industrie	5% Overheid: onderwijs en wetenschappen	4% Zakelijke dienstverlening III	4%
Overig	38% Overig	42% Overig	32% overig	31%

Bron: CBS

Er zijn overigens wel verschillen tussen Turkse en Marokkaanse mannen enerzijds en Turkse en Marokkaanse vrouwen anderzijds. Bij de Turkse mannen worden ook traditionele industriële branches genoemd als sectoren die verhoudingsgewijs veel WAO'ers afleveren. Bij Marokkaanse mannen is dit al beduidend minder. Turkse en Marokkaanse vrouwelijke WAO'ers werkten daarentegen voornamelijk aan de onderkant van de postindustriële diensteneconomie.

Bijna één op de drie vrouwelijke Turkse of Marokkaanse WAO'ers werkte óf in de reinigingssector óf voor een uitzendbureau. Meer algemeen valt op dat veel allochtone WAO'ers voordien bij een uitzendbureau werkten. Bij de Turkse groep is de uitzendbranche zelfs de sector die meeste WAO'ers aflevert, bij zowel de Marokkaanse als de Surinaamse groep komt de uitzendbranche op de tweede plaats. Typerend voor de uitzendbranche is het feit dat hier sprake is van 'onvolledig werkgeverschap'. Hiermee wordt bedoeld dat arbeid niet bij de formele werkgever wordt verricht, maar bij derden. Als gevolg hiervan heeft de formele werkgever geen grip op de arbeidsomstandigheden en vaak geen dagelijks contact met de werknemer. Dit alles zou een belangrijke factor achter veel ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zijn (AS/tri Leiden, 2001).

2.4.6 Woonplaats

Een laatste kenmerk van autochtone en allochtone WAO'ers is hun woonplaats. Gekeken is naar zowel het landsdeel waar autochtone en allochtone WAO'ers wonen als naar de gemeentegrootte. Bij de analyse wordt geen onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen. Het ligt ook niet voor de hand dat mannelijke allochtone WAO'ers ergens anders wonen dan hun vrouwelijke land- en lotgenoten.

Figuur 5 Autochtone en allochtone WAO'ers naar landsdeel en gemeentegrootte (1999)

Bron: CBS

Allochtone WAO'ers wonen in veel sterkere mate dan autochtone WAO'ers geconcentreerd in het westen van het land en in de grote steden (meer dan 250 duizend inwoners). Het valt op, dat dit voor Surinaamse WAO'ers nog sterker geldt dan voor Turkse en Marokkaanse WAO'ers. Van de Surinaamse WAO'ers woont driekwart in het westen van het land en ruim de helft (56 procent) in één van de vier grote steden. Van de Turkse en Marokkaanse WAO'ers woont ruim de helft in het westen van het land. Ruim een kwart van alle Turkse WAO'ers woont in één van

de grote steden en dit geldt ook voor bijna 40 procent van de Marokkaanse WAO'ers. Autochtone WAO'ers wonen daarentegen meer verspreid in het land. Een ruime meerderheid van de autochtone WAO'ers (70 procent) woont in relatief kleine gemeenten (tot 100 duizend inwoners). Deze uitkomsten zijn echter niet erg verrassend, omdat uit ander onderzoek reeds bekend was dat de diverse allochtone groepen sterk geconcentreerd wonen in de westelijke provincies en daarbinnen vooral in de grote steden (vgl. Tesser et al. 1999).

2.5 Oververtegenwoordiging van allochtonen in de WAO?

De vraag blijft echter of er sprake is van een oververtegenwoordiging van allochtonen in de WAO en zo ja, bij welke groepen zich dat voordoet. Voordat tot de analyse kan worden overgegaan, moet echter eerst worden vastgesteld hoe een oververtegenwoordiging van allochtonen of autochtonen in de WAO überhaupt kan worden vastgesteld. Als we willen weten of leden van bepaalde etnische groepen verhoudingsgewijs vaak een WAO-uitkering hebben, rijst meteen de vraag: in verhouding tot wat? Anders gezegd, we moeten het aantal WAO'ers per etnische groep relateren aan een bepaalde referentiecategorie. Dit kan in principe op twee manieren. In de eerste plaats kan het aantal WAO'ers per etnische groep gerelateerd aan de omvang van de totale populatie in de werkzame leeftijd (iedereen tussen 15 en 64 jaar).

Op deze wijze zijn ook de gegevens over autochtone en allochtone WAO'ers in eerste instantie gepresenteerd door het CBS. Het probleem van deze benadering is echter, dat op deze wijze geen rekening wordt gehouden met verschillen in de mate van arbeidsmarktparticipatie tussen etnische groepen. Dit laatste is echter cruciaal omdat alleen personen participeren op de arbeidsmarkt (als werkende of werkzoekende) voor een WAO-uitkering in aanmerking komen. Het zegt daarom niet veel als we constateren, dat bijvoorbeeld weinig Marokkaanse vrouwen een WAO-uitkering hebben als we weten dat de arbeidsparticipatie bij deze groep zeer gering is. Ze *kunnen* daarom geen WAO-uitkering hebben. Om deze reden wordt hier voor iedere etnische groep het arbeidsongeschiktheidsrisico weergegeven, dat wil zeggen het aantal WAO'ers per honderd arbeidsmarktparticipanten.⁹

In figuur 6 zien we het aantal WAO'ers per etnische groep als percentage van de totale populatie (tussen 14 en 65 jaar) en als percentage van de totale beroepsbevolking (incl. werkzoekenden en WAO'ers) (vgl. bijlage 1 van dit hoofdstuk). Anders dan hiervoor wordt hier ook weer ingegaan op de Antilliaanse groep. Als we per etnische groep naar het aantal WAO'ers per honderd personen kijken, kan geconcludeerd worden dat alleen bij de Turkse groep sprake is van een zekere oververtegenwoordiging in de WAO. Tegen minder dan zeven WAO'ers per honderd personen (tussen 14 en 65 jaar) bij autochtonen staan bij de Turkse groep twaalf WAO'ers op iedere honderd personen, bijna tweemaal zoveel als bij autochtonen. Bij Surinamers en Marokkanen ligt het aandeel WAO'ers op vergelijkbare hoogte als bij autochtonen en bij Antillianen aanmerkelijk lager (drie WAO'ers op iedere honderd personen). Als we deze gegevens apart voor mannen en vrouwen weergeven, verandert er eigenlijk alleen wat bij de Marokkaanse groep. Marokkaanse mannen blijken nu ook oververtegenwoordigd in de WAO. Per honderd personen zijn er bij de Turkse mannen bijna veertien WAO'ers en bij de Marokkaanse mannen twaalf. Dit is respectievelijk bijna twee en anderhalf maal zo veel als bij autochtone mannen (bijna acht WAO'ers per honderd personen). Ook Turkse vrouwen blijken oververtegenwoordigd in de WAO. Tegenover 10 WAO'ers per honderd personen bij de Turkse vrouwen staan bij autochtone vrouwen krap zes WAO'ers per honderd personen. Bij de Surinaamse vrouwen ligt het aandeel WAO'ers op vergelijkbaar niveau als bij autochtone vrouwen, en bij zowel Marokkaanse als Antilliaanse vrouwen ligt het aandeel WAO'ers per honderd personen beduidend lager dan bij autochtone vrouwen.

Figuur 6 Aantal WAO-uitkeringen per honderd personen (14-65 jaar) en per honderd arbeidsmarktparticipanten (werkend of werkzoekend) naar etnische herkomst en naar geslacht, 1999

Bron: gegevens over aantal WAO-ers en totale bevolking tussen 14 en 65 jaar: CBS. Gegevens over resp. aantal autochtone en allochtone arbeidsparticipanten: CBS, EBB-99 en SCP en ISEO, SPVA-98 (eigen bewerking).

Dit beeld verandert echter wanneer we het aantal WAO'ers per etnische groep afzetten tegen de omvang van de totale beroepsbevolking (incl. werkzoekenden en de WAO'ers). Bij de autochtonen zijn er op iedere honderd arbeidsmarktparticipanten precies negen WAO'ers. Bij de Turkse groep zijn er echter twintig WAO'ers op iedere honderd arbeidsmarktparticipanten, en bij de Marokkaanse groep bijna zestien. Het arbeidsongeschiktheidsrisico (dat wil zeggen het aantal WAO'ers per honderd arbeidsmarktparticipanten) ligt daarmee bij de Turkse groep ruim tweemaal zo hoog als bij autochtonen en bij de Marokkaanse groep 1,5 maal zo hoog. Bij de Surinamers en Antillianen is er nog steeds geen sprake van een oververtegenwoordiging in de WAO. Bij de Surinaamse groep ligt het arbeidsongeschiktheidsrisico even hoog als bij autochtonen, bij de Antilliaanse groep ligt het aanmerkelijk lager.

Een eerste conclusie is dus, dat de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO wat groter is dan tot dusver werd aangenomen. Als we deze gegevens apart voor mannen en vrouwen bezien, komen we tot een tweede opmerkelijk bevinding. Niet alleen (oudere) Turkse en Marokkaanse mannen hebben verhoudingsgewijs vaak een WAO-uitkering. Hetzelfde geldt voor Turkse en Marokkaanse vrouwen en voor Turkse vrouwen zelfs in versterkte mate. Bij de autochtone mannen zijn er bijna negen WAO'ers op iedere honderd arbeidsmarktparticipanten, bij zowel de Turkse als de Marokkaanse mannen zijn dat er bijna tweemaal zo veel (bij beide groepen ongeveer zeventien WAO'ers op iedere honderd arbeidsmarktparticipanten). Bij de autochtone vrouwen ligt het arbeidsongeschiktheidsrisico iets hoger dan bij autochtone mannen (ruim negen WAO'ers op iedere honderd arbeidsmarktparticipanten). Bij Marokkaanse vrouwen ligt het arbeidsongeschiktheidsrisico 1,5 maal zo hoog (bijna veertien WAO'ers op iedere honderd arbeidsmarktparticipanten) en bij Turkse vrouwen bijna driemaal zo hoog (26 WAO'ers op iedere honderd arbeidsmarktparticipanten). Vooral dit laatste cijfer is vrij extreem. Een kwart van de totale Turkse vrouwelijke beroepsbevolking (werkend, werkzoekend óf arbeidsongeschikt) heeft dus een WAO-uitkering.

Figuur 7 Aantal WAO-uitkeringen per honderd personen (14-65 jaar) en per honderd arbeidsmarktparticipanten (werkend of werkzoekend) naar etnische herkomst en naar leeftijdscategorie, 1999

Bron: gegevens over aantal WAO-ers en totale bevolking tussen 14 en 65 jaar: CBS. Gegevens over resp. aantal autochtone en allochtone arbeidsparticipanten: CBS, EBB-99 en SCP en ISEO, SPVA-98 (eigen bewerking).

Een ander facet van de gangbare beeldvorming is dat vooral de categorie oudere Turken en Marokkanen oververtegenwoordigd is in de WAO. Dit beeld is hiervoor al enigszins genuanceerd door er op te wijzen, dat het aantal WAO'ers in de jongste leeftijdscategorie (15 tot 29 jaar) in absolute aantallen wellicht niet erg hoog is, maar dat het aandeel van deze jongste leeftijdscategorie (op het totale aantal WAO'ers) bij de Turkse en Marokkaanse groep beduidend hoger ligt dan bij autochtonen. In figuur 7 kan worden afgelezen hoe het aantal WAO'er per etnische groep, onderverdeeld in twee leeftijdscategorieën (15 tot 39 jaar versus 40 tot 64 jaar), zich verhoudt tot de totale populatie en het aantal arbeidsmarktparticipanten.

Zoals verwacht mocht worden, ligt het aandeel WAO'ers bij de jongere leeftijdscategorie veel lager dan bij de ouderen. Dit geldt voor alle etnische groepen, hoe men het ook berekent. Het arbeidsongeschiktheidsrisico (het aantal WAO'ers per honderd arbeidsmarktparticipanten) varieert bij de jongste leeftijdscategorie van 0,5 (bij Antillianen) tot vijf (bij Marokkanen). Bij autochtonen ligt het arbeidsongeschiktheidsrisico bij de jongste leeftijdscategorie op bijna drie. Het arbeidsongeschiktheidsrisico bij de jongste leeftijdscategorie ligt bij de Turkse en de Surinaamse groep op ongeveer dezelfde hoogte als bij autochtonen. Bij de Marokkanen uit de jongste leeftijdscategorie ligt het arbeidsongeschiktheidsrisico bijna tweemaal zo hoog als bij autochtonen.

Bij de oudere leeftijdsgroepen (ouder dan 40 jaar) ligt het arbeidsongeschiktheidsrisico bij alle etnische groepen beduidend hoger. De arbeidsongeschiktheidsrisico's bij de oudere leeftijdsgroepen variëren van tien (bij de Antilliaanse groep) tot meer dan vijftig (bij de Turkse groep). Dit laatste betekent concreet, dat bij de groep Turken van 40 jaar of ouder meer dan de helft van de totale beroepsbevolking (werkend, werkzoekend of arbeidsongeschikt) een WAO-uitkering heeft. Bij de Marokkanen van 40 jaar of ouder ligt het arbeidsongeschiktheidsrisico iets lager (ruim veertig WAO'ers per honderd arbeidsmarktparticipanten). Het arbeidsongeschiktheidsrisico ligt hiermee bij de oudere Turken en Marokkanen ruim driemaal respectievelijk krap driemaal zo hoog als bij autochtonen.

2.6 Een eerste poging tot verklaring van de oververtegenwoordiging

In de vorige paragraaf kwam naar voren, dat er duidelijk sprake is van een oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO. Het aantal WAO'ers als percentage van de totale beroepsbevolking lag bij de Turkse en Marokkaanse groepen ongeveer anderhalf tot tweemaal zo hoog als bij de autochtonen. Steeds wanneer vastgesteld wordt dat allochtone groepen of etnische minderheden op een of andere wijze in een achterstandspositie verkeren (vaker werkloos, levend van een uitkering of behorend tot de lage-inkomensgroepen), rijst de vraag hoe dit verklaard kan worden¹⁰. De klassieke vraag hierbij is of deze achterstand van (bepaalde) allochtone groepen enkel het gevolg is van het gegeven dat zij vaak laag opgeleid zijn en daardoor een lage sociale positie bekleden óf dat hierbij nog andere zaken een rol spelen (zoals de achterstelling van allochtonen in de Nederlandse samenleving of bepaalde culturele factoren). Ook wat betreft de geconstateerde oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO rijst de vraag in hoeverre dit verklaard kan worden door een algemene factor als het lage onderwijsniveau van deze groepen of dat hierbij ook andere, deels etnisch specifieke factoren een rol spelen. Uit onderzoek is bekend, dat de kans op arbeidsongeschiktheid bij laagopgeleide werknemers beduidend hoger ligt dan bij hoger opgeleiden.¹¹ Tevens weten we, dat het aandeel lager opgeleiden bij Turken en Marokkanen, met name bij de oudere leeftijdscategorieën, veel hoger ligt dan bij autochtonen (Tesser et al. 1999, Tesser 2001). Met andere woorden, kan de hogere kans op arbeidsongeschiktheid bij Turken en Marokkanen volledig *verklaard*

worden door het lage opleidingsniveau bij deze groepen óf spelen hierbij ook andere factoren een rol?

Om deze vraag te beantwoorden, is een multivariate analyse uitgevoerd op gegevens van het onderzoek Sociale Positie en Voorzieningengebruik Allochtonen (SPVA). De bedoeling van deze analyse was niet zozeer om na te gaan of allochtonen vaker een WAO-uitkering hebben dan autochtonen, want dat is reeds vastgesteld. Hier is het de vraag of de hogere kans op arbeidsongeschiktheid bij Turken en Marokkanen in de WAO ook blijft bestaan wanneer in de analyse rekening wordt gehouden met het verschil in opleidingsniveau tussen allochtonen en autochtonen. Soortgelijke analyses zijn eerder gedaan door het SCP, eveneens op basis van gegevens van de SPVA, om verschillen tussen autochtonen en allochtonen in de mate van arbeidsparticipatie en werkloosheid te verklaren.¹²

De analyse is uitgevoerd met een logistische regressie. In de analyse wordt niet de kans op arbeidsongeschiktheid op zichzelf geschat, maar de kansverhouding van diverse allochtone groepen ten opzichte van de autochtone groep die in de analyse de referentiecategorie vormt. Effecten in de analyse zijn de factor waarmee de kansverhouding van een allochtone groep afwijkt van de kansverhouding van de autochtone referentiegroep. Bij een waarde kleiner dan 1 is de kans op arbeidsongeschiktheid bij de betreffende allochtone groep kleiner dan bij autochtonen. Bij een waarde groter dan 1 is de kans op arbeidsongeschiktheid bij de allochtone groep groter dan bij autochtonen. Door steeds nieuwe verklarende variabelen in de analyse in te voeren, kan worden nagegaan in hoeverre de kans op arbeidsongeschiktheid bij de diverse allochtone groepen verandert ten opzichte van de kansverhouding bij autochtonen.

Een nadeel van de analyse is, dat het met de beschikbare data niet mogelijk was om de kans op arbeidsongeschiktheid gerelateerd aan de beroepsbevolking per etnische groep te schatten. De kans op arbeidsongeschiktheid is berekend door het aantal WAO'ers per etnische categorie te relateren aan de totale populatie in de werkzame leeftijd (15-65 jaar). Als gevolg hiervan was er bij allochtone vrouwen geen sprake van oververtegenwoordiging in de WAO. Daarom was het niet mogelijk de verdere analyses uit te voeren bij vrouwen. De analyse beperkt zich daarom tot een vergelijking van autochtonen en diverse allochtone groepen in het algemeen en alleen bij mannen.

De bedoeling van de analyse is na te gaan in welke mate de oververtegenwoordiging van allochtone groepen in de WAO kleiner wordt indien rekening wordt gehouden met verschillen in het opleidingsniveau tussen etnische groepen. In de analyse zijn hiertoe drie modellen getoetst. In het eerste model wordt alleen de kans op arbeidsongeschiktheid van de diverse allochtone groepen ten opzichte van autochtonen vastgesteld. In het tweede model wordt nagegaan of de kans op arbeidsongeschiktheid bij allochtonen toe- of afneemt indien in de analyse rekening wordt gehouden met het effect van leeftijdsverschillen. In het derde en laatste model tenslotte wordt nagegaan of de kans op arbeidsongeschiktheid bij allochtonen verandert indien rekening wordt gehouden, behalve met het leeftijdseffect, met verschillen in opleidingsniveau.

Tabel 3 Kans op arbeidsongeschiktheid¹⁾ (odds ratios) naar etnische herkomst, leeftijd en opleidingsniveau.

	Model 1	Model 2	Model 3
<i>Alle respondenten</i>			
Herkomst (ref. cat. autochtonen)			
Turken	1,91 **	3,31 **	2,17 **
Marokkanen	1,94 **	2,91 **	1,75 **
Surinamers	1,29	1,78 **	1,58 **
Antillianen	0,68 *	1,07	0,98
Leeftijd (ref.cat. 40 jaar of ouder)			
15-24 jaar		0,23 **	0,06 **
25-39 jaar		0,15 **	0,18 **
Opleidingsniveau ²⁾			0,76 **
<i>Alleen mannen</i>			
Herkomst (ref. cat. autochtonen)			
Turken	2,95 **	5,44 **	3,15 **
Marokkanen	3,56 **	5,37 **	2,71 **
Surinamers	1,64 **	2,25 **	1,98 **
Antillianen	0,72	1,18	1,12
Leeftijd (ref.cat. 40 jaar of ouder)			
15-24 jaar		0,02 **	0,05 **
25-39 jaar		0,10 **	0,14 **
Opleidingsniveau ²⁾			0,66 **

¹⁾ Gemeten naar de 'dagelijkse hoofdactiviteit' van respondent (alleen respondenten tussen 15 en 64 jaar)

²⁾ De volgende opleidingsniveau's zijn onderscheiden: geen onderwijs, alleen basisonderwijs, VBO/MAVO, MBO/HAVO/VWO, HBO/WO

** p < .01 / * p < .05

Bron: SCP / ISEO, SPVA-1998 (bewerking SCP, met dank aan Jaco Dagevos)

De uitkomsten bevestigen nogmaals dat de kans op arbeidsongeschiktheid met name bij Turken en Marokkanen significant groter is dan bij autochtonen. De verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid bij Turken en Marokkanen wordt zelfs nog sterker als in model 2 rekening wordt gehouden met het effect van leeftijdsverschillen tussen de diverse etnische groepen. Dit effect wordt veroorzaakt door het verschil in leeftijdssamenstelling tussen autochtonen en allochtonen.¹³ We weten inmiddels dat de kans op arbeidsongeschiktheid bij oudere leeftijdsgroepen hoger ligt dan bij jongeren. Aangezien de autochtone groep relatief meer ouderen (40-plus) telt dan de diverse allochtone groepen vergroot dit de kans op arbeidsongeschiktheid bij autochtonen. Wordt echter in de analyse rekening gehouden met het verschil in leeftijdsopbouw tussen autochtonen en allochtonen, dan valt dit effect weg en blijkt de verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid bij de diverse allochtone groepen (Turken, Marokkanen en nu ook Surinamers) nog groter dan in eerste instantie leek (in model 1). Als voor leeftijd wordt gecorrigeerd ligt de kans op arbeidsongeschiktheid bij Turken en Marokkanen ongeveer driemaal zo hoog als bij autochtonen (model 2). Opmerkelijk is dat de kans op arbeidsongeschiktheid in model 2 bij de jongste leeftijdscategorie (15-24 jaar) wat hoger ligt dan bij de middelste categorie (25-39 jaar). Dit effect verdwijnt echter weer als in model 3 wordt gecorrigeerd voor verschillen in opleidingsniveau. Met andere woorden, de grotere kans op arbeidsongeschiktheid bij de jongste leeftijdsgroep is volledig terug te voeren op het lage opleidingsniveau bij deze groepen.

De cruciale vraag is echter of deze verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid bij de allochtone groepen kleiner wordt of zelfs geheel verdwijnt wanneer in de analyse rekening wordt gehouden met het lage opleidingsniveau van deze groepen (model 3). In de eerste plaats zien we dat de

invloed van het opleidingsniveau op de kans op arbeidsongeschiktheid aanzienlijk is: voor elk hoger opleidingsniveau geldt dat de kans op arbeidsongeschiktheid 24 procent *kleiner* is dan voor personen met een opleiding op een lager niveau. Aangezien vijf opleidingsniveaus zijn onderscheiden, betekent dit dat de kans op arbeidsongeschiktheid van iemand met het hoogste opleidingsniveau (HBO, WO) 120 procent kleiner is dan bij iemand van het laagste opleidingsniveau (geen opleiding). Opleiding heeft dus een sterk effect op de kans op arbeidsongeschiktheid en dat geldt voor alle etnische groepen.

In de tweede plaats zien we (wanneer we de odds ratio's in de modellen 2 en 3 met elkaar vergelijken) dat de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO wel kleiner wordt als in de analyse rekening wordt gehouden met het verschil in opleidingsniveau tussen de diverse groepen, maar niet geheel verdwijnt. Na toevoeging van de factor opleiding in de analyse vermindert de verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid bij de Turken met ongeveer een derde (van 3,31 in model 2 naar 2,17 in model 3). Bij de Marokkaanse groep speelt het opleidingseffect zelfs nog iets sterker. Na toevoeging van de factor opleiding vermindert de verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid bij de Marokkanen zelfs met 40 procent (van 2,91 in model 2 naar 1,75 in model 3). Anders gezegd, ongeveer een derde tot 40 procent van de geconstateerde oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO zou het gevolg zijn van het lage opleidingsniveau bij deze groepen.

In het onderste deel van tabel 2.3 is dezelfde analyse alleen voor mannen uitgevoerd. We zien hier dezelfde effecten, maar in sterkere mate. Turkse, Marokkaanse en (zij het in mindere mate) Surinaamse mannen hebben een significant hogere kans op arbeidsongeschiktheid dan autochtonen, een verschil dat nog sterker wordt als in de analyse rekening wordt gehouden met de relatief jonge leeftijdsopbouw van de betreffende allochtone groepen (model 2). Het opleidingseffect op de kans op arbeidsongeschiktheid speelt echter bij allochtone mannen nog sterker dan bij autochtonen in het algemeen, zoals blijkt wanneer men de odds ratio's in de modellen 2 en 3 met elkaar vergelijkt.¹⁴ Na toevoeging van de factor opleiding aan de analyse vermindert de verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid bij Marokkaanse mannen zelfs met de helft (van 5,37 in model 2 tot 2,71 in model 3) en bij Turkse mannen met bijna 40 procent (van 5,44 in model 2 tot 3,15 in model 3). Bij Surinaamse mannen speelt dit opleidingseffect een veel geringere rol. Na toevoeging van de factor opleiding aan de analyse vermindert de verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid bij Surinaamse mannen slechts met 12 procent (van 2,25 in model 2 tot 1,98 in model 3).

We kunnen concluderen, dat het lage opleidingsniveau van veel Turken en Marokkanen inderdaad een belangrijke verklaring vormt voor de hogere kans op arbeidsongeschiktheid bij deze groepen. Ongeveer een derde tot veertig procent (bij mannen zelfs 40 tot 50 procent) van de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO kan worden teruggevoerd op het geringe opleidingsniveau van deze groepen. Door het lage onderwijsniveau komt men in lagere posities op de arbeidsmarkt terecht, waar weer een grotere kans op arbeidsongeschiktheid bestaat. Tegelijkertijd kunnen we echter constateren, dat de verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid bij Turken en Marokkanen niet alleen het gevolg is van het geringe opleidingsniveau. De helft tot maximaal tweederde van de verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid bij Turken en Marokkanen blijft immers bestaan, ook als rekening wordt gehouden met het lage onderwijsniveau van deze groepen. Op basis van deze analyse kan echter niet worden nagegaan welke andere factoren hierbij een rol spelen. Strikt genomen, gaat het om alle kenmerken van allochtone groepen behalve degene die als variabele in het model zijn opgenomen (leeftijd en onderwijsniveau). Te denken valt aan gezondheidsverschillen tussen autochtonen en allochtonen, maar ook zaken als discriminatie en verdringing op de arbeidsmarkt (waardoor allochtonen vaak in lagere functies of slechte sectoren terechtkomen met een hoger arbeidsom-

geschiktheidsrisico), taalproblemen, gebrekkige integratie en wellicht bepaalde culturele kenmerken. In het kwalitatieve deel van deze studie worden deze factoren nader verkend (hoofdstukken 3 t/m 5).

2.7 Slotbeschouwing

Dit hoofdstuk kwamen drie van de vijf onderzoeksvragen die in deze studie centraal staan: ten eerste de vraag naar het aantal autochtone en allochtone arbeidsongeschikten en daarmee verbonden de vraag of sprake is van een oververtegenwoordiging van allochtonen in de WAO, ten tweede de vraag naar diverse kenmerken van autochtone en allochtone WAO'ers en ten derde de vraag hoe een (eventuele) oververtegenwoordiging van allochtonen in de WAO verklaard kan worden. In deze slotbeschouwing wordt op elk van deze drie centrale vragen in het onderzoek een antwoord gegeven.

Ad 1) Aantallen autochtone en allochtone arbeidsongeschikten

Het probleem van de vele arbeidsongeschikten in Nederland is in eerste instantie een probleem dat zich vooral bij autochtonen voordoet. Van de 925 duizend arbeidsongeschikten die Nederland eind 1999 telde, ging het in 80 procent van de gevallen om autochtone Nederlanders (742 duizend personen). De groep niet-westerse allochtonen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering is in absolute aantallen niet bijzonder groot: 67 duizend personen. Het overgrote deel daarvan betreft WAO'ers (60 duizend personen). Bijna tweederde van deze 60 duizend niet-westerse allochtone WAO'ers betreft Turken en Marokkanen, de beide groepen die in deze studie centraal staan. Het aandeel niet-westerse allochtonen op de totale arbeidsongeschiktenpopulatie bedraagt daarmee ruim zeven procent. Het aandeel niet-westerse allochtonen onder de WAO'ers ligt iets hoger, namelijk precies acht procent. Behalve de WAO, die werknemers verzekert tegen de inkomensgevolgen van arbeidsongeschiktheid, zijn er afzonderlijke arbeidsongeschiktheidsregelingen voor zelfstandigen en voor jonggehandicapten (respectievelijk de WAZ en de Wajong). Het aantal niet-westerse allochtonen met een WAZ- of Wajong-uitkering is echter gering, zowel absoluut als relatief. Vandaar dat in de rest van deze studie niet verder op deze regelingen wordt ingegaan. Aangezien ook het aantal Antillianen in de WAO gering is (in totaal ruim tweeduizend personen) blijft ook deze groep in de kwantitatieve analyse grotendeels buiten beschouwing.

De centrale vraag in dit hoofdstuk en in alle politieke debatten over deze kwestie is of allochtonen oververtegenwoordigd zijn in de WAO. Het antwoord op deze vraag is echter niet alleen afhankelijk van 'de cijfers', maar ook van de gehanteerde berekeningswijze. Het aandeel WAO'ers per etnische categorie kan op twee verschillende manieren worden berekend: men kan het aantal WAO'ers per etnische groep relateren aan de totale populatie in de werkzame leeftijd (15 tot 64 jaar) óf men kan het aantal WAO'ers relateren aan het aantal arbeidsmarkt-participanten in de betreffende bevolkingsgroep. Betoogd is, dat het laatste strikt genomen correcter is. De WAO is immers een werknemersverzekering, waarop men pas recht heeft indien betaald werk is verricht. In de analyse zijn beide berekeningswijzen gehanteerd, waarbij in ieder geval duidelijk werd dat de berekeningswijze grote gevolgen heeft voor de uitkomsten van de analyse. Dit is ook niet verwonderlijk. Immers, bij een groep met een geringe arbeidsparticipatie (zoals Marokkaanse vrouwen) ligt het aandeel WAO'ers vanzelfsprekend laag. Desondanks kan het aantal WAO'ers *als percentage van de beroepsbevolking* ook bij deze groep verhoudingsgewijs hoog liggen.

Gegevens over het aantal WAO'ers per etnische groep als percentage van de totale populatie in de werkzame leeftijd waren al eerder gepubliceerd door het CBS. De belangrijkste conclusie hierbij was, dat met name bij de categorie oudere Turkse en Marokkaanse mannen (40 jaar of

ouder) sprake is van een oververtegenwoordiging in de WAO. Ook volgens deze oorspronkelijke berekeningen was al sprake van een lichte oververtegenwoordiging van Turkse vrouwen in de WAO. Niet alle allochtone groepen tellen echter verhoudingsgewijs veel WAO'ers. Dit gold bijvoorbeeld niet voor Marokkaanse vrouwen en voor Surinaamse en Antilliaanse mannen én vrouwen.

Bij deze oorspronkelijke berekeningen was echter geen rekening gehouden met de verschillen in arbeidsparticipatie tussen de diverse etnische groepen. Berekent men het aantal WAO'ers als percentage van de totale beroepsbevolking (werkend, werkzoekend of arbeidsongeschikt), dan ontstaat een ander beeld. Zo komt de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO op deze wijze duidelijker aan het licht. Zo zijn er bij de autochtonen negen WAO'ers op iedere honderd arbeidsmarktparticipanten. Bij de Turken zijn dat er ruim tweemaal zo veel (twintig WAO'ers op iedere honderd arbeidsmarktparticipanten). Bij de Marokkanen zijn dat er ruim 1,5 maal zo veel (bijna zestien WAO'ers op iedere honderd arbeidsmarktparticipanten). Bovendien blijft de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO op deze wijze berekend niet meer beperkt tot de categorie oudere mannen. Zij doet zich ook voor bij Marokkaanse jongeren en bij Marokkaanse en Turkse vrouwen. Bij deze laatste categorie is heeft maar liefst een kwart van de totale beroepsbevolking (werkend, werkzoekend óf arbeidsongeschikt) een WAO-uitkering.

Dit alles wil overigens niet zeggen, dat alle allochtone groepen oververtegenwoordigd zijn in de WAO. Dit geldt over het algemeen wel voor Turken en Marokkanen (met als belangrijke uitzondering daarbij de Turken uit de jongste leeftijdscategorie), maar niet voor Surinamers en zeker niet voor Antillianen. Het arbeidsongeschiktheidsrisico van Antillianen ligt over het algemeen zelfs beduidend lager dan bij autochtonen.

De centrale conclusie uit dit deel van de analyse is tweeledig. Ten eerste kan worden vastgesteld dat de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO groter is dan tot dusver op basis van de beschikbare CBS-gegevens werd aangenomen. Ten tweede kan worden vastgesteld dat deze oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO niet beperkt blijft tot de categorie oudere mannen, maar zich ook voordoet bij jongere leeftijdsgroepen en jongere leeftijdsgroepen (alleen bij Marokkanen) en bij vrouwen. Binnen de Turkse groep zijn vrouwen zelfs nog aanzienlijk sterker oververtegenwoordigd in de WAO dan mannen. Vooral bij de recente WAO-uitkeringen (hooguit een jaar in de WAO) ligt het aandeel van vrouwen en van de jongere leeftijdscategorie bij de Turkse en Marokkaanse groep opvallend hoog. De door de commissie Donner (en vele anderen) gesignaleerde trend van meer vrouwen en jongeren in de WAO lijkt zich (voor zover de gegevens dergelijke uitspraken toelaten) bij Turken en Marokkanen nog sterker voor te doen dan bij autochtonen. Vooral de relatief hoge mate van arbeidsongeschiktheid bij Turken en Marokkanen uit de jongere leeftijdsgroepen, en dan met name bij jongere vrouwen, moet als problematisch worden aangemerkt. Terwijl enerzijds de arbeidsparticipatie van deze groepen mede door het gevoerde overheidsbeleid zeer geleidelijk toeneemt, zien we anderzijds dat een deel van deze vrouwen de arbeidsmarkt weer verlaat, via de achterdeur van de WAO.

Ad 2) Kenmerken van allochtone en autochtone WAO'ers

Een andere onderzoeksvraag betrof de kenmerken van autochtone en allochtone WAO'ers. De analyse hierover is mede uitgevoerd tegen de achtergrond van opmerkingen van de Commissie Donner over de opkomst van een nieuw type WAO'er. De typische WAO'er van enkele decennia geleden was een man met een lang arbeidsverleden in de bouw of in de industrie en met fysieke klachten. De typische WAO'er van tegenwoordig is daarentegen een jongere man, of een vrouw, met psychische klachten en een betrekkelijk kort arbeidsverleden in één van de

dienstverlenende beroepen. Eén van onze vragen was of deze opkomst van een nieuw type WAO'ers ook zichtbaar is bij Turkse en Marokkaanse WAO'ers óf dat deze groepen qua achtergrondkenmerken eerder lijken op de 'oude' WAO'ers van weleer. De conclusies over de seks- en leeftijdsverdeling van autochtone en allochtone WAO'ers zijn hiervoor reeds vermeld. Daarnaast is gekeken naar de volgende kenmerken van autochtone en allochtone WAO'ers: uitkeringsduur, mate van arbeidsongeschiktheid, reden van arbeidsongeschiktheid (diagnose-categorie), beroepssector waarin men werkzaam was en tenslotte de woonplaats.

Wat betreft de uitkeringsduur stelden we vast dat Turkse en Marokkaanse WAO'ers, anders dan was verwacht, niet vaker dan autochtonen langdurig arbeidsongeschikt zijn. Integendeel, vooral Turkse en Marokkaanse vrouwen behoren relatief vaak tot de categorie recente uitkeringsgerechtigden (hooguit 1 jaar in de WAO). Of dit komt door een recente hoge WAO-instroom bij deze groepen óf doordat relatief veel Turkse en Marokkaanse vrouwen na korte tijd (bijvoorbeeld door de herkeuring na het eerste WAO-jaar) weer uitstromen – met andere woorden: of sprake is van een opkomend of van een voorbijgaand probleem van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de WAO – kan op basis van de beschikbare gegevens niet worden vastgesteld.

Verder bleek, dat Turkse en Marokkaanse WAO'ers vaker dan autochtonen volledig arbeidsongeschikt zijn. Van de Turkse en Marokkaanse vrouwen in de WAO is zelfs 90 procent volledig arbeidsongeschikt. Ook dit gegeven kan niet eenduidig worden verklaard. Er zijn twee alternatieve verklaringen denkbaar, die elkaar overigens niet uitsluiten. Volgens de ene verklaring zijn Turken en Marokkanen vaker volledig arbeidsongeschikt, omdat ze gemiddeld genomen minder gezond zijn dan autochtonen. Hoewel er inderdaad empirische aanwijzingen zijn voor dergelijke etnische gezondheidsverschillen (zie hoofdstuk 3) ontbreekt het ons aan adequate empirische gegevens om deze veronderstelling te toetsen. Volgens de andere verklaring is het grote aandeel volledig arbeidsongeschikten onder Turkse en Marokkaanse WAO'ers niet het gevolg van hun slechtere gezondheid, maar van de uitkeringssystematiek van de WAO. Bij allochtonen zou vaak sprake zijn van een óf-óf-situatie: ze worden volledig afgekeurd óf volledig arbeidsongeschikt bevonden (minder dan 15 procent arbeidsongeschikt). De tussencategorie van gedeeltelijk arbeidsongeschikten is bij deze groepen relatief klein, hetgeen vooral met het vroegere inkomen te maken heeft. Hoe lager het inkomen, des te groter de kans dat men door functies die men gegeven de beperkingen in principe nog kan vervullen ongeveer hetzelfde inkomen verdient als voorheen. In zulke gevallen is er formeel geen sprake van inkomensderving door lichamelijke of psychische klachten en heeft men dus geen recht op een WAO-uitkering. Als deze interpretatie klopt, en zij werd ons door veel arbeidsdeskundigen bevestigd, heeft dit ook consequenties voor de centrale uitkomsten van onze analyse. Het betekent immers, dat de hier gepresenteerde WAO-gegevens nog een aanzienlijke *onderschatting* van het werkelijke aantal allochtone arbeidsgehandicapten bevatten.

Wat betreft de diagnosecategorie blijkt dat Turkse en Marokkaanse WAO'ers op zichzelf niet vaker dan autochtonen om psychische redenen arbeidsongeschiktheid zijn, maar dit geldt wel voor Turkse en Marokkaanse vrouwen en ook bij de meer recent in de WAO ingestroomde Turkse en Marokkaanse mannen. Ook op dit punt springen vooral Turkse vrouwen er uit: 44 procent van de Turkse vrouwelijke WAO'ers is om psychische redenen in de WAO beland, bijna tien procent meer dan bij autochtone vrouwen. Bij de Turkse en Marokkaanse mannen ligt het aandeel psychische arbeidsongeschikten op vergelijkbaar niveau of iets lager dan bij autochtone mannen. Dit geldt althans als we naar alle lopende uitkeringen kijken, waaronder veel lang lopende WAO-uitkeringen. Bij de recente WAO-uitkeringen (hooguit een jaar in de WAO) ligt het aandeel psychische arbeidsongeschikten ook bij Turkse en Marokkaanse mannen hoger dan bij autochtone WAO'ers (namelijk 39 procent bij beide allochtone groepen versus 31 procent bij

autochtonen). Bij de Turkse vrouwen die hooguit een jaar in de WAO zitten, loopt het aandeel psychische arbeidsongeschikten zelfs op tot bijna de helft (48 procent) – tegen 35 procent bij autochtone vrouwen.

Een laatste opmerkelijk aspect betreft de bedrijfssector waarin WAO'ers werkzaam waren. In hoeverre gaat het beeld van de Commissie Donner dat hedendaagse WAO'ers in toenemende mate werkzaam waren in één van de dienstverlenende beroepen ook op voor Turkse en Marokkaanse WAO'ers? Opmerkelijk is dat ongeveer een kwart van alle Turkse en Marokkaanse WAO'ers voorheen werkzaam was in de volgende drie sectoren: loonbedrijven en uitzendbureau's, de reinigingssector en de sector van gesubsidieerde arbeid (WIW / WSW). Dit zijn kenmerkend typische bedrijfssectoren waar veel allochtonen werken. Bij de autochtonen worden deze sectoren niet genoemd in het rijtje van bedrijfssectoren waaruit verhoudingsgewijs veel WAO'ers afkomstig zijn. Het zijn tevens de sectoren (samen met de zorgsector) waar de huidige WAO-instroom verhoudingsgewijs (dat wil zeggen gegeven het aantal werkenden in de sector) het grootst is. Er is echter wel een verschil tussen Turkse en Marokkaanse mannen enerzijds en Turkse en Marokkaanse vrouwen anderzijds. Relatief veel Turkse en Marokkaanse mannen in de WAO werkten voordien in één van de traditionele industrieën, Turkse en Marokkaanse vrouwen in de WAO waren voornamelijk werkzaam aan de onderkant van de postindustriële diensteneconomie. Bijna één op de drie vrouwelijke Turkse of Marokkaanse WAO'ers werkten in de reinigingssector of voor een uitzendbureau.

Geconcludeerd kan worden dat het door de Commissie Donner geschetste beeld van de opkomst van een nieuw type WAO'er niet beperkt blijft tot autochtone WAO'ers. Ook Turkse en Marokkaanse WAO'ers, en binnen deze groepen vooral de recente WAO-ontvangers, voldoen aan dit beeld van de nieuwe WAO'er: relatief veel vrouwen, veel personen uit de jongste leeftijdscategorie, veel psychische arbeidsongeschikten en – vooral bij Turkse en Marokkaanse vrouwen – veel WAO'ers die werkzaam waren in de onderste regionen van de postindustriële diensteneconomie (met name de reinigingssector en de uitzendbranche).

Ad 3) De verklaring van de oververtegenwoordiging

Tenslotte is in dit hoofdstuk al de vraag gesteld hoe de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO kan worden verklaard. Nagegaan is in hoeverre de geconstateerde oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO het gevolg is van het geringe onderwijsniveau van deze groepen. De redenering was daarbij als volgt. Uit onderzoek is bekend, dat de kans op arbeidsongeschiktheid bij lager opgeleiden beduidend hoger ligt dan bij hoger opgeleiden. Tevens weten we dat allochtonen, maar Turken en Marokkanen in het bijzonder, verhoudingsgewijs vaak tot de lager opgeleiden behoren. Hierdoor rijst de vraag of het verschil in de kans op arbeidsongeschiktheid tussen allochtonen en autochtonen ook blijft bestaan als in de analyse rekening wordt gehouden met het verschil in opleidingsniveau. Met andere woorden, is de kans op arbeidsongeschiktheid bij laag opgeleide autochtonen niet net zo hoog als bij allochtonen?

Om hierover een uitspraak te kunnen doen, is een multivariate analyse uitgevoerd op beschikbare enquêtegegevens (uit het onderzoek Sociale Positie en Voorzieningsgebruik Allochtonen). Uit de analyse bleek, dat de grotere kans op arbeidsongeschiktheid bij Turken en Marokkanen ten opzichte van autochtonen inderdaad voor een belangrijk deel kan worden herleid tot verschillen in opleidingsniveaus. Als we mannen en vrouwen tezamen nemen, kan ongeveer een derde tot 40 procent van de grotere kans op arbeidsongeschiktheid bij Turken en Marokkanen worden teruggevoerd op het lage onderwijsniveau bij deze groepen. Bij de mannen speelt het opleidingseffect zelfs nog sterker: bij hen kan zelfs 40 tot 50 procent van de grotere kans op arbeidsongeschiktheid bij Turken en Marokkanen herleid worden tot het verschil in onderwijsni-

veau. Dit neemt echter niet weg, dat een nog groter deel van de grotere kans op arbeidsongeschiktheid bij Turken en Marokkanen (ongeveer de helft tot zelfs tweederde) niet kan worden teruggevoerd op verschillen in opleidingsniveau. Er spelen dus ook andere factoren een rol. In de hierna volgende, kwalitatieve hoofdstukken van deze studie zullen we de mogelijke oorzaken van de geconstateerde oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO nader exploreren.

Noten hoofdstuk 2

¹ Deze gegevens zijn al eerder gepubliceerd in: Persbericht CBS *Arbeidsongeschiktheid autochtonen en allochtonen*, d.d. 21 november 2000 en de brief van het Ministerie van SZW aan de Tweede Kamer over Arbeidsongeschiktheid onder allochtonen, d.d. 21 november 2000. Recentelijk zijn de gegevens nogmaals gepubliceerd in: CBS. *Allochtonen in Nederland* (2001).

² De EBB is een jaarlijks uitgevoerde enquête van het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) om de positie van personen op de arbeidsmarkt in kaart te brengen. Het is een zeer grootschalige enquête. Hier gebruiken we gegevens uit het EBB van 1999, toen ruim 80.000 personen woonachtig op 58.000 adressen als respondent aan het onderzoek deelnamen. Het probleem van dit onderzoek is desondanks, dat het – mede door de geringe respons bij deze groepen – geen betrouwbaar beeld geeft van de arbeidsmarktpositie van allochtonen. De hier gebruikte gegevens over de arbeidsparticipatie van allochtonen zijn daarom ontleend aan de SPVA. Ook dit is een geregeld uitgevoerde enquête, speciaal bedoeld om de maatschappelijke positie van de grootste minderheidsgroepen in ons land (Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen) in kaart te brengen. Ter vergelijking wordt in de SPVA ook een groep autochtonen geïnterviewd, maar deze gegevens zijn niet representatief voor alle autochtonen. De autochtone respondenten van de SPVA zijn namelijk bewoners van dezelfde stadsbuurten als waar de allochtone respondenten wonen en worden daarom gekenmerkt door een laag opleidingsniveau en geringe sociaal-economische status. Door gebruik te maken van beide onderzoeken kunnen de geschetste beperkingen van beide enquêtes echter vermeden worden. Dezelfde procedure is overigens ook gevolgd in ander onderzoek dat de verschillen tussen autochtonen en allochtonen in de mate van werkloosheid en arbeidsparticipatie in beeld wil brengen (vgl. Tesser et al. 1999; Dagevos 2001). Concreet hebben we hier gebruikgemaakt van gegevens omtrent de bruto-arbeidsparticipatie van autochtonen en de diverse allochtone groepen. De bruto-arbeidsparticipatie betreft het aandeel van de totale populatie in de werkzame leeftijd (tussen 15 en 64 jaar), dat feitelijk participeert op de arbeidsmarkt (als werkende dan wel als werkzoekende). We zijn vervolgens tot een inschatting van het aantal arbeidsmarktparticipanten per etnische groep gekomen door dit percentage te vermenigvuldigen met CBS-gegevens over de totale bevolking tussen 15 en 64 per etnische groep. Dit alles is zowel berekend voor de betreffende etnische groepen als geheel als voor specifieke subcategorieën (mannen versus vrouwen, 15-39-jarigen versus 40-64-jarigen).

³ Analyse van dhr. J.M. van Sonsbeek, werkzaam bij het Ministerie van SZW.

⁴ Gegevens: Lisv. *Kroniek van de sociale verzekeringen 2000*, 108 en 120. Het betreft hier gegevens over de WAO-instroom. In 1990 ging ruim 43 procent van alle nieuwe WAO-uitkeringen naar een vrouw, in 1999 was dat 54 procent. Het aandeel van vrouwen in de werkende beroepsbevolking steeg in dezelfde periode van 36 tot 40 procent (Lisv. *Kroniek van de sociale verzekeringen 2000*, 34.).

⁵ Tabel: Aandeel van de jongste leeftijdscategorie (tot 30 jaar) op totaal aantal WAO'ers, naar sekse en etnische herkomst (1999)

		Alle mannen (1)	Mannen 15-29 jaar (2)	2 als % van 1	Alle vrouwen (1)	Vrouwen 15-29 jaar (2)	2 als % van 1
	x1000						
Autochtonen		341,4	6,3	1,8%	31,3	1,2	6,0%
Turken		14,5	0,6	4,1%	9,7	1,5	15,5%
Marokkanen		10,7	0,5	4,7%	2,8	0,8	28,6%
Surinamers		6,4	0,2	3,1%	7,8	0,4	5,1%

Gegevens: CBS (eigen bewerking)

⁶ Zo werd bij de Stelselherziening van 1987 de zogenaamde verdisconteringsregel afgeschaft waardoor partieel arbeidsongeschikten voorheen vaak een volledige WAO-uitkering kregen. Tevens werd een systeem van periodieke herkeuringen ingevoerd, met als gevolg dat veel volledig arbeidsongeschikten na verloop van tijd alsnog een gedeeltelijke WAO-uitkering krijgen. Door deze maatregelen nam het aandeel gedeeltelijk arbeidsongeschikten het afgelopen decennium snel toe (vgl. *Deelstudie WAO-trends*).

⁷ Gegevens: Lisv. *Kroniek sociale zekerheid 2000*, 108-109.

⁸ Uit de onderstaande tabel kan worden opgemaakt dat het aandeel psychische arbeidsongeschikten onder recente allochtone WAO-instromers ook bij de jongste leeftijdscategorie beduidend hoger ligt dan bij jongere autochtone recente WAO-instromers:

Tabel Aandeel psychische klachten als reden van arbeidsongeschiktheid (in % van totale instroom) bij recente WAO-uitkeringen (hooguit 1 jaar in de WAO) naar leeftijdscategorie en etniciteit (1999)

	Autochtonen	Marokkanen	Turken	Surinamers
Psychische klachten	32,9%	40,0%	42,3%	32,4%
15-39 jaar	37,9%	42,9%	47,2%	42,9%
40-64 jaar	30,0%	33,3%	37,5%	30,0%

Gegevens: CBS (eigen bewerking)

⁹ Het arbeidsongeschiktheidsrisico is hier op soortgelijke wijze berekend als in de Lisv-publicaties het zogenaamde 'arbeidsongeschiktheidspercentage' (of 'AO-percentages') is berekend (vgl. Lisv 2002, 177). Het verschil is met name dat hier alleen wordt ingegaan op het aantal allochtone en autochtone WAO'ers, terwijl de Lisv berekeningen slaan op alle arbeidsongeschikten (WAO, WAZ en Wajong). Het arbeidsongeschiktheidsrisico is hier berekend door per etnische groep het aantal WAO'ers te delen door de omvang van de beroepsbevolking (werkend of werkzoekend) vermeerderd met het aantal WAO'ers:

$$\frac{\text{aantal WAO'ers}}{\text{aantal arbeidsmarktparticipanten (werkend + werkzoekend) + aantal WAO'ers}}$$

Het aantal arbeidsmarktparticipanten is gebaseerd op gegevens over de bruto-arbeidsmarktparticipatie uit de SVPA en EBB (vgl. noot 2 van dit hoofdstuk). Op deze wijze is gepoogd om de omvang van de beroepsbevolking per etnische groep in te schatten. De beperking van onze berekeningswijze is dat we (door gebrek aan gegevens) geen rekening konden houden met het feit dat sommige WAO'ers betaald werk verrichten of zoeken. Zij worden in onze berekening dubbel geteld (als arbeidsmarktparticipant en als WAO'er). Dit is overigens bij alle categorieën zo gedaan. Toch kan dit een zekere vertekening van het beeld opleveren, aangezien autochtone WAO'ers vaker gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn en dus misschien vaker betaald werken. Dit heeft tot gevolg dat het arbeidsongeschiktheidsrisico bij autochtonen in onze berekening wellicht wat te hoog wordt ingeschat en de oververtegenwoordiging van allochtonen in de WAO dien ten gevolge wat te laag. Onze gegevens over de oververtegenwoordiging van allochtonen in de WAO kunnen dus gezien worden als een voorzichtige inschatting van de situatie.

¹⁰ Een goed overzicht van de arbeidsmarktpositie van diverse minderheidsgroepen en de daarbij ontstane achterstanden wordt steeds geboden door de *Rapportage minderheden* van het SCP (vgl. Tesser et al. 1999; Dagevos 2001). Het probleem van financiële armoede bij minderheden is vermeld in de *Jaarrapporten armoede en sociale uitsluiting* (vgl. Snel et al. 2000) en meer recent in de *Armoedemonitor* van SCP en CBS (SCP/CBS 2001).

¹¹ In het zogenaamde EPI-98-onderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van het Lisv lezen we bijvoorbeeld dat lager opgeleiden (alleen lager onderwijs, LBO of MAVO) 3 tot 7 maal zo vaak arbeidsongeschikt zijn als werkenden met HBO- of universitaire opleiding. Bij vrouwen zou het arbeidsongeschiktheidsrisico van lager opgeleiden nog groter zijn als bij laagopgeleide mannen (Van der Giezen, Molenaar-Cos en Jehoel Gijsbers 1999, 87-88).

¹² Vgl. Tesser et al. 1999, 291-292 en 300-301; Dagevos 2001, 21-26.

¹³ De steekproef van de SPVA geeft een goede afspiegeling van de reële leeftijdsverschillen tussen autochtonen en allochtonen. De categorie 40-plussers vormen in de SPVA bij de autochtonen 47% van de totale populatie in de werkzame leeftijd (15 tot 64 jaar), bij de Marokkanen 33% en bij de Turken 27%.

¹⁴ Het effect van het opleidingsniveau op de kans op arbeidsongeschiktheid is alleen bij mannen nog sterker dan hiervoor: voor elk hoger opleidingsniveau geldt dat de kans op arbeidsongeschiktheid 34 procent kleiner is dan voor personen met een opleiding met een lager niveau. Aangezien in de analyse vijf opleidingsniveau zijn onderscheiden, betekent dit dat de kans op arbeidsongeschiktheid van iemand met het hoogste opleidingsniveau (HBO, WO) 170 procent kleiner is dan bij iemand van het laagste opleidingsniveau (geen opleiding).

Bijlage 1 bij hoofdstuk 2

Tabel 4 Aantal WAO'ers als aandeel van de totale populatie (15-64 jaar) en als aandeel van de beroepsbevolking naar etnische herkomst, 1999.

	Autochtonen	Turken	Marokkanen	Surinamers	Antillianen/ Arubanen
Totaal					
Bevolking (15-64 jaar) (1)	8.819,5	203,8	167,8	213,8	73,7
Brutopart* (in %)	67,5	47,4	43,9	66,2	61,8
Beroepsbevolking** (2)	6539,3	120,7	87,2	155,7	47,8
Aantal WAO'ers (abs.) (3)	586,1	24,2	13,6	14,2	2,2
WAO'ers als % van bev. (3/1)	6,6	11,9	8,1	6,6	3,0
Autochtonen = 1	1,0	1,8	1,2	1,0	0,4
WAO'ers als % van beroepsbevolking (3/2)	9,0	20,1	15,6	9,1	4,6
Autochtonen = 1	1,0	2,2	1,7	1,0	0,5
Mannen					
Bevolking (15-64 jaar) (1)	4.474,8	106,9	91,4	101,8	36,4
Brutopart* (in %)	79,9	64,8	59,3	73,8	70,3
Beroepsbevolking** (2)	3916,8	83,8	64,8	81,6	26,6
Aantal WAO'ers (abs.) (3)	341,4	14,5	10,7	6,4	1,0
WAO'ers als % van bev. (3/1)	7,6	13,6	11,7	6,3	2,7
Autochtonen = 1	1,0	1,8	1,5	0,8	0,4
WAO'ers als % van beroepsbevolking (3/2)	8,7	17,3	16,5	7,8	3,8
Autochtonen = 1	1,0	2,0	1,9	0,9	0,4
Vrouwen					
Bevolking (15-64 jaar) (1)	4.344,7	96,9	76,4	112,0	37,3
Brutopart* (in %)	55,3	28,2	23,3	60,0	55,1
Beroepsbevolking** (2)	2647,3	37,1	20,6	75,0	21,7
Aantal WAO'ers (abs.) (3)	244,7	9,7	2,8	7,8	1,2
WAO'ers als % van bev. (3/1)	5,6	10,0	3,7	7,0	3,2
Autochtonen = 1	1,0	1,8	0,7	1,2	0,6
WAO'ers als % van beroepsbevolking (3/2)	9,2	26,2	13,6	10,4	5,5
Autochtonen = 1	1,0	2,8	1,5	1,1	0,6
15 – 39 jaar					
Bevolking (15-64 jaar) (1)	4.525,3	492,0	152,0	122,6	138,6
Brutopart* (in %)	72,6	53,9	50,6	67,0	60,7
Beroepsbevolking** (2)	3377,7	273,4	81,0	85,2	84,6
Aantal WAO'ers (abs.) (3)	92,4	8,0	4,0	3,0	0,5
WAO'ers als % van bev. (3/1)	2,0	1,6	2,6	2,4	0,4
Autochtonen = 1	1,0	0,8	1,3	1,2	0,2
WAO'ers als % van beroepsbevolking (3/2)	2,7	2,9	4,9	3,5	0,6
Autochtonen = 1	1,0	1,1	1,8	1,3	0,2
40 – 64 jaar					
Bevolking (15-64 jaar) (1)	4.294,2	51,8	45,2	75,3	21,8
Brutopart* (in %)	62,5	29,6	29,8	64,4	64,6
Beroepsbevolking** (2)	3177,7	31,5	23,0	59,7	15,8
Aantal WAO'ers (abs.) (3)	493,8	16,2	9,5	11,2	1,7
WAO'ers als % van bev. (3/1)	11,5	31,3	21,0	14,9	7,8
Autochtonen = 1	1,0	2,7	1,8	1,3	0,7
WAO'ers als % van beroepsbevolking (3/2)	15,5	51,4	41,3	18,8	10,8
Autochtonen = 1	1,0	3,3	2,7	1,2	0,7

*bruto-arbeidsparticipatie = totaal aantal werkenden en werkzoekenden (meer dan 12 uur per week)

** beroepsbevolking = aantal arbeidsmarktparticipanten (werkend of werkzoekend) plus aantal WAO'ers

Bron gegevens: omvang bevolking (15-64 jaar) en aantal WAO'ers per etnische groep: CBS. Brutoarbeidsparticipatie (= aantal werkenden en werkzoekenden als aandeel van de totale populatie tussen 15 en 64 jaar): SCP/ISEO, SPVA-98 (alleen voor allochtone groepen) en CBS, EBB-99 (voor autochtonen). Overige gegevens: eigen bewerking

Bijlage 2 bij hoofdstuk 2**Diverse kenmerken van allochtone en autochtone WAO'ers naar uitkeringsduur, 1999.**

Tabel 5 WAO-uitkeringen naar geslacht, duur van de uitkering en etniciteit (1999)

	Totaal ¹⁾	Autochtonen	Turken	Marokkanen	Surinamers
x 1000					
Totaal	745,6	586,1	24,2	13,6	14,2
=< 1 jaar	129,0	100,5	5,2	3,0	3,4
2 - 5 jaar	156,3	122,4	5,4	2,9	3,6
6 - 10 jaar	187,4	149,2	6,0	2,9	3,1
11 - 15 jaar	125,9	97,7	5,3	2,8	2,2
>= 16 jaar	147,2	116,3	2,3	2,0	2,0
mannen					
Totaal	438,6	341,4	14,5	10,7	6,4
=< 1 jaar	60,0	46,4	2,3	1,8	1,2
2 - 5 jaar	81,2	62,8	2,7	2,0	1,5
6 - 10 jaar	112,8	88,8	4,0	2,5	1,5
11 - 15 jaar	80,3	61,3	3,8	2,5	1,1
>= 16 jaar	104,4	82,0	1,8	1,9	1,1
vrouwen					
Totaal	307,0	244,7	9,7	2,8	7,8
=< 1 jaar	69,0	54,0	2,9	1,2	2,2
2 - 5 jaar	75,1	59,6	2,7	0,8	2,1
6 - 10 jaar	74,6	60,4	1,9	0,4	1,7
11 - 15 jaar	45,6	36,3	1,5	0,2	1,1
>= 16 jaar	42,7	34,3	0,6	0,1	0,8
aandeel mannen					
Totaal	58,8%	58,2%	59,9%	78,7%	45,1%
=< 1 jaar	46,5%	46,2%	44,2%	60,0%	35,3%
2 - 5 jaar	52,0%	51,3%	50,0%	69,0%	41,7%
6 - 10 jaar	60,2%	59,5%	66,7%	86,2%	48,4%
11 - 15 jaar	63,8%	62,7%	71,7%	89,3%	50,0%
>= 16 jaar	70,9%	70,5%	78,3%	95,0%	55,0%
aandeel vrouwen					
Totaal	41,2%	41,8%	40,1%	20,6%	54,9%
=< 1 jaar	53,5%	53,7%	55,8%	40,0%	64,7%
2 - 5 jaar	48,0%	48,7%	50,0%	27,6%	58,3%
6 - 10 jaar	39,8%	40,5%	31,7%	13,8%	54,8%
11 - 15 jaar	36,2%	37,2%	28,3%	7,1%	50,0%
>= 16 jaar	29,0%	29,5%	26,1%	5,0%	40,0%

¹⁾ Inclusief etniciteit onbekend en uitkeringen verstrekt aan personen woonachtig in buitenland

Bron: CBS

Tabel 6 WAO-uitkeringen naar leeftijd, duur van de uitkering en etniciteit (1999)

	Totaal 1)	Autochtonen	Turken	Marokkanen	Surinamers
x 1000					
Totaal	745,6	586,1	24,2	13,6	14,2
=< 1 jaar	129,0	100,5	5,2	3,0	3,4
2 - 5 jaar	156,3	122,4	5,4	2,9	3,6
6 - 10 jaar	187,4	149,2	6,0	2,9	3,1
11 - 15 jaar	125,9	97,7	5,3	2,8	2,2
>= 16 jaar	147,2	116,3	2,3	2,0	2,0
15-39 jaar					
Totaal	121,0	92,4	8,0	4,0	3,0
=< 1 jaar	49,3	36,3	3,5	2,1	1,5
2 - 5 jaar	42,2	32,4	2,7	1,3	1,1
6 - 10 jaar	21,7	17,1	1,4	0,5	0,4
11 - 15 jaar	6,5	5,1	0,5	0,1	0,1
>= 16 jaar	1,4	1,2	0,0	0,0	0,0
40-65 jaar					
Totaal	624,5	493,8	16,2	9,6	11,3
=< 1 jaar	79,8	64,0	1,5	0,9	1,9
2 - 5 jaar	114,1	90,1	2,7	1,5	2,5
6 - 10 jaar	165,8	132,1	4,5	2,4	2,7
11 - 15 jaar	119,3	92,5	4,9	2,5	2,2
>= 16 jaar	145,6	115,3	2,2	1,9	1,8
aandeel 15-39 jaar					
Totaal	16,2%	15,8%	33,1%	29,4%	21,1%
=< 1 jaar	38,2%	36,1%	67,3%	70,0%	44,1%
2 - 5 jaar	27,0%	26,5%	50,0%	44,8%	30,6%
6 - 10 jaar	11,6%	11,5%	23,3%	17,2%	12,9%
11 - 15 jaar	5,2%	5,2%	9,4%	3,6%	4,5%
>= 16 jaar	1,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%
aandeel 40-65 jaar					
Totaal	83,8%	84,3%	66,9%	70,6%	79,6%
=< 1 jaar	61,9%	63,7%	28,8%	30,0%	55,9%
2 - 5 jaar	73,0%	73,6%	50,0%	51,7%	69,4%
6 - 10 jaar	88,5%	88,5%	75,0%	82,8%	87,1%
11 - 15 jaar	94,8%	94,7%	92,5%	89,3%	100,0%
>= 16 jaar	98,9%	99,1%	95,7%	95,0%	90,0%

1) Inclusief etniciteit onbekend en uitkeringen verstrekt aan personen woonachtig in buitenland

Bron: CBS

Tabel 7 WAO-uitkeringen naar diagnosehoofdgroep, uitkeringsduur en etniciteit, 1999

	Totaal ¹⁾	Autochtonen	Turken	Marokkanen	Surinamers
x1000					
<i>Totaal</i>	745,7	586,1	24,2	13,6	14,2
Psychisch	231,3	180,8	8,2	4,4	5,2
Beweging	237,7	190,4	7,3	4,0	3,2
Overig	276,2	214,6	8,7	5,1	5,8
1 jaar WAO					
Totaal	129,0	100,5	5,2	3,0	3,4
Psychisch	43,1	33,1	2,2	1,2	1,1
Beweging	37,8	30,0	1,5	0,8	0,8
Overig	47,8	37,3	1,5	1,1	1,5
2-5 jaar WAO					
Totaal	156,3	122,4	5,4	2,9	3,6
Psychisch	43,6	33,7	2,0	1,0	1,1
Beweging	41,9	33,3	1,4	0,7	0,6
Overig	70,6	55,3	2,1	1,2	1,9
6-10 jaar WAO					
Totaal	187,4	149,2	6,0	2,9	3,1
Psychisch	62,9	49,8	2,1	1,0	1,3
Beweging	68,1	55,2	1,8	1,1	0,8
Overig	56,3	44,2	2,0	0,9	1,0
11-15 jaar WAO					
Totaal	125,9	97,7	5,3	2,8	2,2
Psychisch	41,9	32,2	1,5	0,9	1,0
Beweging	48,9	38,7	1,9	1,0	0,6
Overig	35,1	26,7	1,8	0,9	0,6
16 jaar WAO of langer					
Totaal	147,1	116,4	2,3	2,0	2,0
Psychisch	39,7	32,0	0,4	0,4	0,7
Beweging	41,0	33,2	0,7	0,5	0,4
Overig	66,3	51,0	1,2	1,1	0,9
<i>Totaal</i>	100%	100%	100%	100%	100%
Psychisch	31%	31%	34%	32%	37%
Beweging	32%	32%	30%	29%	23%
Overig	37%	37%	36%	38%	41%
1 jaar WAO					
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
Psychisch	33%	33%	42%	40%	32%
Beweging	29%	30%	29%	27%	24%
Overig	37%	37%	29%	37%	44%
2-5 jaar WAO					
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
Psychisch	28%	28%	37%	34%	31%
Beweging	27%	27%	26%	24%	17%
Overig	45%	45%	39%	41%	53%
6-10 jaar WAO					
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
Psychisch	34%	33%	35%	34%	42%
Beweging	36%	37%	30%	38%	26%
Overig	30%	30%	33%	31%	32%
11-15 jaar WAO					
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
Psychisch	33%	33%	28%	32%	45%
Beweging	39%	40%	36%	36%	27%
Overig	28%	27%	34%	32%	27%
16 jaar WAO of langer					
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
Psychisch	27%	27%	17%	20%	35%
Beweging	28%	29%	30%	25%	20%
Overig	45%	44%	52%	55%	45%

¹⁾Inclusief etniciteit onbekend en uitkeringen verstrekt aan personen woonachtig in het buitenland

Psychisch = hoofdcategorie P, beweging = hoofdcategorie L, overig is niet P of L

Bron: CBS

3 De werknemer

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de overstap gemaakt van het kwantitatieve naar het kwalitatieve deel van deze studie. Kort gezegd, leverde het vorige hoofdstuk vijf belangrijke conclusies op over de problematiek van allochtonen in de WAO:

- Turken en Marokkanen hebben verhoudingsgewijs (dat wil zeggen: gezien de omvang van de beroepsbevolking in deze groepen) vaker een WAO-uitkering dan autochtonen.
- Deze problematiek blijft niet beperkt tot de categorie oudere Turkse en Marokkaanse mannen, zoals tot dusver was aangenomen, maar doet zich ook voor bij Marokkanen uit de jongere leeftijdsgroepen en bij vrouwen. Turkse vrouwen zijn zelfs nog sterker oververtegenwoordigd in de WAO dan Turkse mannen.
- Turkse en Marokkaanse WAO'ers zijn vaker volledig arbeidsongeschikt dan autochtone WAO'ers.
- Turkse en Marokkaanse WAO'ers zijn op zich niet vaker om psychische redenen arbeidsongeschikt dan autochtonen. Dit geldt echter wel voor Turkse en Marokkaanse vrouwen met een WAO-uitkering en ook voor Turkse en Marokkaanse mannen die recentelijk in de WAO zijn ingestroomd.
- De oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO is voor een belangrijk deel terug te voeren op het lage opleidingsniveau van deze groepen. Desondanks blijft minimaal de helft van de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen *niet* verklaard, indien in de analyse rekening wordt gehouden met het verschil in opleidingsniveau tussen de diverse etnische groepen.

In dit tweede, kwalitatieve deel van het onderzoek zoeken we verder naar mogelijke achtergronden en verklaringen voor deze constatering. We richten daarbij onze blik op elk van de drie partijen die bij het WAO-traject betrokken zijn: de zieke werknemer, diens werkgever en de uitvoeringsinstellingen, die de WAO-beoordeling uitvoeren en uitkeringen verstrekken. Deze laatste twee partijen staan centraal in de volgende hoofdstukken, in dit hoofdstuk gaat het specifiek om de zieke werknemer.

Eerder in dit rapport zijn vijf centrale onderzoeksvragen geformuleerd. De eerste twee vragen, die naar het aantal autochtone en allochtone arbeidsongeschikten en naar de diverse kenmerken van deze groepen, zijn beantwoord in het vorige hoofdstuk. In dit en de komende hoofdstukken staan de laatste drie onderzoeksvragen centraal. Het ging om de volgende vragen. Hoe ervaren allochtone WAO'ers zaken hun ziekte en hun arbeidsongeschiktheid, de communicatie met uitvoeringsinstellingen en de mogelijkheden tot werkhervatting? Hoe ervaren vertegenwoordigers van de uitvoeringsinstellingen hun allochtone cliënten? En hoe kan de, in het vorige

hoofdstuk geconstateerde, oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO worden verklaard? In dit hoofdstuk over de zieke werknemer gaat het om de derde en de laatste onderzoeksvraag. Eerst proberen we meer zicht te krijgen op de beleving van ziekte, arbeidsongeschiktheid en de mogelijkheden van werkhervatting door Turkse en Marokkaanse werknemers. Daarnaast gaan we op zoek naar bepaalde kenmerken van Turkse en Marokkaanse zieke werknemers die, afgezien van hun geringe opleidingsniveau, het feit dat deze groepen relatief vaak in de WAO zitten kunnen verklaren.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op vier afzonderlijke thema's. In de eerste plaats wordt ingegaan op verschillen in gezondheid en gezondheidsbeleving tussen autochtonen en allochtonen, in het bijzonder Turken en Marokkanen. Helaas beschikken we niet over gegevens op basis waarvan zou kunnen worden nagegaan in hoeverre de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen verklaard kan worden door een minder goede gezondheidssituatie van deze groepen. Daarnaast wordt echter ook veel gesproken over verschillen in de wijze waarop de betreffende groepen ziekte beleven en ermee omgaan. De vraag wordt opgeworpen of de hogere kans op arbeidsongeschiktheid van Turken en Marokkanen het gevolg is van dergelijke verschillen in gezondheidsbeleving en ziektegedrag (paragraaf 3.2). Vervolgens wordt nader ingegaan op het verschijnsel van psychische klachten bij Turkse en Marokkaanse WAO'ers (paragraaf 3.3). Daarna beschrijven we het migrantenbestaan van deze groepen als mogelijke oorzaak van psychische spanningen en lichamelijke problemen (paragraaf 3.4). Tenslotte wordt ingegaan op de specifieke positie van Turkse en Marokkaanse vrouwen, die als het ware schipperen tussen twee culturen. Worden zij enerzijds door de Nederlandse samenleving (en overheid!) gestimuleerd om actief deel te nemen aan het beroepsleven, anderzijds is er vanuit de eigen cultuur en gemeenschap een sterke druk op Turkse en Marokkaanse vrouwen dat hun primaire verantwoordelijkheid niet op het werk ligt, maar in het gezin. In dit spanningsveld van tegengestelde verwachtingen waarmee Turkse en Marokkaanse vrouwen geconfronteerd worden, lijkt de WAO soms een 'oplossing' (paragraaf 3.5). In de slotbeschouwing worden de bevindingen systematisch op een rij gezet (paragraaf 3.6).

Deze vier thema's worden in afzonderlijke paragrafen besproken. Elke paragraaf begint met de presentatie van een bepaalde casus, die typerend is voor de betreffende problematiek. In het tweede deel van de paragraaf volgt een meer algemene analyse van het betreffende thema, waarbij gebruik is gemaakt van allerlei soorten informatie: bestaande inzichten uit de literatuur en ander onderzoek over arbeidsongeschiktheid, bevindingen uit de overige cases die voor dit onderzoek zijn opgesteld en tenslotte de meningen van enerzijds Turkse en Marokkaanse WAO'ers en anderzijds professionele uitvoerders van de WAO. Voor dit laatste onderdeel maken we gebruik van informatie uit de diverse groeps gesprekken en expertmeetings met respectievelijk allochtone WAO'ers en met verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen, die in het kader van dit onderzoek zijn georganiseerd.

3.2 'Te ziek om te werken'.

Culturele verschillen in gezondheidsbeleving en ziektegedrag

Casus 8: Mw. Zarrabi*

Marokkaanse vrouw, 34 jaar

Laatste ziekmelding: in 1997

Eerste WAO-beoordeling: in 1998

Aanvankelijk arbeidsongeschiktheidspercentage: 80-100%

Diagnose: maagklachten

Eerstejaars herbeoordeling: juni 2001

Uitslag herbeoordeling: < 15%

Achtergrond en werk

Mw. Zarrabi is laag opgeleid (alleen lagere school) en heeft zich in 1990 in Nederland gevestigd. Vrij snel daarna begint ze haar werk als schoonmaakster. Ze heeft een vast dienstverband, werkt fulltime en regelmatig méér. Ze heeft het uitermate naar haar zin. Ze heeft goede contacten met haar collega's en haar baas: 'Er heerste een goede sfeer'. Er is regelmatig een uitje van haar werk, er zijn nooit problemen. In 1997 gaat ze echter op vakantie naar Marokko, waar ze plotseling ontzettende pijnen in de maag krijgt. In het ziekenhuis blijkt ze een maagzweer te hebben, die wordt veroorzaakt door een bacterie. Nadat de bacterie is vernietigd en ze een antibioticakuur heeft gedaan, blijven de klachten. De vrouw krijgt bovendien allerlei andere klachten (last van astma, pijnlijke schouders, vermoeidheid) en na haar vakantie meldt ze zich ziek.

Ziekmelding en eerste ziektejaar

Het betreffende schoonmaakbedrijf heeft tegenwoordig een actief beleid van ziektebegeleiding, maar in 1997, toen mw. Zarrabi ziek werd, was dit nog niet zo goed geregeld. Mw. Zarrabi had indertijd weinig contact met de Arbo-dienst. Ze was naar eigen zeggen drie keer bij een Arbo-arts, maar sprak steeds verschillende personen. De gesprekken dienden ter controle van de ziekmelding, maar ook werd gesproken over terugkeer naar werk. Volgens geïnterviewde ziekteverzuimbegeleidster heeft de Arbo-dienst in het geval van mw. Zarrabi echter weinig gedaan om werkhervatting mogelijk te maken:

"Er is sprake van een passief beleid. Mensen worden veel te laat opgeroepen. Voor dat de oproep in de bus ligt zit men al twee tot drie weken thuis. Men wordt in de derde of vierde week dan opgeroepen. Veel mensen hebben een afwachtende houding: 'ik ben nog niet opgeroepen, dus hoef ik niet te werken', terwijl ze misschien al wel weer kunnen".

Mw. Zarrabi heeft na de ziekmelding wel intensief contact met haar oude werkgever, temeer daar haar man bij hetzelfde schoonmaakbedrijf werkt. Ze heeft nog wekelijks contact met oude collega's. Ze wordt gebeld en ziet iedereen regelmatig op verjaardagen. De directeur van het schoonmaakbedrijf is na de bevalling van haar kind nog op bezoek geweest. In deze casus is dus sprake van een bevalling tijdens de ziekteperiode. Voor zover wij weten, is dit echter niet van invloed op het ziekteverloop. De oude werkgever heeft haar na de ziekmelding geen ander werk aangeboden, omdat er bij dit bedrijf alleen maar schoonmaakwerk is. Ook heeft ze niet geprobeerd om minder te gaan werken, omdat ze volgens haarzelf van het ene op het andere moment 'totaal niets meer kon'. Haar chef wilde haar wel minder laten werken, maar ze heeft zelf aangegeven dat ze écht niet meer kon.

* Dit is een gefingeerde naam

De WAO-beoordeling

In 1998 vindt de eerste WAO-beoordeling plaats. Ze wordt op grond van haar maagklachten volledig arbeidsongeschikt bevonden (80 tot 100%). Ook gedurende het tweede ziektejaar (en de periode daarna) wordt er eigenlijk niets gedaan om werkherwinning mogelijk te maken. De geïnterviewde arbeidsdeskundige vertelt hierover:

“Voor zover ik weet is er helemaal niks ondernomen. Die vrouw wilde trouwens ook helemaal niks en ja....dan gebeurt er niks. Ze zat ook in de schoonmaakbranche en met haar klachten is het lastig om ander werk aan te bieden; het is toch zwaar vies werk en dat kon ze gezien haar beperkingen niet meer. Gezien haar opleidingsniveau kon ze ook geen administratieve functie uitoefenen; dat is het enige wat je dan vaak nog uitzoekt binnen een schoonmaakbedrijf. Je hebt gewoon heel weinig mogelijkheden. (...)Ook was er geen contact meer met haar werkgever. Ik heb later nog een paar keer contact opgenomen. Maar ja, toen hadden ze natuurlijk niks. Zo gaat het altijd; dat is een domme vraag en het was ook niet nodig, omdat ze volledig arbeidsongeschikt was verklaard”.

De eerstejaars herbeoordeling vindt pas in juni 2001 plaats, ruim een jaar te laat. In het medische deel van de herbeoordeling worden minder beperkingen vastgesteld. De klachten zijn naar de mening van de verantwoordelijke verzekeringsarts dus wat verminderd. Als gevolg daarvan blijkt de arbeidsdeskundige nu wel voldoende functies uit het FIS te kunnen halen. Aangezien het inkomen dat ze met deze 'theoretische functies' in principe kan verdienen niet veel lager ligt dan het oorspronkelijke inkomen, wordt mw. Zarrabi minder dan 15 procent arbeidsongeschikt verklaard. Haar WAO-uitkering komt hiermee te vervallen. Een geringe verschuiving in de medische beoordeling kan dus grote gevolgen hebben. Mw. Zarrabi werd eerst volledig arbeidsongeschikt bevonden, en daarna volledig arbeidsgeschikt.

Voor de betrokkene komt dit alles als een grote schok. Volgens de verzekeringsarts zou ze wel weer (gedeeltelijk) kunnen werken, maar nu hoort ze van de arbeidsdeskundige dat haar WAO-uitkering geheel wordt stopgezet. Op grond van de voorliggende rapporten en uitslagen meent de arbeidsdeskundige dat ze, gegeven haar beperkingen, nog allerlei functies kan vervullen: 'koekjes inpakken, vissen inpakken of tentharingen maken'. Ze is het hiermee volstrekt oneens en begrijpt er niks van. De arbeidsdeskundige wil haar aanmelden bij een reïntegratiebedrijf. Zij wil dit alleen wanneer ze echt beter is. Zelf meent ze, dat ze op dit moment absoluut niet kan werken. Ook al wil ze graag werken, haar gezondheid vindt ze het belangrijkste van alles.

Ook de arbeidsdeskundige is niet optimistisch over de kansen van mw. Zarrabi om weer aan het werk te komen:

“Ik denk dat zij zich zo ziek acht, haar klachten zo ernstig vindt dat ze niet kan werken. Ze wil wel, maar kan volgens haarzelf niet. Daarom wilde ik ook kijken of er toch niet wat mogelijk is, temeer daar deze vrouw niet dom is. Ze heeft best veel mogelijkheden en praat heel goed Nederlands. Er zit veel in, maar het is zonde dat het er op deze manier niet uit kan komen. Misschien als ze niks meer krijgt, dat ze dan wel gaat werken; een financiële prikkel... In augustus stopt haar WAO-uitkering, je weet niet hoe het daarna verder gaat. Haar instelling is nu: 'ik vind mezelf ziek en kan dus niet werken'. Ze heeft ook wel bepaalde klachten, maar ik probeer haar toch te overtuigen van bepaalde mogelijkheden zoals een reïntegratiebedrijf. Ik wilde dat onderzoeken voor haar, maar daar wilde ze niet aan. Ja, dan houdt het op. Ik kan haar niet dwingen. Ze is nu op vakantie en misschien dat ze daarna alles eens op een rijtje”.

ANALYSE

In dit kwalitatieve deel van deze studie proberen we onder meer een verklaring te vinden voor de eerder geconstateerde oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO. Een voor de hand liggende verklaring is natuurlijk, dat Turken en Marokkanen vaker arbeidsongeschikt zijn omdat ze gemiddeld genomen minder gezond zijn dan autochtonen. Er zijn inderdaad empirische aanwijzingen dat de gezondheidssituatie bij diverse allochtone groepen inderdaad minder gunstig is dan bij autochtonen. Zo is al herhaaldelijk in onderzoek vastgesteld, dat er ook in Nederland sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) bestaan. Personen met een lagere sociaal-economische status (SES), veelal vastgesteld aan het opleidings- of beroepsniveau, hebben meer gezondheidsklachten en chronische aandoeningen, ervaren hun eigen gezondheid als minder gunstig en sterven enkele jaren eerder dan personen met een hogere SES (vgl. o.m. Mackenbach en van der Maas 1987; Stronks et al. 1993; Stronks 1997). Aangezien Turken en Marokkanen vaak tot deze lagere SES-groepen behoren, is dit op zich al een reden om te veronderstellen dat de gezondheidssituatie bij deze groepen gemiddeld genomen slechter is dan bij autochtonen.

Volgens Stronks et al. (1999) is dit echter slechts één kant van het verhaal. Ook bij een gelijke sociaal-economische positie bestaan er volgens hen nog steeds gezondheidsverschillen tussen autochtonen en bepaalde allochtone groepen, die meestal – zij het niet uitsluitend – in het nadeel van deze laatsten uitvallen. Stronks et al. benadrukken overigens, dat het weinig zinvol is om bij deze kwesties te spreken over ‘de’ allochtonen versus ‘de’ autochtonen. Het is noodzakelijk te specificeren naar bepaalde herkomstgroepen en hun specifieke kenmerken, gewoonten en problemen. Etnische gezondheidsverschillen kunnen met allerlei factoren samenhangen, bijvoorbeeld met de leefstijl en voedingspatronen van diverse allochtone groepen, de fysieke omgeving waarin men woont, de sociale omgeving waarin men functioneert, de spanningen die voortvloeien uit de migrantenstatus of uit het feit dat men zich in de nieuwe samenleving gediscrimineerd voelt. Bepaalde kenmerken van bepaalde allochtone groepen hebben overigens een gunstig effect op de gezondheidssituatie. Als voorbeeld noemen de auteurs dat het alcoholgebruik onder Turken en Marokkanen lager ligt dan bij autochtonen.

Deze combinatie van sociaal-economische en etnische gezondheidsverschillen tussen autochtonen en diverse allochtone groepen zou een belangrijke verklaring kunnen zijn waarom Turken en Marokkanen vaker in de WAO zitten dan autochtonen en bovendien vaker volledig arbeidsongeschikt zijn. Om hierover een uitspraak te kunnen doen, zouden we over een kwantitatief databestand moeten beschikken dat enerzijds inzicht geeft in de mate van arbeidsongeschiktheid van autochtonen en allochtonen en anderzijds in de gezondheidssituatie van de diverse groepen. Over een dergelijk databestand beschikken we echter niet.¹ We weten daarom niet in hoeverre de geconstateerde oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO het gevolg is van feitelijke verschillen in de gezondheidssituatie tussen de diverse groepen.

Een nauw met het voorgaande samenhangend thema betreft culturele verschillen in de *ziektebeleving* en het *ziektegedrag*. Hierover is vrij veel onderzoek gedaan, waaruit blijkt dat diverse allochtone groepen soms ziekte anders beleven en daarmee anders omgaan dan autochtone Nederlanders. Aangenomen mag worden, dat deze verschillen in gezondheidsbeleving en ziektegedrag ook gevolgen hebben voor de ziekteduur en daarmee van invloed op de mate waarin ziekte uiteindelijk tot arbeidsongeschiktheid leidt. In de relevante literatuur worden de volgende factoren genoemd (vgl. van Limburg-Okken 1987; In 't Groen & Sweep 1994; Van Daal & Gorter 1998; PSW 2000; Hijmans van den Bergh 2002).

Somatiseren van psychische klachten

In diverse studies wordt erop gewezen, dat er met name in Turkse en Marokkaanse gemeenschappen weinig begrip is voor psychische klachten. Enerzijds rust er in de betreffende culturen vaak een taboe op psychische klachten, anderzijds ontbreekt het aan een begrippenkader om psychische klachten te duiden. Het gevolg is dat psychische klachten vaak gesomatiseerd worden - dat wil zeggen dat ze in eerste instantie als een fysieke klacht geïdentificeerd en gepresenteerd worden. Men klaagt over hoofdpijn, slecht slapen of rugklachten en heeft niet door dat hieraan een psychische problematiek ten grondslag ligt. Dit kan weer tot gevolg hebben dat psychische problemen door zowel de betrokkenen als de arts niet tijdig worden (h)erkend en dus ook niet worden behandeld. Het taboe op psychische klachten kan er bovendien toe leiden, dat mensen niet bereid zijn om met een therapeut over hun problemen te praten. Zo zien we in het geval van mw. Furat (casus 10 in paragraaf 3.5), dat zij de behandeling bij het Riagg al na twee sessies beëindigt. Door dit alles verloopt het genezingsproces bij Turken en Marokkanen met psychische problemen wellicht trager dan bij autochtonen, met als mogelijk gevolg dat psychische klachten bij Turken en Marokkanen vaker tot arbeidsongeschiktheid leiden dan bij autochtonen.

Het dramatiseren van klachten

Turkse en Marokkaanse patiënten zouden soms geneigd zijn hun klachten enigszins overdreven voor te stellen. Deze neiging zou bij hun cultuur horen, maar ook het gevolg zijn van taal- en communicatiebeperkingen. Opgemerkt wordt dat deze neiging juist in de setting van de behandelkamer van de verzekeringsarts allerlei onbedoelde gevolgen kan hebben. De WAO-aanvrager die onzeker is of de arts zijn of haar ziekte wel zal erkennen, zal geneigd zijn de kwaal enigszins te overdrijven. Deze neiging wordt wellicht nog versterkt door een meer algemeen wantrouwen van allochtone WAO'ers jegens overheidsfunctionarissen. Bij verzekeringsartsen kan dit alles echter tot gevolg hebben, dat zij de verhalen van allochtone WAO'ers (nog) minder serieus nemen.

Communicatieproblemen

In de literatuur wordt gewag gemaakt van talloze misverstanden en communicatiestoornissen tussen allochtone patiënten en hun (veelal autochtone) artsen. Artsen wijzen op de toenemende meervoudige problematiek bij allochtone groepen (meer somatische en psychosociale klachten), taal- en communicatieproblemen, gebrekkige kennis bij allochtone groepen over gezondheidsproblemen en het Nederlandse gezondheidssysteem, de hoge bezoekfrequentie (vaak met meer dan één persoon tegelijk), de wijze waarop klachten naar voren worden gebracht en het eisende gedrag van veel allochtone patiënten (veel vraag naar medicijnen, sterke neiging doorverwezen te willen worden naar de tweede lijn). Omgekeerd voelen allochtone patiënten zich vaak niet of onvoldoende begrepen door de arts. Ze voelen zich niet serieus genomen door de arts (die niet doorvraagt en te snel een diagnose stelt) en ze menen dat de huisarts onvoldoende aandacht voor hen heeft en te weinig tijd voor hen neemt, niet de verwachte medicijnen voorschrijft, te weinig op huisbezoek komt en onduidelijke of onbegrijpelijke informatie over de diagnose en behandeling geeft (vgl. Research voor Beleid, 1995; Avezaat & Smulders, 1996; Leeftang, 1996; Bruijnzeels & Bernsen, 2000).

Dergelijke communicatieproblemen kunnen uiteenlopende gevolgen hebben voor de WAO-instroom van de betrokken groepen. Allereerst is het denkbaar dat het genezingsproces van allochtone patiënten door dit soort communicatieproblemen vertraagt, waardoor de kans dat ze bij ziekte uiteindelijk arbeidsongeschikt worden groter wordt. Ten tweede zouden de communicatieproblemen tot gevolg kunnen hebben dat artsen onjuiste diagnoses stellen en een verkeerde behandeling toepassen. Ook dit zou tot langdurige ziekte en uiteindelijk arbeidsongeschiktheid kunnen leiden. Overigens benadrukken Stronks et al. (1999), dat volgens hen in Ne-

derlands onderzoek (nog) nooit is vastgesteld dat allochtone patiënten vanwege misverstanden en communicatieproblemen onvoldoende of onjuist zijn behandeld. Ten derde spelen dergelijke communicatieproblemen tussen allochtone patiënten en (veelal autochtone) artsen niet alleen bij behandelende artsen, maar ook in de spreekkamer van de verzekeringsarts. Later in deze studie wordt hieraan een aparte paragraaf gewijd (paragraaf 5.4).

Absolute versus graduele ziekterol

Tenslotte zouden allochtone WAO'ers een andere houding tegenover ziekte en werk hebben dan veel autochtone Nederlanders. Bij allochtone groepen, vooral bij Turken en Marokkanen, treedt de ziekterol veel meer op de voorgrond. Men is geneigd om in zwart-wit termen te denken over ziekte en gezondheid: je bent ziek en dan kun je 'dus' niet werken óf je bent gezond. Een gevolg van deze houding is, dat zieke Turkse en Marokkaanse werknemers een *absolute ziekterol* aannemen. Ze kunnen zich vaak niet voorstellen dat ze ondanks hun ziekte toch nog (deels) kunnen werken. Men vindt over het algemeen dat men eerst beter moet zijn alvorens men over werkhervatting wil nadenken. Dit zou ook samenhangen met bepaalde eergevoelens. Het zou voor Turken en Marokkanen in eigen kring vaak gezichtsverlies opleveren wanneer ze zich ziek melden, maar daarna toch gaan werken (Minderhoud 1993, 121). Dit alles botst echter met het ziektebegrip uit de WAO, waarin er vanuit wordt gegaan dat iemand ondanks bepaalde lichamelijke of psychische klachten zoveel mogelijk blijft werken. Men is pas arbeidsongeschikt als men door bepaalde klachten feitelijk belemmerd is om te werken. Dit alles veronderstelt een meer *graduele ziekterol*, waarbij iemand ondanks een ziekte of beperkingen toch zoveel mogelijk 'normaal' probeert te functioneren. Dit laatste zou meer aansluiten bij de wijze waarop veel autochtone Nederlanders omgaan met ziekte en gezondheid.

Deze culturele verschillen in gezondheidsbeleving en ziektegedrag vormden een centraal thema in onze gesprekken met zowel Turkse en Marokkaanse WAO'ers als met de uitvoerders van de WAO. Alle betrokken partijen refereerden voortdurend aan de verschillende wijzen waarop autochtonen en allochtonen ziekte beleven en daarmee omgaan. Beginnen we met enkele veelzeggende uitspraken van allochtone WAO'ers en van uitvoeringsfunctionarissen:

“Sowieso beleven veel allochtonen ziekten veel dramatischer dan autochtonen; alle ziekten, klein of groot, gaan met veel drama en bombarie gepaard. Dit wordt alleen maar erger naarmate men langer in de WAO zit; men leunt dan veel meer op de gezondheidszorg dan voorheen” (verzekeringsarts).

“Ik denk dat onze visies met betrekking tot haar mogelijkheden wel iets anders zijn. Zij heeft zo iets van ‘Ja, ik kan helemaal niks en dat zal wel zo blijven’. Bij veel allochtonen is het alles of niks, er zit niets tussenin. Hun beleving van ziekte is anders: ‘Ik kan niks of ik kan alles. Ik moet eerst helemaal beter zijn om weer wat te kunnen’. Daarnaast worden psychische problemen in sterke mate gesomatiseerd, nog meer dan bij autochtonen. Dat is een bekende reactie. En er wordt veel meer gemedicaliseerd, er is sprake van véél medicijngebruik. Ik vind het zeer moeilijk om een ingang te krijgen. Men ziet niet de positieve kant van werken. Werk kan helpen om de genezing te bevorderen. Dat is aan allochtonen veel moeilijker uit te leggen dan aan autochtonen” (verzekeringsarts).

“Als Turkse en Marokkaanse WAO'ers geen begrip ervaren, zullen ze hun klachten veel sterker presenteren. Dat leeft heel sterk bij deze groepen. Ze hebben heel goed gemerkt van ‘als ik klachten presenteer moet ik onder behandeling zijn van een specialist. Als ik namelijk niet bij een specialist ben geweest, ben ik niet echt ziek’. En je ziet dus heel vaak dat men ook gaat ‘shoppen’ bij

verschillende specialisten. Specialisten ervaren dat ook als een groot probleem. Ze zien daar iemand waarvan men de klachtenuiding niet helemaal goed kan plaatsen. De klachten blijven vaak erg vaag. Als er verschillende specialisten bij betrokken zijn, dan ontstaat er een diffuus beeld. Door allerlei uitspraken en behandelingen en adviezen wordt een beoordeling steeds complexer en moeilijker, terwijl dat medisch-inhoudelijk misschien heel beperkt is. Maar door al die toevoegingen, en dat zie je dus ook bij behandelaars, die doen dan bepaalde uitspraken, dan wordt de communicatie met zo iemand erg moeizaam. Die zegt dan 'er is wat gevonden, dus ben ik ziek. En als ik ziek ben hoor ik in de WAO, punt'" (verzekeringsarts, expertmeeting).

"Als men eenmaal één ziekte aan het lichaam heeft is men gelijk totalitair ziek: per definitie kan men totaal niks meer en de hele gemeenschap steunt dit. Dit type gedrag is sterk cultureel bepaald. Ook bij psychische problematiek is dit het geval: is er eenmaal iets aan de hand, dan verzandt dit in allerlei klachten. Dit gedrag is met name zichtbaar bij allochtonen die van het platteland komen. Deze culturele uiting is niet van buitenaf te doorbreken" (verzekeringsarts).

"Bij veel allochtonen is het een alles of niks. Het is niet een beetje er tussenin. De beleving is anders: 'ik kan niks' óf 'ik kan alles'. 'Ik moet helemaal beter zijn om weer wat te kunnen'. Ik vind het zeer moeilijk om uit te leggen dat er ook een positieve kant is aan werken, het kan ook helpen om de genezing te bevorderen; die ingang is vaak heel moeilijk. Dat is moeilijker om dat aan allochtonen uit te leggen dan aan autochtonen" (verzekeringsarts).

"Ik wil dan wel wat, maar je kunt zo weinig met deze mensen. Ze vinden zichzelf erg ziek en ik ben de laatste die dat in twijfel zal trekken, maar ja volgens medisch objectieve gegevens (tussen aanhalingstekens) valt het vaak erg mee. Het is dan heel moeilijk om zo iemand te motiveren. Dat werk wat ze kunnen doen is allemaal ongeschoold, zwaar werk en dat kunnen ze dus niet, gezien de beperkingen. Als iemand zelf het gevoel heeft van 'ik kan niks meer', dan heb je een probleem. Als iemand zelf zegt niks meer te kunnen, dan kun je wel van alles willen, maar dat werkt dan niet, ook niet naar werkgevers toe (...). In hun beleving zijn ze heel ziek en kunnen ze dus niks...tja dan houdt het op" (arbeidsdeskundige).

Vooraf dit laatste, de vermeende absolute ziekterol van veel Turkse en Marokkaanse zieke werknemers, werd door verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen veelvuldig genoemd als typerend voor de betreffende groepen. Als men ziek is, dan is dat ook totaal. Adviezen om gedeeltelijk weer te gaan werken stuiten daarom vaak op onbegrip (Hijmans van den Bergh 2002). De bovenbeschreven casus van mw. Zarrabi (de centrale casus in deze paragraaf) vormt hiervan een goed voorbeeld. Nadat ze enkele jaren arbeidsongeschikt is geweest, constateert de verzekeringsarts een lichte verbetering van haar fysieke conditie en slaagt de arbeidsdeskundige erin passende functies voor haar uit het FIS te halen (insiders spreken van 'fissen'). Formeel betekent dit, dat er geen sprake meer is van arbeidsongeschiktheid. Men heeft diverse functies gevonden die mw. Zarrabi gegeven haar fysieke beperkingen *in principe* nog kan vervullen. Er is daarom geen sprake van inkomensderving als gevolg van medische klachten en daarmee vervalt het recht op een WAO-uitkering. Of de betrokkene de genoemde functies werkelijk vervult (of wil vervullen), doet hierbij niet ter zake. Zelf meent mw. Zarrabi echter, dat ze nog niet *kan* werken. Bovendien meent ze zelf het beste te kunnen beoordelen of ze al dan niet in staat is om te werken.

Deze houding (kort gezegd 'te ziek om te werken') kwamen we ook bij andere Turkse en Marokkaanse respondenten tegen. Bijvoorbeeld bij mw. Furat (meer in detail beschreven in paragraaf 3.5), een andere vrouw van wie de WAO-aanvraag wordt afgewezen omdat men ondanks haar kwalen toch voldoende functies kon 'fissen'. Tegenover ons reageerde mw. Furat als volgt op deze gang van zaken:

"Ik ga in hoger beroep want ik ga pas werken als ik weer helemaal kan; als ik iets doe, doe ik dit voor 100%. Ik weet zelf wel het beste hoe ik me voel. Anderen kunnen dit niet voor mij bepalen".

Ook tijdens de groepsgesprekken met allochtone WAO'ers werd de logica van deze absolute ziekerol veelvuldig verwoord:

"Als je ziek bent, dan wil je eerst dat je gezondheid beter wordt. Pas als je genezen bent van je ziekte kun je aan het werk gaan denken. Maar zolang je ziek bent kun je niet werken" (Marokkaanse man, groepsgesprek).

"Ik kreeg drie verschillende medicijnen en werd voor 50% arbeidsongeschikt verklaard. Toch moest ik gaan werken. Hoe kan ik gaan werken als ik ziek ben? Ziek is ziek en niet gezond! Een mens moet eerst behandeld worden en gezond worden, anders heeft het geen zin" (Turkse man, groepsgesprek).

Ook in onze expertmeetings met verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen kwamen deze werkelijke of vermeende culturele verschillen in gezondheidsbeleving en ziektegedrag veelvuldig aan de orde. De deelnemers aan de expertmeetings hadden veelal ruime ervaring met allochtone WAO'ers. Bij een enkele verzekeringsarts of arbeidsdeskundige bestond de 'caseload' zelfs vrijwel geheel uit allochtonen. Turkse en Marokkaanse WAO'ers worden veelal als moeilijke groep ervaren, vooral door de vaak moeizame communicatie en de veelvuldige meningsverschillen over de aard van de ziekte en de mate waarin iemand nog in staat is om te werken. Over het algemeen is men van mening, dat het verzuimgedrag van Turkse en Marokkaanse zieke werknemers mede debet is aan de hogere WAO-instroom bij deze groepen. Doordat allochtone cliënten vaak menen dat ze 'te ziek zijn om te werken', hebben pogingen tot reïntegratie – voor zover daarvan sprake is – minder succes. Dit bestendigt het ziekteverzuim en vergroot de kans op arbeidsongeschiktheid. Onze gesprekspartners benadrukten bovendien, dat Turkse en Marokkaanse zieke werknemers vaak zeer kwetsbare categorieën zijn voor wie 'ziekte' soms het enige alternatief is.

Onze discussies met verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen leerden echter ook, dat men zeer voorzichtig moet zijn met uitspraken over (vermeende) culturele verschillen op het vlak van gezondheidsbeleving en verzuimgedrag. De vraag is namelijk steeds of deze verschijnselen kenmerkend zijn voor de betrokken allochtone groepen (Turken en Marokkanen) óf dat ze kenmerkend zijn voor alle laaggeschoolde werknemers, allochtoon óf autochtoon. Onze expliciete vraag aan verzekeringsartsen of de hier besproken verschijnselen bij laaggeschoolde Turkse en Marokkaanse WAO'ers vaker voorkomen dan bij een vergelijkbare groep autochtone WAO'ers leidde tot de volgende discussie:

"Ja, het is bij deze groepen (Turken en Marokkanen) veel meer het 'alles-of-niets-verhaal".

"Wat ik ook heel opvallend vind bij allochtonen is dat, als je een uitspraak doet, dat ze dan heel vaak zeggen 'ik zal het met mijn advocaat bespreken'. Dat hoor je bij autochtonen toch vrij zelden".

“Dat ligt misschien ook wel aan het opleidingsniveau: want beter opgeleide Nederlanders kunnen zich natuurlijk ook beter presenteren in een gesprek”.

“Ja, het is misschien wel een specifiek kenmerk, ook als je kijkt naar hetzelfde opleidingsniveau”.

“Het claimedgedrag is toch echt duidelijk anders! Het onvermogen tot iets te kunnen wordt veel duidelijker geëtaleerd; de presentatie, de...en veel meer in extenso naar voren gebracht waarbij het dus niet één klacht, maar dan wel vijftientwintig klachten zijn”.

Vraag: “Om de zaak maar zo sterk mogelijk te maken? “.

“Precies, want als ik dát niet heb, dan heb ik toch ook dat en dat en dat en dat”.

“Koppel dat aan het gedrag dat aan de omgeving wordt getoond. Want ook aan de naaste omgeving zal men zich als zodanig (als ziek) moeten presenteren. Als ze echt ziek zijn, kunnen ze niets doen”.

Uiteindelijk kwamen de deelnemers aan de expertmeetings er ook niet uit of er werkelijk sprake is van culturele verschillen in gezondheidsbeleving en ziektegedrag óf dat de hiervoor beschreven verschijnselen typerend zijn voor alle laaggeschoolde werknemers, onafhankelijk van hun herkomst.

Meer algemeen willen we hieraan toevoegen, dat men zeer voorzichtig moet zijn met uitspraken over vermeende culturele neigingen van bepaalde etnische groepen. Dergelijke uitspraken gaan al snel uit van een essentialistisch cultuurbegrip, waarbij er vanuit gegaan wordt dat er binnen etnische groepen een bepaalde culturele homogeniteit bestaat. Men veronderstelt dan bijvoorbeeld, dat bepaalde culturele patronen en manieren min of meer onveranderd vanuit het land van herkomst naar Nederland zijn overgebracht. Tegen dergelijke assumpties zijn echter diverse bezwaren in te brengen. Ten eerste veronderstelt deze gedachtegang een culturele eenheid binnen etnische groepen, die in werkelijkheid niet bestaat. Zo werd ook in onze gesprekken met uitvoeringsexperts voortdurend benadrukt, dat het hier besproken ziektegedrag alleen voorkomt bij laag opgeleide Turken en Marokkanen. Hoog opgeleide allochtonen zouden in hun ziektegedrag eerder op autochtonen lijken. Ten tweede kan men zich afvragen of het hier werkelijk gaat om gedragspatronen die in het land van herkomst min of meer gangbaar waren. Het is ook mogelijk, dat het gaat om culturele aanpassingen van allochtone groepen aan de Nederlandse situatie en het Nederlandse systeem van sociale zekerheid.

3.3 ‘Helemaal de weg kwijt’. Psychische klachten

Casus 1: Dhr. Binali*

Marokkaanse man, 31 jaar oud

Laatste ziekmelding: februari 2000

In de WAO sinds: februari 2001

Arbeidsongeschiktheidspercentage: 80-100%

Diagnose: psychische klachten

* Dit is een gefingeerde naam

Achtergrond en werk

Dhr. Binali is relatief hoog opgeleid. Hij heeft twee jaar gestudeerd en volgt momenteel een HBO-opleiding. Hij is getrouwd, zijn vrouw werkt ook. Voor zijn ziekte deed hij vrijwilligerswerk binnen de Marokkaanse gemeenschap en hij werkte sinds 2 ½ jaar als proces-operator in een fabriek. Dhr. Binali is gelukkig in zijn werk en heeft geen klachten.

Het bedrijf waar hij werkt, groeit echter enorm. De werkdruk wordt opgevoerd. Werknemers moeten langer werken, kunnen moeilijker verlof opnemen en er worden veel nieuwe medewerkers aange-steld. Dhr. Binali fungeert vanuit zijn functie als een soort tussenpersoon tussen bedrijfsleiding en de (veelal allochtone) werknemers op de werkvloer. Hij is het echter oneens met de gang van zaken: met het beleid, de communicatie met en behandeling van werknemers (veel losse contracten, geen inwerktijd), de werktijden. Hij uit zijn onvrede bij de leidinggevenden, maar die luisteren niet. Hij heeft bovendien de indruk dat autochtone werknemers in het bedrijf anders behandeld worden dan alloch-tonen (discriminatie).

De werkgever – we interviewden de personeelsfunctionaris van de fabriek – geeft echter een andere weergave van de situatie. Volgens de werkgever was dhr. Binali een veelbelovende werknemer. Re-latief goed opgeleid, hard werkend, 'een slimme jongen' (*"Hij had ideeën over hoe het efficiënter kon. Hij viel op want hij dacht na"*.) Aangezien de werkgever wel wat zag in een goede Marokkaanse lei-dinggevende werd dhr. Binali bewust gestimuleerd om op hogere posities terecht te komen. Hij kreeg een leidinggevende functie en werd bewust op een moeilijke afdeling geplaatst omdat dat hem kan-sen zou bieden om dóór te groeien. De verwachtingen kwamen echter niet uit. Het ging niet goed op de betreffende afdeling, mede omdat dhr. Binali niet optimaal functioneerde. Zo was zijn Nederlands niet perfect:

"Voldoende voor Nederlanders om hem te begrijpen. Maar hij werkte juist met andere buitenlanders die de taal ook niet perfect machtig waren en de communicatie verliep niet geweldig. Hier liep hij tegen aan. Ook waren er mensen die niet loyaal waren, en bijvoorbeeld wegbleven zonder zich af te melden. Dit kon hij niet begrijpen. Het vrat aan hem".

Dhr. Binali kon de hoge verwachtingen van de werkgever dus niet waarmaken. Hij *"..kon de slag niet maken, hij kon niet boven de materie gaan staan"*, aldus de personeelsmanager die bovendien zegt een 'enorme kater' aan de geschiedenis te hebben overgehouden.

Ziekmelding en eerste ziektejaar

In februari 2000 meldt dhr. Binali zich ziek. De klachten: pijn in het hart, zenuwachtigheid, hij kon bij-na niet meer slapen en ging veel piekeren. De werknemer wijt zijn klachten volledig aan de proble-men op zijn werk: de verslechterende werkomstandigheden in het bedrijf en het feit dat er niet naar hem wordt geluisterd. Door alle conflicten is hij overspannen geworden. De werkgever wijst echter ook op privé-problemen van dhr. Binali: zijn vader stierf en zelf had hij het moeilijk omdat hij als enige van zijn familie in Nederland verbleef. Kortom, er was sprake van *'een opeenstapeling van zaken'* waardoor dhr. Binali – volgens de werkgever – op een gegeven moment *'helemaal de weg kwijt'* was.

Vrij snel na de ziekmelding moet dhr. Binali zich melden bij de bedrijfsarts van de Arbo-dienst, die ie-dere vrijdag in de fabriek aanwezig is. De arts constateert de volgende klachten: 'vermoeidheid, slecht slapen, spanning, onrust, verlies aan interesses, lusteloosheid'. De zieke werknemer moet een maand later weer terugkomen bij de Arbo-arts, die meent dat dhr. Binali – los van de concrete proble-men op zijn werk – qua achtergrond en persoonlijkheid niet goed past binnen het huidige werk. dhr. Binali (die enige tijd een universitaire opleiding volgde) is overgekwalificeerd voor zijn werk:

“Als je kijkt naar het bedrijf: het zijn eenvoudige werkzaamheden. Qua karakter past hij niet in de organisatie. Er is veel verloop, veel jongeren, het is de onderkant van de arbeidsmarkt. Het is een vrij harde omgeving. Daar moet je tegen kunnen. De man heeft een zacht karakter, hij is gevoelig. Misschien is het iemand die niet zo veel zelfvertrouwen heeft. (...)Het werk is niet passend, hij heeft absoluut geen prikkel om terug te gaan. Dit beïnvloedt de duur van het ziek zijn”.

De Arbo-arts concludeert dan ook al snel dat terugkeer naar het oude werk in dit geval geen aanbeveling verdient:

“Vandaar dat ik in een vrij vroeg stadium heb geprobeerd hem te bewegen richting arbeidsmarkt, terugkeer naar het zelfde werk is niet verantwoord”.

Vooralsnog gebeurt er echter niets op het vlak van reïntegratie, omdat dhr. Binali onder behandeling van een psycholoog van het Riagg is. Dan begint een lange periode waarin iedereen op elkaar lijkt te wachten. De Arbo-arts wacht tot de behandeling is afgesloten, de werknemer meent dat hij eerst beter moet zijn alvorens hij naar ander werk kan zoeken, de werkgever meent dat hij de zaak uit handen heeft gegeven. Om met de laatste te beginnen. *“De werkgever is geen partij in dit verhaal, behalve dan de betalende partij”*, aldus de geïnterviewde personeelsfunctionaris. Volgens hem onderhoudt de afdelingschef namens het werk de contacten met zieke werknemers. Verder heeft de personeelsvereniging een kaartje en een bloemetje gestuurd, althans dat veronderstelt de personeelsmanager. Zelf is hij één keer op bezoek bij dhr. Binali geweest, bij de geboorte van diens dochtertje. Hij vond dat echter niet het moment om over terugkeer naar het werk te beginnen.

De Arbo-arts had een duidelijk traject voor ogen:

“Eerst kort hem uit laten rusten, toen doorgesluisd naar de psychiater. Vrij lange behandeling bij psychiater. Van daaruit begeleiding naar ander werk en een andere werkgever. Dit houdt in: advies geven over hoe hij zich kan oriënteren, bijvoorbeeld naar arbeidsbureaus, vacatures doornemen, sollicitatiebrieven schrijven, op onderdelen wellicht hulp van arbeidsbureaus inschakelen. Het was mogelijk geweest een reïntegratiebedrijf in te schakelen. Daar was toestemming voor nodig van de werkgever; deze moet namelijk de kosten betalen”.

Er wordt echter geen reïntegratiebedrijf ingeschakeld, omdat de Arbo-arts denkt dat de werkgever dat niet wil betalen. Bovendien maakte de betrokkene zelf ook geen aanstalten om het werk te hervatten: ‘De man gaf ook niet aan dat hij op dat moment iets wou’. Op onze vraag of de betrokkene voldoende heeft gedaan om werkhervatting mogelijk te maken, antwoordt de Arbo-arts:

“Het was al gauw duidelijk dat hij niet terug wilde en kon. Hij had sneller stappen kunnen ondernemen in de trant van: wat dan wél? Het probleem was dat de werknemer zichzelf op dat moment volledig arbeidsongeschikt achtte”.

De WAO-beoordeling

In oktober 2000 – acht maanden na de ziekmelding in februari – krijgt dhr. Binali de papieren voor een WAO-aanvraag thuis opgestuurd. De uvi doet echter niets voordat de werknemer de WAO-aanvraag heeft teruggestuurd. Aangezien dhr. Binali dit pas maanden later doet, waardoor hij ook nog een financiële strafkorting op zijn uitkering oploopt, vindt de WAO-beoordeling pas half januari 2001 plaats. Dhr. Binali is dan nog steeds onder behandeling van het Riagg en er is geen werk gemaakt van reïntegratie. Over de oorzaak van de problemen zijn alle betrokkenen (Arbo-arts, verzekeringsarts en dhr. Binali zelf) het wel eens. De Arbo-dienst had als reden van ziekte opgegeven: ‘uitgevallen door problemen van psychische aard’. De psychische problemen hangen op zijn minst deels samen met de arbeidssituatie. Over de mate waarin dit zo is, wordt echter nog gediscussieerd. De

verzekeringsarts besluit daarom inlichtingen in te winnen bij het Riagg, dhr. Binali krijgt tussentijds een volledige WAO-uitkering.

Enkele maanden later, in april 2001, komt het rapport van de psychiater binnen. Dhr. Binali wordt opgeroepen voor een gesprek en de verzekeringsarts stelt een belastbaarheidsprofiel op, dat vervolgens wordt doorgestuurd naar de arbeidsdeskundige. Volgens het psychiatrisch rapport heeft dhr. Binali inmiddels minder last van de klachten, maar kan hij werk beter hanteren als dat aansluit bij zijn niveau. In een gesprek tussen de werknemer, de oude werkgever en de arbeidsdeskundige wordt vastgesteld, dat dhr. Binali volledig arbeidsongeschikt is voor zijn oude werk en dat het bedrijf hem geen ander werk (buiten de productiesfeer) kan bieden. Na overleg tussen de arbeidsdeskundige en de verzekeringsarts wordt geoordeeld, dat de werknemer nog dusdanig beperkt is door psychische klachten dat hij ook niet geschikt is voor ander of minder werk.

De werkgever kan wel begrijpen dat dhr. Binali volledig arbeidsongeschikt is bevonden:

“De WAO-artsen keurden hem voor 80-100% af. Daar was bedrijfsarts het volledig mee eens. Hij heeft een jaar niet gewerkt. Zit bij het Riagg. Volgt allerlei soorten therapie. Ik moet het daar wel mee eens zijn”.

De geïnterviewde uvi-functionaris betwijfelt echter of mensen met psychische klachten wel in de WAO moeten terechtkomen:

“Psychische klachten zijn een erg vaag begrip. Mensen komen vaak in de WAO. Dan zitten ze dus al 52 weken thuis op de bank met hun psychische klachten. Ik vraag me af of dat voor iemand goed kan zijn. Er wordt wel een heel jaar salaris doorbetaald dan”.

ANALYSE

Een belangrijk aspect van het arbeidsongeschiktheidsprobleem in Nederland betreft het verschijnsel van psychische arbeidsongeschiktheid. Ongeveer één op de drie WAO-uitkeringen wordt verstrekt vanwege psychische klachten, een percentage dat overigens gedurende de jaren '90 niet verder is gestegen. Uit beschikbaar onderzoek weten we, dat het hierbij veelal niet om specifieke psychische ziektebeelden gaat. Veel psychische arbeidsongeschiktheid ontstaat uit algemene gevoelens van stress en psychisch ongenoegen. Deze psychische spanningen vinden hun oorsprong deels in problemen op het werk en deels in private zorgen. Volgens de geïnterviewde werknemers gaat het in 30 procent van de gevallen om een arbeidsconflict, bij ruim 20 procent om te hoge werkdruk en in de helft van de gevallen om problemen in de familiale of privé-sfeer. Opmerkelijk is verder dat bij psychische problemen relatief vaak sprake is van volledige arbeidsongeschiktheid (Hertogh 2001, 26 en 38-46).

In het vorige hoofdstuk zijn we nagegaan of Turkse en Marokkaanse WAO'ers vaker om psychische redenen arbeidsongeschikt zijn dan autochtonen. Het aandeel psychische arbeidsongeschikten lag het hoogst bij Turkse vrouwen, namelijk 44 procent van alle lopende WAO-uitkeringen. Tevens zagen we dat het aandeel allochtone WAO'ers met psychische problemen met name hoog lag bij de recente WAO-uitkeringen (hooguit één jaar in de WAO). Bij de Turkse vrouwen die recent een WAO-uitkering krijgen, ging het zelfs in bijna de helft van de gevallen om psychische problemen. Maar ook bij recent in de WAO ingestroomde Turkse mannen lag het aandeel psychische arbeidsongeschikten hoger dan bij autochtone mannen. Er lijkt dus sprake van een toenemend probleem van psychische arbeidsongeschiktheid bij allochtone werknemers, zowel mannen als vrouwen (vgl. hoofdstuk. 2 van deze studie).

De prominentie van psychische klachten als oorzaak van arbeidsongeschiktheid komt ook duidelijk naar voren bij de door ons onderzochte cases. Bij vier van de tien onderzochte gevallen van Turkse en Marokkaanse WAO'ers waren psychische problemen de primaire oorzaak van arbeidsongeschiktheid. Bij twee andere gevallen werd de arbeidsongeschiktheid aanvankelijk veroorzaakt door lichamelijke klachten, maar kwamen er later psychische problemen bij. In totaal gaat het dus in zes van de tien cases om psychische problemen. Opvallend is verder dat in geen van deze gevallen een eenduidige oorzaak van de psychische problemen kan worden aangegeven. Het gaat steeds om complexe situaties, waarbij spanningen op het werk én in de thuissituatie naast elkaar bestaan en elkaar versterken. We geven hier per casus een korte aanduiding van de problematiek, de betreffende gevallen worden elders in dit rapport meer in detail geschetst.

Casus 1

Dit was de centrale casus in deze paragraaf. Bij dhr. Binali zijn de psychische problemen primair ontstaan op het werk. Dhr. Binali kan de hooggespannen verwachtingen van zijn baas niet helemaal waarmaken. Daarbij voelt dhr. Binali zich in een moeilijke positie gedrongen omdat hij als Marokkaanse leidinggevende het bedrijfsbeleid, waarmee hij het zelf niet eens is, moet overbrengen op de veelal allochtone werknemers op de werkvloer. Daarnaast spelen echter ook persoonlijke factoren een rol in deze casus. Volgens de Arbo-arts past Dhr. Binali qua persoonlijkheid niet in de harde wereld van laaggeschoold werk. Als ook nog zijn vader sterft, is Dhr. Binali op zeker moment 'helemaal de weg kwijt'.

Casus 2

Dit geval (vgl. paragraaf 4.2) lijkt op dat van dhr. Binali (Casus 1). Het betreft ook hier een relatief hoogopgeleide man, die op een hogere positie wordt geplaatst maar daarna de verwachtingen niet kan waarmaken. In dit geval is bovendien duidelijk sprake van een arbeidsconflict. Volgens de werkgever heeft de betrokkene een 'volkomen inadequate instelling'. Daarnaast spelen er in deze casus allerlei private problemen, die onder de noemer 'migrantenproblematiek' geplaatst kunnen worden: de ouders van dhr. Arsalan remigreren plotseling, waarna hij voor zijn jongere broertje moet zorgen terwijl ze ook nog een hoge schuld achterlaten. Als gevolg van deze schuld dreigt dhr. Arsalan uit huis gezet te worden. Hij heeft bovendien gezondheidsklachten, zijn zus overlijdt en zijn auto wordt gestolen. Hij kan dit alles niet aan en knapt af.

Casus 4

Ook in dit geval (vgl. paragraaf 4.4) is duidelijk sprake van een arbeidsconflict met de werkgever. Dhr. Bargi wordt naar eigen zeggen achtergesteld bij autochtone collega's en wanneer hij de vakbond inschakelt, wordt hij door zijn baas nog sterker onder druk gezet. De baas ontkent dit alles overigens. Daarnaast spelen er ook in deze casus allerlei privé-problemen, die met zijn positie als migrant te maken hebben. Dhr. Bargi leeft eerst gescheiden van zijn gezin dat in Turkije verblijft. Hij heeft hier een andere relatie die echter op niets uitloopt. Daarna hertrouwt hij zijn vrouw en laat hij zijn gezin naar Nederland komen. Ze hebben echter geen vaste verblijfsvergunning, waardoor dhr. Bargi zich nog verder onder druk gezet voelt. Hij durft het conflict met zijn baas niet aan uit angst ontslagen te worden en daardoor zijn verblijfsvergunning mis te lopen. Op dit alles knapt hij uiteindelijk af.

Casus 9

Zij (vgl. paragraaf 5.5) deed laaggeschoold werk, maar ze had promotie gemaakt en had plezier in haar baan. Bij haar liggen de problemen uitsluitend in de privé-sfeer: haar ouders remigreren onverwachts, haar zus overlijdt en zelf scheidt ze van haar man. Na haar scheiding moet ze als alleenstaande moeder door het leven, hetgeen in haar cultuur weinig geaccepteerd is. Na dit alles krijgt ze

allerlei fysieke klachten, waarvan ze pas later begrijpt dat die psychische oorzaken hebben. Ze is nu drie jaar ziek, maar door fouten van de uvi is er nooit iets gedaan aan reïntegratie.

Bij de bovenstaande gevallen waren psychische problemen de primaire oorzaak van arbeidsongeschiktheid. In twee gevallen ontstonden op een gegeven moment psychische problemen naast de oorspronkelijke fysieke klachten.

Casus 6

Zij (vgl. paragraaf 5.3) werkte al jaren als kamermeisje bij een groot Amsterdams hotel. Eerder was ze wegens rugklachten uitgevallen, maar in haar geval was (althans in eerste instantie) sprake van een succesvolle reïntegratie bij haar oude werkgever. Er wordt speciaal voor haar een nieuwe functie gecreëerd met lichte werkzaamheden. De rugklachten blijven echter, waardoor ze (volgens haar werkgever) steeds somberder wordt. Bovendien vindt er een scheiding plaats, waarna ook zij als alleenstaande moeder verder moet. Door de blijvende fysieke klachten en haar private problemen ontstaan er ook psychische klachten en valt ze opnieuw uit. Na een lange procedure krijgt ze echter niet opnieuw een WAO-uitkering.

Casus 10

Ook haar WAO-aanvraag wordt afgewezen (vgl. paragraaf 3.5). Deze casus is overigens een vrij onduidelijke aaneenschakeling van gebeurtenissen, die we niet helemaal konden ontwarren. Volgens de betrokkene meldt ze zich ziek de dag nadat in haar vaderland (Turkije) een hevige aardbeving plaatsvindt. Naar eigen zeggen wordt ze zwaar depressief. Tussentijds krijgt ze een kind en verhuist ze bovendien naar een andere stad. Omdat ze nu te ver van haar werk afwoont, neemt ze zelf ontslag. Ze wil echter wel een WAO-uitkering. Bij de WAO-beoordeling worden haar psychische problemen echter niet erkend. Volgens de verzekeringsarts is hooguit sprake van spanningen die zijn ontstaan omdat haar man niet wil dat ze gaat werken. Dit is in zijn ogen geen reden om iemand arbeidsongeschikt te verklaren. Hetzelfde geldt voor haar astmatische klachten. Haar WAO-aanvraag wordt afgewezen.

Drie dingen vallen op bij deze casuïstiek. Ten eerste is er een duidelijk verschil in de verhalen van mannen en van vrouwen die om psychische redenen arbeidsongeschikt zijn geworden. Bij de mannen is er in alle gevallen sprake van een combinatie van privé-problemen en conflicten op het werk. De betrokken allochtone werknemers voelen zich om uiteenlopende redenen door hun werkgever onder druk gezet, hetgeen zij zelf al snel in termen van discriminatie interpreteren.² In hoeverre er werkelijk sprake was van discriminatie of ongelijke behandeling kan op grond van ons materiaal niet worden vastgesteld. Duidelijk is echter wel, dat alleen al het gevoel gediscrimineerd te worden stress en psychische problemen kan veroorzaken c.q. versterken. Bij de vrouwen hangen de psychische problemen vooral samen met gebeurtenissen op het vlak van gezinsvorming (traditionele rolpatronen, zwangerschap, kinderen krijgen, scheiding) en alle culturele conflicten die omtrent. In paragraaf 3.5 wordt hierop nader ingegaan.

Ten tweede valt op dat deze problemen zich niet alleen bij laaggeschoolden voordoen. Bij twee van de drie mannelijke psychische arbeidsongeschikten ging het juist om relatief hoogopgeleide allochtone werknemers, die door hun werkgevers op een hogere positie in het bedrijf werden geplaatst. Als zij de gerezen verwachtingen niet kunnen waarmaken, ontstaan echter ook hier spanningen en problemen.

Ten derde valt op, dat bij al deze 'psychische gevallen' weinig of niets aan reïntegratie wordt gedaan. Dit bleek heel duidelijk bij de hier beschreven casus. Alle betrokkenen lijken steeds op elkaar te wachten. Eerst gebeurt er helemaal niets met dhr. Binali. Vervolgens wordt hij doorverwezen voor behandeling bij het Riagg. De Arbo-arts wil daarna wel iets aan reïntegratie

doen, maar wil eerst de afloop van de psychiatrische behandeling afwachten en dat duurt lang. De Arbo-arts is verder van mening, dat dhr. Binali beter niet naar het eigen bedrijf kan terugkeren. Gedurende het eerste ziektejaar onderneemt hij echter geen stappen in de richting van reïntegratie elders, omdat dhr. Binali nog niet in de WAO zit en bovendien zelf niet aan (ander) werk wil denken. Na afloop van het eerste ziektejaar wachten alle betrokkenen nog enkele maanden op het psychiatrisch rapport. Als dhr. Binali op basis daarvan volledig arbeidsongeschikt wordt bevonden, wordt over werkhervatting helemaal niet meer gesproken. Men kan zich echter (met de geïnterviewde uvi-functionaris) afvragen of het wel zo zinnig is dat mensen zo lang *‘thuis op de bank zitten met hun psychische klachten’*. Trage reïntegratie of zelfs ontbrekende reïntegratieactiviteiten in geval van psychische arbeidsongeschiktheid is overigens niet specifiek voor allochtonen. Het eerder geciteerde onderzoek van Hertogh (2001) laat zien dat dit meestal het geval is, bij autochtonen én allochtonen. Psychische problemen, thuis of op het werk, impliceren op deze wijze bijna automatisch (zoals de titel van het rapport aangeeft) een ‘enkelte WAO’.³

Er lijkt overigens een opvallende tegenspraak tussen enerzijds het hoge aandeel Turkse en Marokkaanse psychisch arbeidsongeschikten en anderzijds de veelgehoorde stelling, dat psychische klachten bij deze groepen vaak niet erkend en daardoor gesomatiseerd worden (zie vorige paragraaf). Mogelijk worden de klachten van Turkse en Marokkaanse WAO'ers door verzekeringsartsen als ‘psychisch’ gelabeld, zonder dat de betrokkenen dat zelf zo ervaren. Tijdens onze groeps gesprekken met Turkse en Marokkaanse WAO'ers vroegen wij expliciet of zij psychische klachten als reden voor ziekteverzuim zagen. Dit leverde de volgende reacties op:

“Veel Turkse en Marokkaanse mannen hebben spanningen en maken zich zorgen. Ze zijn werkloos, ze hebben problemen met de kinderen. Ze hebben dus psychosomatische klachten, maar ze zeggen alleen ‘ik heb hoofdpijn’. Hun echte problemen worden dus niet behandeld. Ze kunnen ook niet vertellen welke problemen er spelen, ze zijn in de war. Vervolgens zegt de controlearts van de uvi: ‘Je hebt niets, maar je wilt niet werken’. Turken en Marokkanen noemen vaak alleen lichamelijke klachten. Ze hebben andere problemen, maar kunnen daarover niet praten” (Turkse hulpverlener, zelf gedeeltelijk arbeidsongeschikt).

“Marokkanen durven er niet voor uit te komen dat ze psychisch ziek zijn. Mensen worden beïnvloed door degenen met wie ze omgaan, en de omstandigheden waarin ze leven. Dit versterkt de psychische ziekte. Als je naar de huisarts gaat, voel je geen medeleven en respect. Hij zegt: ‘Je mist zeker de zon in je eigen land”” (Marokkaanse vrouw, groeps gesprek).

“Men durft er niet voor uit te komen dat ze psychisch ziek zijn. Je krijgt hier geen tijd en respect bij de dokter. Dit is in Marokko anders” (Marokkaanse vrouw, groeps gesprek).

“Artsen kunnen niet goed omgaan met Marokkanen die psychische problemen hebben. Zij moeten eerst een vertrouwensrelatie met zulke mensen opbouwen en voldoende tijd aan hen besteden. Dat is vaak niet het geval. De artsen vragen wat je klachten zijn en schrijven dan snel een recept op. Ze kijken je niet eens aan, laat staan dat ze je tijd geven om over je klachten te praten” (Marokkaanse man, groeps gesprek).

“De artsen geloven niet dat wij psychische problemen hebben. Ze geven alleen maar slaappillen of verdovende medicijnen” (Turkse man, groepsgesprek).

Opmerkelijk is, dat veel deelnemers aan de groepsgesprekken meenden dat hun psychische klachten juist door het Nederlandse medische systeem niet als zodanig worden (h)erkend. Daarnaast noemden met name de Turkse groepen kwesties van trots en schaamte:

“Niemand zal snel over zijn psychische problemen beginnen. Zelfs al merk je dat je beste vriend psychische problemen heeft, durf je hierover niets tegen hem te zeggen” (Turkse man, groepsgesprek).

“Wij kunnen door onze cultuur niet uitkomen voor psychische problemen, omdat wij niet als gek gebrandmerkt willen worden. Door trots kunnen Turken niet aan de arts zeggen dat ze psychische problemen hebben. Als iemand naar het Ri-agg gaat, wordt meteen gezegd dat hij gek is” (Turkse man, groepsgesprek).

“99 procent van ons zit in een geestelijke crisis. De oorzaken hiervan zijn de behandeling als tweede klas mens, discriminatie en onderdrukking” (Turkse man, groepsgesprek).

3.4 Migrantenbestaan

Casus 5: Dhr. Ercan Camal*

Turkse man, 47 jaar oud

Laatste ziekmelding: augustus 1997

In de WAO sinds: augustus 1998

Arbeidsongeschiktheidspercentage: 80-100%

Diagnose: (zware) diabetes

Achtergrond en werk

Dhr. Ercan Camal werkt al sinds 1985 als vrachtwagenchauffeur voor een internationaal transportbedrijf. Hij is getrouwd, heeft vier kinderen, maar zijn gezin woont in Turkije. Hij heeft een vast dienstverband, werkt fulltime en soms zelfs meer. Ondanks de soms lange werkdagen als chauffeur heeft hij plezier in zijn werk. Het geeft hem een goed gevoel om geld naar zijn vrouw en kinderen in Turkije te kunnen sturen. Het transportbedrijf heeft veel Turkse chauffeurs in dienst. Aanvankelijk reed het bedrijf veel op bestemmingen in het Midden-Oosten. De Turkse chauffeurs, waarvan velen hun gezin nog in Turkije hadden wonen, konden onderweg bij hun familie langs. Toen het vervoer naar landen als Iran en Irak stilviel, is het bedrijf echter meer op Oost-Europa gaan rijden. Inmiddels is een uitzonderlijk hoog aantal Turkse chauffeurs in de WAO terechtgekomen, volgens de directeur van het bedrijf de afgelopen jaren bijna vijftig. Alleen al in 2000 kregen maar liefst negen Turkse chauffeurs een WAO-uitkering. De broer van dhr. Ercan Camal werkte bij hetzelfde transportbedrijf. Hij zit ook in de WAO, met precies dezelfde problemen: diabetespatiënt en hartproblemen. Het bedrijf heeft ook Nederlandse chauffeurs in dienst, waarvan vrijwel niemand arbeidsongeschikt is geworden.

Ziekmelding en eerste ziektejaar

Dhr. Ercan Camal was in 1997 met zijn vrachtwagen onderweg in Frankrijk. Hij wordt echter ziek en komt in het ziekenhuis terecht. Men ontdekt dat hij diabetespatiënt is en ernstig ziek is. Kort daarna wordt hij ook wegens hartproblemen geopereerd. Zijn ziekte heeft allerlei bijwerkingen. Dhr. Ercan

* Dit is een gefingeerde naam

Camal heeft last van zijn hart, heeft oog- en oorproblemen, gebruikt veel medicijnen, waardoor hij moe en vergeetachtig is, hij transpireert veel en heeft ademhalingsproblemen. Vanwege zijn diabetes moet dhr. Ercan Camal zich dagelijks injecteren. Omdat zijn gezin in Turkije woont, stond hij er tijdens zijn ziekte steeds alleen voor en heeft hij zichzelf naar eigen zeggen een beetje verwaarloosd.

De ziekmelding van dhr. Ercan Camal heeft dus een duidelijk medische achtergrond. Opmerkelijk is echter dat zowel de werknemer als zijn werkgever allerlei *andere* verhalen vertellen, die op een niet-fysieke achtergronden van de ziekte wijzen. Zo is de ziekte volgens de betrokkene zelf achteraf gezien volledig veroorzaakt door zijn werk. Hij moest veel overwerken en dit werd hem fataal. Ook het feit dat zijn werkgever hem niet begreep, vond hij vervelend. Als zijn werkgever hem vaker naar Turkije had gestuurd, in plaats van naar Rusland, en hij zijn familie had kunnen zien, had zijn ziekte misschien voorkomen kunnen worden. Ook volgens de werkgever waren er, behalve zijn ziekte, meer problemen met dhr. Ercan Camal. Hij functioneerde de laatste jaren al niet goed:

“Hij deed zijn werk niet goed, was te traag, slordig, was opeens een echte Turk: Niks meer verstaan, niks meer begrijpen. Hij was met andere dingen bezig dan zijn werk. En die andere dingen waren in zijn geval gericht op zijn vestiging in Nederland”.

Volgens de werkgever heeft zijn bedrijf ook mogelijkheden tot lichter werk, bijvoorbeeld in de eigen garage van het bedrijf. In geval van dhr. Ercan Camal lukte dit echter niet.

“Er zijn ook andere mogelijkheden in ons bedrijf, maar alleen als iemand wil. Voor mensen die niet willen, daar zijn geen mogelijkheden voor. Deze mensen willen echt niet!!! Deze meneer had zelf besloten dat-ie in de WAO ging, dat heeft hij ook te kennen gegeven. Hij wilde niet meer. (...)Er zijn ook geen werkzaamheden op hetzelfde niveau. Hij kan niet monteren, hij kan niet lang lopen. Hij kan niet op een heftruck zitten want dat wil hij niet. Auto's wassen dat willen ze ook niet, want dat is beneden hun waardigheid. (...)Als het een Nederlander was geweest was hij gewoon arbeidsgeschiedt gebleven. (...)Hele volksstammen met suikerziekte blijven volledig werken; dat is geen reden om de WAO in te gaan, want je kunt er lichamelijk best wel iets aan doen”.

Aangezien het transportbedrijf veel last heeft van ziekteverzuim, heeft men een duur contract met een Arbo-dienst afgesloten dat in een vrij intensieve begeleiding van zieke werknemers voorziet. Ruim een week na de ziekmelding wordt de Arbo-arts ingeschakeld en zieke werknemers worden iedere maand opgeroepen voor een gesprek bij de Arbo-dienst. In overleg met de Arbo-dienst werd ook geprobeerd of dhr. Ercan Camal tijdens zijn ziekte halve dagen in de garage kon werken. Volgens de betrokkene werd dit hem echter al snel teveel. Het was hem te zwaar, hij was snel moe, sliep veel en kon niet goed meer lopen. De Arbo-dienst had in eerste instantie twijfels over de ziekmelding van dhr. Ercan Camal. De betrokkene vroeg echter bij de uvi een *second opinion* aan en werd – tot woede van de werkgever – in het gelijk gesteld:

“De Arbo-dienst heeft nul zeggenschap. Dat is altijd zo. Wanneer een arts van een Arbo-dienst iemand gezond of gedeeltelijk gezond verklaart, dan gaat de zieke over het algemeen naar de uvi voor een second opinion. Wij hebben nou in één jaar al achttien keer een second opinion gehad en in alle gevallen besloot de Uvi dat iemand volledig ziek is!!! En ik moet daarvoor betalen!!!”.

De geïnterviewde uvi-functionaris bestrijdt echter deze weergave van de situatie door de werkgever. We spraken bij de uvi (Gak) met een leidinggevende van de verzekeringsartsen, omdat de direct betrokken verzekeringsarts inmiddels elders werkt. Volgens de uvi-functionaris was echter op grond van de diagnose volstrekt duidelijk dat van werkhervatting geen sprake kon zijn. De betrokkene

„had in eerste instantie al een aandoening die per definitie tot volledige arbeidsongeschiktheid zou leiden: suikerziekte, maar dan een extreme vorm daarvan, want hij moest spuiten. Van begin af aan was al duidelijk dat hij zijn werk als vrachtwagenchauffeur niet meer kon doen”.

Volgens de uvi-functionaris was de nieuwe Arbo-arts bij het transportbedrijf er ‘strak tegenaan gegaan’ waardoor veel zieke werknemers ten onrechte als ‘niet ziek’ werden beschouwd. Het

„komt vaak voor dat bedrijfsartsen iemand niet volledig ziek verklaren om aan het bedrijf tegemoet te komen. Deze werknemers komen dan bij het Gak een second opinion vragen en dan blijken ze wel volledig arbeidsongeschikt te zijn”.

De WAO-beoordeling

In juni 1998 vindt de WAO-beoordeling plaats, waarbij dhr. Ercan Camal vanwege zware diabetes volledig arbeidsongeschikt wordt bevonden. Volgens de uvi-functionaris was de WAO-beoordeling een ‘puur medische handeling’, een arbeidsdeskundige is er niet aan te pas gekomen. De herbeoordeling van dhr. Ercan Camal (na één jaar WAO) heeft de geïnterviewde verzekeringsarts zelf gedaan. De herbeoordeling werd op basis van het voorliggende dossier schriftelijk afgehandeld. Volgens de verzekeringsarts weet hij uit ervaring wel welke mensen wel of niet in de WAO moeten blijven. Als de situatie, zoals bij dhr. Ercan Camal, niet verbeterd is, is het niet nodig om iemand te zien. Op onze vraag of de mate van arbeidsongeschiktheid in het geval van dhr. Ercan Camal in de toekomst nog zal veranderen, antwoordt de verzekeringsarts:

“Dhr. Ercan Camal heeft suikerziekte en moet veel spuiten. Veel allochtonen ervaren dit als een grote belasting. Sowieso beleven veel allochtonen ziekten veel dramatischer dan autochtonen; alle ziekten, klein of groot, gaan met veel drama en bombarie gepaard. Dit wordt alleen maar erger naarmate men langer in de WAO zit. Als men eenmaal één ziekte aan het lichaam heeft is men gelijk totaal ziek: men kan per definitie totaal niks meer en de hele gemeenschap steunt dit. Dit type gedrag is sterk cultureel bepaald. Ook bij psychische problematiek is dit het geval: is er eenmaal iets aan de hand, dan verzandt dit in allerlei klachten. Dit gedrag is met name zichtbaar bij allochtonen die van het Turkse of Marokkaanse platteland komen. Deze culturele uiting is niet van buitenaf te doorbreken”.

Ook de werknemer is pessimistisch over de kansen op werkhervatting. Hij heeft momenteel nog veel last van de diabetes en van alle bijwerkingen. Hij denkt zelfs op niet al te lange termijn te zullen sterven en heeft daarom een levensverzekering afgesloten om zijn gezin in Turkije te redden. Aan de andere kant zegt hij heel bang te zijn voor de volgende herkeuring die in 2003 zal plaats vinden. In de toekomst zou hij graag opnieuw betaald werk verrichten, want hij wordt gek van het stilzitten. Dit is echter alleen mogelijk als er een wonder gebeurt. Hij doet nu al zijn best voor zijn toekomst. Hij gaat naar school om Nederlands te leren en geeft de moed niet op.

De werkgever heeft inmiddels de handen volledig van dhr. Ercan Camal afgetrokken. In juni 1999, bijna twee jaar na de laatste ziekmelding van dhr. Ercan Camal, is de ontslagaanvraag ingediend. Eind augustus kreeg men toestemming voor het ontslag en vanaf januari 2000 is dhr. Ercan Camal feitelijk niet meer in dienst van het bedrijf. Los van het geval van dhr. Ercan Camal toont de werkgever zich zeer verontwaardigd over zijn vele Turkse werknemers, die – naar zijn idee ten onrechte – in de WAO zijn terechtgekomen:

“Zij (Turkse werknemers) besluiten doodgewoon dat ze in de WAO gaan. Ik heb er hier één gehad, hij kwam het mij gewoon vertellen. Hij zegt: ‘Ik hoef er geen ruzie om te maken, ik ga nu de ziekte wet in, ik ga in de WAO, ik stop ermee want ik heb er recht op’. Ik zei tegen hem: ‘Ja, maar je mankeert toch niets’. Hij zei dat het hem niks interesseerde en verzon dat hij mentale problemen had, dat-ie tussen twee culturen stond. Hij had zijn vrouw en kinderen over laten komen en ging niet meer werken. Ik

ben nog een paar keer bij hem thuis geweest. Vervolgens startte hij in Eindhoven een Turks restaurant. Dat ging op naam van zijn zoon want die moest ook nog iets doen. Hij kreeg een uitkering als startkapitaal”.

“Ze vechten alles aan. Ze gaan naar allerlei advocaten van onvermogen en dan komen ze in dat sociale systeem van Turken waarbij iedereen die thuis zit hen ook nog advies geeft. Dat is met deze man (dhr. Ercan Camal) en zijn broer ook gebeurd. Ze hebben een vermogen betaald, ze hebben dus echt hun WAO gekocht! Daar hebben ze voor betaald en daar hadden ze dus recht op”.

“Het hele probleem ligt niet bij de allochtonen, het ligt aan Nederland. We hebben hier een behandeling waarbij een Turk zich doodgewoon ziek meldt en de Nederlander denkt ‘daar is toch niks meer aan te doen, laat maar gaan’. Een Nederlander zal veel sneller gereïntegreerd worden. Dat is ook de mentaliteit. Dit heeft ook te maken met de mentaliteit van die mensen”.

ANALYSE

Een mogelijke verklaring voor de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO is ook, dat de migrantenstatus van deze groepen op zich gezondheidsproblemen en daarmee een hogere kans op arbeidsongeschiktheid met zich meebrengt. In de literatuur worden diverse factoren genoemd die hierbij een rol kunnen spelen: de verandering van de fysieke omgeving waarin men leeft (klimaat, andere voeding), migratie op zich als bron van stress bijvoorbeeld doordat men gescheiden leeft van of zich zorgen maakt over vrienden en familie in het land van herkomst en tenslotte de specifieke problematiek van vluchtelingen en asielzoekers (soms traumatische geweldservaringen in het land van herkomst, de langdurige asielprocedure, enz.) (Berry 1992; Stronks et al. 1999). Dit laatste kan bij de hier onderzochte groepen vooral bij de Turken een rol spelen; er is een aanzienlijke groep Turkse asielmigranten in Nederland (met name Turkse Koerden, maar ook dienstweigeraars en andere politiek vervolgd).

Meer algemeen kan gesteld worden, dat internationale migratie vaak een ingrijpende gebeurtenis is in het leven van de betrokkenen. Van de migrant wordt gevraagd zich in korte tijd aan te passen aan een volstrekt nieuwe omgeving, terwijl de hem of haar bekende culturele referentiekaders vaak niet meer van toepassing zijn. Dit zet het aanpassingsproces onder druk en kan leiden tot stress. Gesproken wordt wel van ‘acculturatiestress’ (Berry 1992). Migratie doet dus een beroep op het aanpassingsvermogen (coping) van individuele personen. Vooral oudere Turkse en Marokkaanse migranten, die bovendien geconfronteerd worden met problemen van hun kinderen, valt het vaak zwaar om hiermee om te gaan. Bovendien kunnen ze vaak niet de hulpbronnen (zoals sociale steun) mobiliseren waarmee men deze stress het hoofd kan bieden. Deze combinatie van factoren leidt tot een zekere extra kwetsbaarheid voor psychische problemen, met name bij de eerste generatie Turkse of Marokkaanse migranten (Graafsma en Tijken 1987; Hijmans van den Bergh 2001)

In de bovenstaande casus speelde de migrantenstatus van dhr. Ercan Camal in zoverre een rol in het verhaal, dat hij gescheiden van zijn nog in Turkije verblijvende vrouw en gezin leefde. Hierdoor ontbrak het hem aan sociale steun die noodzakelijk is om goed door een periode van ziekte heen te komen. Anderzijds veroorzaakte zijn moeilijke gezinssituatie extra stress omdat hij erover dacht om zijn vrouw en gezin naar Nederland te laten overkomen. Het probleem was echter dat dit juist door zijn ziekte niet mogelijk was. Als voorwaarde voor gezinshereniging geldt immers, dat de in Nederland verblijvende partner betaald werk verricht en niet afhankelijk is van een uitkering. Dit zijn allemaal extra complicerende factoren, die specifiek zijn voor migranten en voor autochtonen (of voor al lang in Nederland verblijvende allochtonen) niet of in veel mindere mate spelen.

Ook in de expertmeetings kwamen de kwetsbare kanten van het migrantenbestaan aan de orde. Een combinatie van zich ondergewaardeerd of zelfs gediscrimineerd voelen in het werk en groeiende spanningen, bijvoorbeeld met opgroeiende kinderen, kan op den duur teveel worden:

“Ik denk dat het copinggedrag van deze mensen dusdanig is, adequaat kenmerkend, dat ze met ziekmelden hun eigen problemen kunnen oplossen. Ik denk dat wij niet gewend zijn de vertaalslag goed te begrijpen. Ik denk dat wij dat naar onze ziektebegrippen vertalen, terwijl deze mensen in Marokko of Turkije misschien gewoon zouden kunnen functioneren. Alleen, wij hebben de middelen niet om dat te demedicaliseren” (verzekeringsarts).

“We zijn in een situatie terechtgekomen waarbij ook discriminerende factoren een rol kunnen spelen. Dat kunnen ze een tijd aan en na een tijdje begeeft dat systeem van ‘het aankunnen’ het. Bij mannen speelt dat een rol: die voelen zich gediscrimineerd en dat kan vaak tot een sluimerend gevoel van verzet leiden. Wat doe je met dat gevoel als er meer druk bijkomt, misschien van de omgeving, misschien van kinderen of van meer wensen van de kinderen, dan ga je op een gegeven moment de enige uitweg nemen die je op dat moment hebt en dat is je ziek melden” (verzekeringsarts).

Het verhaal van dhr. Ercan Camal bevat nog een element dat aandacht verdient, namelijk het feit dat zijn broer met ongeveer dezelfde klachten eveneens in de WAO zit. In politieke debatten wordt wel gesuggereerd, dat er met name bij allochtone groepen een ‘WAO-cultuurtje’ zou zijn ontstaan waarin het leven van een WAO-uitkering als min of meer normaal patroon zou gelden.⁴ Tegen deze achtergrond vroegen wij onze respondenten of zij binnen hun directe omgeving nog andere WAO’ers kennen. Dit bleek inderdaad vaak het geval. Slechts vier van de tien respondenten kenden geen andere WAO’ers in hun directe omgeving. Zes respondenten hadden een direct familielid dat eveneens in de WAO zit. Dhr. Binali (casus 1) heeft een broer die wegens epilepsie in de WAO zit. Dhr. Arsalan (casus 2) heeft twee zussen in de WAO (waaronder Mw. Arsalan in casus 9), net als hijzelf met psychische klachten. Dhr. Ercan Camal, de centrale casus in deze paragraaf, heeft zoals gezegd een broer in de WAO (met gelijke klachten). Toen Mw. Boussaid (casus 6) ziek werd, had haar echtgenoot ook een WAO-uitkering. Inmiddels zijn ze echter gescheiden. Mw. Zarrabi (casus 8) heeft twee zussen in Nederland, beiden hebben ze een WAO-uitkering. Mw. Arsalan (casus 9) heeft tenslotte een zus en een broer (dhr. Arsalan in casus 2) in de WAO. Meer dan de helft van de respondenten heeft of had dus minstens één direct familielid (partner, broer of zus) dat eveneens in de WAO zit. In drie gevallen waren er zelfs meerdere broers of zussen met een WAO-uitkering. Toch kan men op basis van dit gegeven niet concluderen, dat er in de betreffende allochtone groepen sprake is van een ‘WAO-cultuurtje’. Ten eerste veronderstelt dit, dat de betrokkenen het wel best vinden, en dat was vaak niet het geval. Ten tweede weten we niet of het leven van een WAO-uitkering in een vergelijkbare groep laaggeschoolde autochtonen niet net zo’n alledaags verschijnsel is als bij onze respondenten.

3.5 Allochtone vrouwen tussen twee culturen

Casus 10: Mw. Furat*

Turkse vrouw, 32 jaar oud

Laatste ziekmelding: 19 augustus 1999

Arbeidsongeschiktheidspercentage: <15%

Diagnose: astmatische klachten, psychische klachten

Achtergrond en werk

Mw. Furat werkt als schoonmaakster voor twee verschillende bazen. In de ochtend werkt ze enkele uren bij een schoonmaakbedrijf waar ze geen vast contract heeft, in de avond werkt ze twee uur in vaste dienst voor een groter schoonmaakbedrijf. Ze heeft plezier in haar werk en houdt van schoonmaken, omdat je snel resultaat ziet. Zelf heeft ze nooit klachten of problemen, de werkgever is tevreden over haar. Op 18 augustus 1999 vindt echter in Turkije een hevige aardbeving plaats. Ook de geboortestad van mw. Furat wordt getroffen, haar moeder wordt na de aardbeving vermist. Drie dagen lang verneemt men niets van haar, daarna wordt ze – gelukkig nog levend – gevonden. Mw. Furat krijgt door dit alles echter een enorme psychische klap. Op 19 augustus 1999, een dag na de aardbeving, meldt ze zich ziek. Naar eigen zeggen, komen na de aardbeving ook allerlei problemen van vroeger bij haar boven. Ze krijgt nachtmerries en enorme angsten, en kan niet meer slapen. Ze wordt doorverwezen naar het Riagg, maar na twee keer besluit ze dat het niet baat. Ze slijkt antidepressiva, heeft veel last van hoofdpijn en maakt zich om de kleinste dingen druk. Ze krijgt er bovendien nog astma bij.

Ziekmelding en eerste ziektejaar

De precieze reden voor de ziekmelding is niet geheel duidelijk: volgens haarzelf waren het de psychische spanningen, volgens de werkgever – we spraken de bedrijfsleidster van het schoonmaakbedrijf waar ze in vaste dienst werkte – had ze last van haar rug. Mw. Furat wordt aangemeld bij de Arbo-dienst en heeft contact met een Arbo-arts. Over de inhoud van dit contact weten we echter niets. Dan verandert er echter van alles met mw. Furat. In de eerste plaats wordt ze zwanger en tegen het einde van haar ziekteperiode gaat ze met zwangerschapsverlof. Concreet betekent dit dat mw. Furat terecht komt in de vangnetzietewet en daarmee rechtstreeks onder de uvi valt.

Een tweede complicatie is, dat mw. Furat tijdens het eerste ziektejaar verhuist naar een andere stad. Dit heeft meerdere gevolgen. Volgens de bedrijfsleidster had ze de eerste weken na de ziekmelding nog geregeld contact met mw. Furat, maar na de verhuizing verminderde dat snel omdat het te ver weg was. Er is nog wel enig telefonisch contact. De werkgever heeft mw. Furat geen ander werk aangeboden, want dat is in de schoonmaakbranche niet beschikbaar. Men heeft haar ook niet aangeboden minder te werken, want ze werkte maar twee uur per dag. Daarbij kwam nog, dat mw. Furat na haar verhuizing zo lang zou moeten reizen dat het niet zou lonen om twee uur te werken. De bedrijfsleidster vertelt nog, dat ze wel geprobeerd heeft om mw. Furat bij een lokale vestiging van het schoonmaakbedrijf in haar nieuwe woonplaats onder te brengen. Dat bleek echter niet mogelijk. Het eind van het liedje was, dat mw. Furat na haar verhuizing zelf besluit om ontslag te nemen. De werkgever:

“Ze heeft zelf in T. ontslag getekend omdat daar geen werk was en hier Dat was te ver”.

De betrokkene vertelt overigens een heel ander verhaal. Ze vertelt dat ze in haar nieuwe woonplaats nog een personeelsadvertentie van het schoonmaakbedrijf heeft gezien. Ze hebben dus wel mensen

* Dit is een gefingeerde naam

nodig. De bedrijfsleidster heeft haar niet de waarheid verteld, dat vindt ze heel erg. Bovendien houdt ze vol dat ze niet zelf ontslag heeft genomen, maar ontslagen is. Ze heeft schriftelijk te horen gekregen dat ze ontslagen is; dit vindt ze zeer onpersoonlijk en het valt haar 'vies tegen'. Dit laatste hebben we overigens proberen te checken bij de uvi. Volgens de geïnterviewde uvi-functionarissen bevat het dossier geen aanwijzing dat mw. Furat ontslagen is. In geval van ontslag zou toestemming moeten zijn verleend door het arbeidsbureau, die weer advies aan de uvi zou moeten hebben gevraagd. Dit alles is niet gebeurd. Bovendien gold de wettelijke ontslagbescherming nog. We spraken de betrokkene vóór 19 augustus 2001, dat wil zeggen minder dan twee jaar na haar laatste ziekmelding.

De WAO-beoordeling

In augustus 2000, een jaar na de ziekmelding, vindt het medisch deel van de WAO-beoordeling plaats. Mw. Furat is op dat moment met zwangerschapsverlof. Volgens onze zegslieden bij de uvi (we spraken overigens niet met de verantwoordelijke verzekeringsarts of arbeidsdeskundige omdat mw. Furat door haar verhuizing inmiddels onder een andere vestiging van de betreffende uvi [Candans] viel) was al vrij snel duidelijk, dat mw. Furat niet in aanmerking voor een WAO-uitkering zou komen:

“Ze is voor minder dan 15% arbeidsongeschikt verklaard. Hier is geen verandering in gekomen; tot op heden krijgt ze geen WAO-uitkering. De verzekeringsarts vond dat de vrouw tijdens de keuring een bezorgde en vermoeide indruk maakte. Hij beschouwt haar probleem als een assimilatieprobleem met de familie en in haar huwelijk omdat de vrouw meer op integratie is gericht dan haar man en familie. Dit alles heeft tot een premature bevalling geleid. De vrouw had psychische klachten. (...)De vrouw stond chronisch onder druk. Zolang de familie- en gezinsproblemen niet wijzigen, zullen haar problemen niet veranderen. Door haar familie wordt ze in een bepaalde vrouwenrol gedrukt. Haar herstelgedrag is goed, maar ze zit gevangen in haar rol als moeder met meer wens tot assimilatie dan haar eigen omgeving haar toestaat. Er zijn geen life-events geweest die van invloed op haar situatie zijn geweest”.

Volgens de uvi-functionarissen was er geen contact met de huisarts van mw. Furat of met andere specialisten (in casu het Riagg):

“Hier was geen reden voor. De vrouw heeft benauwdheidsklachten vanwege een allergische aanleg. Daarnaast worden psychische beperkingen aangegeven die, denk ik, vooral te maken hebben met rolpatronen en culturele achtergronden. Dit hangt samen met het feit dat zij zelf meer vrijheid wil, maar de gemeenschap waarin zij zit dit niet toelaat. Dit wordt beschreven in het dossier. Het is een combinatie van longklachten en psychische belemmeringen, dat is wat er speelt. De vrouw heeft een opleiding gevolgd en is dus echt niet dom. Dit verklaart haar mondigheid en haar wens om zich te uiten; dit wordt niet door de familie gewaardeerd”.

Er blijkt al met al een grote discrepantie tussen het verhaal van de betrokkene en van de uvi-functionarissen. Zelf benadrukt ze haar psychische klachten als oorzaak van arbeidsongeschiktheid, maar in het voorliggende dossier is hiervan niets terug te vinden. We besluiten de verzekeringsarts die haar indertijd gekeurd heeft te benaderen. Volgens hem was hij wel op de hoogte van de psychische problemen van mw. Furat, maar was de situatie zo duidelijk dat hij geen contact heeft opgenomen met het Riagg. Bovendien heeft de betrokkene er zelf niet op aangedrongen dat inlichtingen bij het Riagg worden ingewonnen – anders had hij dat wel gedaan. Mw. Furat had overigens haar behandeling bij het Riagg zelf al beëindigd.

De uiteindelijke uitkomst is dat alleen haar astmatische klachten een rol spelen in de WAO-beoordeling. De psychische klachten worden als niet relevant terzijde geschoven. In oktober 2000, na de geboorte van haar kind, volgt het arbeidsdeskundige deel van de WAO-beoordeling. De uitkomst

hiervan is, dat er gegeven de beperkingen als gevolg van de astmatische klachten nog wel degelijk functies voor mw. Furat geduid kunnen worden. Schoonmaakwerk kan ze niet meer doen, maar wel ander werk. Ze wordt daarom minder dan 15 procent arbeidsongeschikt verklaard en komt niet in aanmerking voor een WAO-uitkering. De geïnterviewde uvi-functionarissen:

“Voor passende arbeid bleek zij nog voldoende belastbaarheid te hebben. Ze is wel ongeschikt voor het eigen werk en dat is waarschijnlijk blijvend”.

Mw. Furat is het er absoluut niet mee eens. Ze vertelt dat de arbeidsdeskundige diverse functies noemde die ze zou kunnen doen. Volgens haar kan ze dit werk helemaal niet doen, ze is te ziek om te werken! Als ze zou gaan werken, zou ze zich misschien na twee dagen alweer ziek melden...en daar heeft niemand iets aan. Ze wil pas gaan werken als ze er weer helemaal voor kan gaan. Als ze iets doet, doet ze dat voor honderd procent. Ze weet zelf het beste hoe ze zich voelt: anderen kunnen dit niet voor haar bepalen. Ze tekent daarom beroep aan tegen de uitslag van de WAO-beoordeling. De uitslag hiervan is ons echter niet bekend. De geïnterviewde uvi-functionarissen vertellen over de gang van zaken:

“Dat bezwaar loopt nog steeds. Het heeft te maken met het feit dat wij haar arbeids- geschikt achten voor gangbare arbeid. Dat wil zeggen dat ze volgens ons onge- schoold geoefend werk kan doen. Hier verzet ze zich tegen. Dit blijkt ook uit een mel- ding bij de WW waarin ze heeft gezegd niet te kunnen solliciteren. Daarom komt ze ook niet voor WW in aanmerking. Ze heeft ook geen WAO, wat ze wel heeft is ons niet bekend. Als ze kostwinner was, zou ze een bijstandsuitkering krijgen. Maar ze is gehuwd en ik heb het idee dat haar man werkt of een uitkering heeft, dus hij is de kostwinner. Waarschijnlijk krijgt ze helemaal geen uitkering...”.

ANALYSE

Eén van de verrassende uitkomsten van onze kwantitatieve analyse was, dat het probleem van allochtone WAO'ers niet – zoals veelal wordt aangenomen – beperkt blijft tot de categorie oude- re Turkse en Marokkaanse mannen, maar zich ook voordoet bij Turkse en Marokkaanse vrou- wen. Verder zagen we dat Turkse en Marokkaanse vrouwen (nog) vaker dan autochtone vrou- wen om psychische redenen arbeidsongeschikt worden en dat dit vaak samenhangt met ge- beurtenissen op het vlak van relaties en gezinsvorming en alle culturele conflicten dien omtrent. Turkse en Marokkaanse vrouwen schipperen tussen twee culturen. Aan de ene kant worden zij (ook door de Nederlandse overheid met haar integratie- en emancipatiebeleid) opgeroepen betaald werk te verrichten en een eigen inkomen te verwerven, aan de andere kant worden zij vanuit hun eigen cultuur primair verantwoordelijk geacht voor zorgtaken in het gezin. Hiermee wordt het Nederlandse overheidsbeleid voor een dilemma geplaast. Terwijl het streven naar een grotere arbeidsparticipatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen nog maar mondjesmaat resultaat heeft (vgl. Dagevos, 2001), zien we tegelijkertijd dat relatief veel Turkse en Marok- kaanse vrouwen de arbeidsmarkt weer verlaten – via de achterdeur van de WAO. Om de pro- blematiek van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de WAO te begrijpen, moeten we die boven- dien plaatsen binnen de meer algemene discussie van de afgelopen jaren over de snel groei- ende groep vrouwen in de WAO.

Het is inmiddels een erkend gegeven, dat de kans op arbeidsongeschiktheid bij vrouwen (gege- ven het aantal werkenden) groter is dan bij mannen. In de literatuur worden hiervoor diverse verklaringen genoemd. Hierbij moet men echter wel bedenken, dat de vaststelling van arbeids- ongeschiktheid in lang niet alle gevallen een kwestie van (objectieve) medische maatstaven is. Soms is arbeidsongeschiktheid om strikt medische redenen onvermijdelijk, in andere gevallen spelen ook allerlei niet-medische factoren een rol, waaronder de attitude van de betrokkenen.

Daar waar medische criteria onvoldoende houvast bieden, kunnen de ziektepresentatie en daarmee de eigen afwegingen van de betrokkenen om te blijven werken óf de WAO in te gaan ook een rol spelen in de WAO-beoordeling. Bij deze afwegingen kunnen echter, behalve de ervaren gezondheid, ook andere factoren een rol spelen. Zo kunnen mensen met een zwakke arbeidsmarktpositie (laag gekwalificeerd werk, gering inkomen) een WAO-uitkering verkiezen boven hun werk. Dit speelt des te sterker als er financieel voordeel te behalen is (met name als de WAO-uitkering een extra inkomen in het huishouden is, naast dat van een verdienende partner) of als de betrokkene om andere redenen (bijvoorbeeld zorgtaken) liever thuis wil blijven. Al deze overwegingen kunnen ertoe leiden dat iemand liever met een WAO-uitkering thuis zit dan wil blijven werken. Omgekeerd geldt, dat iemand die zijn of haar werk belangrijk en plezierig vindt langer zal vasthouden aan de baan (ook bij bepaalde medische klachten) dan iemand die eigenlijk niet wil werken. Tenslotte worden de uitkomsten van dergelijke afwegingen niet alleen ingegeven door individuele preferenties, maar ook door vigerende waarden en normen van de groep waarvan men deel uitmaakt. Wordt betaald werk binnen een groep als minder belangrijk ervaren, dan is de stap naar een uitkering ook gemakkelijker. Hetzelfde geldt waar het voor vrouwen de norm is dat hun primaire verantwoordelijkheid niet zozeer in het betaald werk, maar in zorgtaken in het eigen gezin ligt.

Tegen deze achtergrond is onderzocht hoe de grotere kans op arbeidsongeschiktheid van vrouwen kan worden verklaard.⁵ Deze grotere kans wordt voor ongeveer de helft veroorzaakt door ongunstige arbeidsmarktfactoren en arbeidsomstandigheden. Zo werken vrouwen vaker dan mannen in sectoren en banen met een hoog arbeidsongeschiktheidsrisico (bijvoorbeeld in de zorgsector en banen met een hoge werkdruk). Ook hebben vrouwen vaker dan mannen te maken met arbeidsomstandigheden die een groter risico met zich meebrengen. Vanuit onze invalshoek zou het interessant zijn om na te gaan in hoeverre Turkse en Marokkaanse werkende vrouwen vaker met deze ongunstige combinatie van factoren te maken hebben dan autochtone vrouwen, maar dergelijke gegevens zijn niet voorhanden. Wel weten we, dat Turkse en Marokkaanse vrouwen vanuit andere sectoren in de WAO terechtkomen dan autochtone vrouwen (vgl. hoofdstuk 2 van deze studie). Veel autochtone (en Surinaamse) vrouwelijke WAO'ers waren voordien werkzaam in de zorgsector. Turkse en Marokkaanse vrouwelijke WAO'ers waren daarentegen relatief vaak werkzaam in hetzij de schoonmaakbranche hetzij bij uitzendbureaus of (agrarische) loonbedrijven. Dit zijn branches waar de werkdruk nog hoger ligt en de arbeidsomstandigheden nog slechter zijn dan in de zorgsector.⁶

Het hogere arbeidsongeschiktheidsrisico van vrouwen zou echter ook samenhangen met andere factoren, zoals de verzuimnormen en verzuimcultuur én de andere arbeidsoriëntatie van vrouwen. Bij het eerste gaat het om de wijze waarop werknemers, werkgevers en de verantwoordelijke instanties (waaronder verzekeringsartsen) omgaan met ziekte. Van vrouwen wordt sneller dan van mannen geaccepteerd dat ze zich ziek melden. Bovendien zouden vrouwen vaker dan mannen te horen krijgen, dat ze eerst maar moeten uitzieken alvorens het werk te hervatten.⁷ Het effect is, dat de kans op snelle werkhervatting bij vrouwen lager ligt dan bij mannen en de kans op langdurige ziekte en uiteindelijk arbeidsongeschiktheid navenant hoger. Dit effect wordt nog versterkt door een veelal andere arbeidsoriëntatie bij veel vrouwen. Zo zouden vrouwen vaker dan mannen om andere dan alleen financiële redenen werken. Werk wordt ook belangrijk gevonden vanwege sociale contacten en omdat het een volwaardige plaats in de samenleving biedt. Tegen deze achtergrond zouden vrouwen minder dan mannen geneigd zijn bij ziekte zo snel mogelijk weer aan het werk te gaan. Bovendien speelt de verantwoordelijkheid voor zorgtaken hierbij een rol. Van Vuuren en Smit (2001) vonden dat vrouwelijke WAO'ers minder geneigd zijn terug te keren in het arbeidsproces dan mannelijke WAO'ers van dezelfde leeftijd. Dit komt volgens hen doordat vrouwen vrezen werk en zorgtaken niet te kunnen combineren, doordat ze zich minder verantwoordelijk voelen voor het huishoudinkomen

én door een geringere stimulans vanuit de omgeving om aan het werk te gaan. Zij voegen er overigens aan toe, dat dit alles erg verschilt per sociale laag, beroep en functieniveau.⁸

Het ligt voor de hand dat er juist op dit punt grote verschillen bestaan tussen enerzijds autochtone vrouwen en anderzijds Turkse en Marokkaanse vrouwen, met name in situaties dat vrouwen nog een zekere afweging kunnen maken tussen terugkeren naar werk en thuis blijven met een uitkering. Er zijn meerdere redenen om te veronderstellen, dat Turkse en Marokkaanse vrouwen eerder geneigd zijn om in geval van ziekte of zwangerschap niet terug te keren naar hun baan dan autochtone vrouwen. Ten eerste hebben Turkse en Marokkaanse vrouwen gemiddeld méér kinderen dan autochtone vrouwen. Afgezien van het feit dat dit op zichzelf een nadelig gezondheidseffect en dus een hogere kans op arbeidsongeschiktheid kan hebben, leidt het ook tot een hogere werkdruk thuis – zeker wanneer de man zich niet om zorgtaken bekommert en er geen financiële middelen zijn voor externe hulp (kinderopvang, enzovoort). Ten tweede spelen traditionele sekserolopvattingen hierbij een rol. Uit recent onderzoek weten we, dat sekserolopvattingen in Turkse en Marokkaanse kringen nog beduidend traditioneler zijn dan bij autochtone Nederlanders. Zo bleek dat (bijna) de helft van de geïnterviewde Turkse en Marokkaanse respondenten de stelling ‘een vrouw moet stoppen met werken als ze kinderen krijgt’ kon onderschrijven. Bij de andere etnische groepen (inclusief autochtonen) onderschreef minder dan 30 procent deze stelling. Hoewel dergelijke traditionele sekserolopvattingen bij Turkse en Marokkaanse mannen sterker leven dan bij vrouwen, en bij ouderen sterker dan bij jongeren, komen ze ook bij deze groepen nog veelvuldig voor.⁹

Overigens moet men ook hier oppassen om ‘de’ Turkse en Marokkaanse cultuur als een onveranderlijk, homogeen geheel op te vatten. Deze traditionele sekserolopvattingen zijn ook in Turkse en Marokkaanse kringen niet onomstreden. Zo onderscheidt Andriesen (2000) Turkse vrouwen met een traditionele of ‘transculturele moslimidentiteit’ van vrouwen met een ‘Neder-Turkse identiteit’. De eerste vrouwen voelen zich veel meer gebonden aan traditionele culturele patronen binnen de eigen gemeenschap. Ze leggen het zwaartepunt voor betaalde arbeid en het huishoudinkomen bij hun (toekomstige) echtgenoot en achten zichzelf primair verantwoordelijk voor zorgtaken thuis. Ze willen wel een deeltijdbaan, maar zullen daarnaast het grootste aandeel van de zorgtaken in het huishouden op zich nemen. Turkse vrouwen met een ‘Neder-Turkse identiteit’ zijn meer geëmancipeerd en richten zich sterker op de Nederlandse samenleving en Nederlandse waarden. Ze hebben een voorkeur voor betaalde arbeid boven het verrichten van zorgtaken thuis. Zij willen arbeid en zorg combineren, ook als er kinderen zijn, en verwachten een meer gelijke verdeling van zorgtaken met hun (toekomstige) echtgenoot. Als dit niet mogelijk is, kan dit spanningen opleveren. Het krijgen van kinderen kan dus verschillende gevolgen hebben voor de arbeidsparticipatie van Turkse vrouwen (en andere moslimvrouwen). Een deel van hen zal geneigd zijn om na het zwangerschapsverlof niet terug te keren naar hun baan om zich thuis aan zorgtaken te wijden. Als dit met een WAO-uitkering kan, is dat meegegenomen. Vooral jongere vrouwen willen wel blijven werken, maar komen in conflict met hun meer traditioneel denkende echtgenoot en overige familie. Ook dit kan tot psychische problemen en uiteindelijk tot arbeidsongeschiktheid leiden.

Dit alles bleek duidelijk in het beschreven geval van mw. Furat. De verzekeringsarts is ervan overtuigd, dat haar psychische problemen primair het gevolg zijn van de sociale druk vanuit de nog traditioneel denkende sociale omgeving van mw. Furat. Hij noemt haar geval letterlijk een ‘*assimilatieprobleem*’: zij wil werken, maar de man en de familie zijn er tegen. Volgens haar werkgever (bedrijfsleidster van een schoonmaakbedrijf met veel allochtone vrouwen in dienst) komen deze problemen vaak voor:

“Bij allochtone vrouwen zie je een bepaald patroon: als ze zwanger worden krijgen ze rug- en buikklachten en melden ze zich ziek. Ze zijn veel sneller ziek dan autochtonen. Dat is niet discriminerend bedoeld, maar het is gewoon een feit. Als het kind eenmaal geboren is kunnen ze moeilijk een kinderopas vinden. Na de bevalling blijven ze dan thuis. Momenteel heb ik tien zieken: vijf ervan zijn zwanger. Als ze eenmaal weer aan de slag gaan, begint alles weer opnieuw zodra ze weer zwanger worden. Zwangerschappen zijn hen fataal”.

Op de vraag of het bedrijf voldoende heeft gedaan om mw. Furat aan het werk te houden, antwoordt de werkgever:

“Ja, maar het is heel moeilijk als ze zwanger zijn. Wat je ze ook aanbiedt, het is nooit goed. Als je ze een paar dagen op proef weer probeert, dan zijn ze na één of twee dagen weer ziek. Allochtone vrouwen leggen er gauw het bijltje bij neer als ze zwanger raken. Op zich kan ik dit heel goed begrijpen, maar het is niet zo eerlijk naar je werkgever toe. Sommigen laten zich gewoonweg afkeuren, dwingen het af, omdat ze geen oppas kunnen vinden”.

Ook andere verzekeringsartsen die wij spraken (zowel in persoonlijke interviews als in de door ons georganiseerde expertmeetings), benadrukken de problematiek van Turkse en Marokkaanse vrouwen schipperend tussen twee culturen en verwachtingspatronen. Aan de ene kant worden zij gestimuleerd de arbeidsmarkt te betreden, aan de andere kant worden zij thuis, in de ruimere familie en binnen de eigen gemeenschap vaak geconfronteerd met traditionele sekserolopvattingen. Verzekeringsartsen verwoorden deze problematiek als volgt:

“Het gaat hier om een assimilatieprobleem met haar familie en huwelijk: de vrouw is meer integratiegericht dan de familie. De vrouw stond chronisch onder druk en zolang de familie- en gezinsproblemen niet wijzigen zullen haar problemen niet veranderen. Door haar familie werd ze in een bepaalde ‘vrouwenrol’ gedrukt: haar herstelgedrag is goed, maar ze zit gevangen in haar rol als moeder, met meer wens tot assimilatie dan haar eigen omgeving haar toestaat”.
“Veel jonge Turkse en Marokkaanse vrouwen raken erg jong zwanger en hun man verwacht dan toch dat zij gaan werken. Bij de eerste zwangerschap gaat het al niet meer. Dan willen ze in de WAO. Ik accepteer dat zelden”.

Een verzekeringsarts betoogde tijdens een expertmeeting, dat dit alles nog wordt versterkt door het uithuwelijken van in Nederland opgegroeide jonge Turkse en Marokkaanse vrouwen aan mannen uit het land van herkomst:

“Door uithuwelijking wordt vers bloed uit eigen land gehaald, waar de rolpatronen volledig anders liggen. De in Nederland opgegroeide vrouwen zijn de taal machtig en begrijpen de cultuur een beetje. Een goed geïntegreerde vrouw wordt opgepadeld met haar vaak vers uit Turkije overgevlogen man, die geen Nederlands spreekt en geen opleiding heeft. Vrouwen worden vaak overbelast omdat ze veel te veel moeten doen. Ze moeten werken en voor het huishouden zorgen. Ziek worden is dan een soort copinggedrag. Mensen melden zich ziek om hun eigen problemen op te lossen”.

Dit alles roept natuurlijk de vraag op hoe verzekeringsartsen in de praktijk omgaan met deze situaties. Er wordt hier immers een beroep op de WAO gedaan, niet vanwege aanwijsbare lichamelijke of psychische belemmeringen, maar om andere redenen. In het geval van mw. Furat

was dit een reden om geen WAO-uitkering toe te kennen. Hoe verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen meer in het algemeen met dergelijke situaties omgaan, wordt beschreven in paragraaf 5.2.

Arbeidsongeschiktheid bij Turkse en Marokkaanse vrouwen lijkt, in ieder geval bij de door ons onderzochte cases, vaak samen te hangen met gebeurtenissen op het vlak van relaties en gezinsvorming. Drie van de zes onderzochte vrouwelijke WAO'ers waren zwanger ten tijde van de ziekteperiode (bij casus 7, 8 en 10). Bij twee anderen was kort voor of na de ziekmelding sprake van een scheiding (bij casus 6 en 9). Deze cases worden hier niet afzonderlijk beschreven. Tot slot van deze paragraaf willen we echter wel wijzen op een ander probleem wanneer ziekte samengaat met zwangerschap, namelijk dat er tijdens perioden van zwangerschap geen activiteiten gericht op reïntegratie ondernomen (kunnen) worden. Hoewel dit op zichzelf vanzelfsprekend is, kan dit in sommige gevallen zeer ongunstig uitvallen. Een voorbeeld hiervan treffen we bij Mw. Osman (casus 7) (vgl. paragraaf 5.4). Het gaat hier om een jonge Turkse vrouw, die vanwege reumatische klachten was uitgevallen. Gedurende haar ziekteperiode is ze echter twee keer in verwachting. Haar eerste zwangerschap loopt uit op een miskraam. Volgens haar verzekeringsarts is dit een periode waarin niets aan reïntegratie kan worden gedaan.

“In zo'n periode waarin naast ziekte ook nog sprake is van zwangerschap en een miskraam kun je natuurlijk weinig doen. Dan moet je gewoon afwachten”.

Als de betrokkene een half jaar later wordt opgeroepen voor een gesprek is ze opnieuw in verwachting. Wederom worden alle activiteiten gericht op reïntegratie opgeschort. Veertien maanden na haar laatste ziekmelding vindt uiteindelijk de WAO-beoordeling plaats. Mw. Osman wordt volledig arbeidsongeschikt bevonden. De verzekeringsarts verwacht niet dat er in de toekomst van werkhervatting nog sprake kan zijn.

“Als er iets had moeten gebeuren, dan had dat helemaal in het begin van het ziekteproces moeten gebeuren. (...) Maar er waren steeds bijkomende redenen waarom werkhervatting op dat moment niet aan de orde was: kindervens waardoor zij bepaalde noodzakelijke medicijnen niet wilde gebruiken, zwangerschap, miskraam, nogmaals zwangerschap. De bedrijfsarts had misschien wel plannen, maar werd in feite steeds schaakmat gezet door deze overige ontwikkelingen. (...) Dat is natuurlijk heel frustrerend voor een bedrijfsarts (...), maar zulke dingen gebeuren, je moet je erbij neerleggen”.

Deze combinatie van ziekte en zwangerschap met alle gevolgen van dien is natuurlijk niet specifiek voor Turkse en Marokkaanse vrouwen, ook bij autochtone vrouwen komt deze problematiek voor. Deze problematiek is echter in zoverre etnisch-specifiek, dat Turkse en Marokkaanse vrouwen gemiddeld méér kinderen krijgen dan autochtone vrouwen en ook op jongere leeftijd. Daarbij ligt het voor de hand dat de combinatie van ziekte en zwangerschap bij Turkse en Marokkaanse vrouwen nog meer spanningen oplevert vanwege de hiervoor beschreven culturele conflicten rond arbeid en gezinstaken bij deze groepen.

3.6 Besluit

De bedoeling van dit hoofdstuk was tweërlei. Enerzijds wilden we meer inzicht krijgen in de specifieke beleving van ziekte, arbeidsongeschiktheid en de mogelijkheden van werkhervatting door Turkse en Marokkaanse werknemers. Anderzijds waren we op zoek naar kenmerken van

Turkse en Marokkaanse zieke werknemers die de eerder geconstateerde oververtegenwoordiging van deze groepen in de WAO zouden kunnen verklaren.

Wat betreft de *beleving* van ziekte, arbeidsongeschiktheid en de mogelijkheden van werkherleving door Turkse en Marokkaanse werknemers kunnen we concluderen, dat in ieder geval veel wordt gesproken over de afwijkende gezondheidsbeleving en het afwijkende ziektegedrag van deze groepen. Dit bleek ook tijdens de expertmeetings met verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. Turkse en Marokkaanse WAO'ers zouden vaker dan autochtonen menen, dat iemand die ziek is niet kan werken. Eerst moet je immers beter zijn. Dat er tussen ziek en niet-ziek een grijs gebied ligt, waarin werken, zij het met enige beperkingen, wel mogelijk is, past niet in dat beeld. Verzekeringsartsen gaven aan dat hun Turkse en Marokkaanse cliënten vaak menen dat ze eerst beter moeten worden voordat een gesprek over werkherleving aan de orde is. Deze houding staat echter op gespannen voet met het ziektebegrip uit de WAO, dat er vanuit gaat dat mensen ondanks hun beperkingen zoveel mogelijk blijven werken. Pogingen tot reïntegratie van zieke Turkse en Marokkaanse werknemers stranden vaak op de overtuiging van de betrokkenen dat ze te ziek zijn om te werken. Verzekeringsartsen merken bovendien op dat de presentatie van ziekte anders is dan bij autochtonen: ziekte wordt met meer drama gebracht om de arts te overtuigen van de ernst van de zaak.

Er zijn echter twee kanttekeningen geplaatst bij deze verhalen over de afwijkende manier van omgaan met ziekte door Turken en Marokkanen. In de eerste plaats is geopperd, dat deze houding wellicht niet zozeer kenmerkend is voor de betreffende allochtone groepen, maar veeleer voor de veel bredere categorie laaggeschoolde werknemers. We weten echter niet of deze vermeende afwijkende gezondheidsbeleving bij de categorie laaggeschoolde autochtone werknemers even vaak voorkomt als bij allochtone werknemers. Dit zou nader onderzoek behoeven. In de tweede plaats is meer algemeen gewaarschuwd voor uitspraken over de (vermeende) culturele neigingen van bepaalde etnische groepen. Dergelijke uitspraken gaan al snel uit van een essentialistisch cultuurbegrip, waarbij binnen etnische groepen een culturele homogeniteit wordt verondersteld die in werkelijkheid niet bestaat. Men kan zich verder afvragen of het hier werkelijk om gedragspatronen gaat die in het land van herkomst min of meer gebruikelijk waren óf om gedrag dat pas in Nederland – mede als reactie op het hier bestaande systeem van sociale zekerheid – is ontstaan.

Een ander vaak genoemd aspect van de afwijkende gezondheidsbeleving van Turken en Marokkanen betreft het niet-erkennen en vervolgens somatiseren van psychische klachten. Ook in onze groepsgesprekken met Turkse en Marokkaanse WAO'ers werd herhaaldelijk gesteld, dat men er niet voor durft uit te komen 'psychisch ziek' te zijn. Ook bij deze vermeende culturele neiging is echter een kanttekening geplaatst. Er is immers een aperte tegenspraak tussen enerzijds het vermeende taboe op psychische klachten bij Turken en Marokkanen en anderzijds het eerder in deze studie geconstateerde hoge aandeel psychische arbeidsongeschikten bij deze groepen. Een verklaring voor deze tegenspraak is wellicht, dat de problemen van Turkse en Marokkaanse WAO'ers door de verzekeringsarts als 'psychisch' worden gelabeld, zonder dat de betrokkene zich hiervan bewust is. In de hier beschreven cases met psychische problemen was dit overigens niet het geval. Voor zover uit tien cases kan worden opgemaakt, hangen psychische problemen bij Turkse en Marokkaanse mannen vaak samen met een combinatie van privé-problemen en conflicten op het werk en bij Turkse en Marokkaanse vrouwen vooral met gebeurtenissen op het vlak van relaties en gezinsvorming (scheiding, kinderen krijgen, enzovoort).

Wat betreft de *verklaring* van de oververtegenwoordiging van Turkse en Marokkaanse werknemers in de WAO zijn in dit hoofdstuk diverse factoren de revue gepasseerd. De meest voor de

hand liggende verklaring is wellicht dat hun gezondheid slechter is dan die van de autochtone beroepsbevolking. Er zijn inderdaad aanwijzingen dat de gezondheidssituatie bij allochtonen ongunstiger is dan bij autochtonen. Enerzijds is al vaker een verband vastgesteld tussen iemands gezondheid en sociale positie (hoe lager de plek op de maatschappelijke ladder, hoe groter de kans op gezondheidsklachten). Omdat Turkse en Marokkaanse werknemers vaak aan de onderkant van de arbeidsmarkt verkeren, is alleen daarom al aannemelijk dat hun gezondheid gemiddeld inderdaad slechter is dan die van autochtonen. Anderzijds zouden er ook om andere redenen gezondheidsverschillen tussen etnische groepen bestaan, die vaak (maar niet altijd) ten nadele van allochtonen uitwerken. In welke mate de hogere kans op arbeidsongeschiktheid van Turken en Marokkanen op dergelijke gezondheidsverschillen berust, konden we echter bij gebrek aan empirische gegevens niet zeggen.

Naast feitelijke gezondheidsverschillen is gewezen op (werkelijke of vermeende) verschillen in gezondheidsbeleving. Deze culturele gedragspatronen zouden op meerdere manieren de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO mede kunnen verklaren. Voor zover de gezondheidsbeleving van Turken en Marokkanen werkelijk een rem op hun neiging tot werkhervatting betekent, kan dit tot gevolg hebben dat zij langer ziek c.q. arbeidsongeschikt blijven. Bovendien zit er in de WAO-beoordeling vaak een zeker onderhandelingselement. Wanneer strikt medische criteria onvoldoende houvast bieden om tot een goed oordeel over een WAO-aanvraag te komen, speelt ook de wijze van presenteren van de klachten een rol. Wanneer allochtone WAO'ers hun klachten sterker presenteren dan autochtonen in een vergelijkbare situatie, zou dit tot gevolg kunnen hebben dat hun WAO-aanvraag eerder wordt toegewezen. Het kan echter ook anders uitpakken, namelijk wanneer artsen juist door de (vermeende) neiging tot dramatisering minder geloof hechten aan de klachten van allochtone WAO-aanvragers.

Het blijft echter moeilijk om uitspraken te doen over het (vermeende) culturele verschil in gezondheidsbeleving tussen allochtonen en autochtonen, laat staan over het effect daarvan op het aantal allochtone en autochtone WAO'ers. Enerzijds zijn deze culturele verschillen in gezondheidsbeleving (voor zover ons bekend) niet werkelijk in onderzoek vastgesteld, anderzijds lijken de opvattingen over ziekte en gezondheid ook samen te hangen met het opleidingsniveau. Artsen die te maken hebben met hoger opgeleide allochtonen melden dat die zich veel meer 'Nederlands' gedragen. Omgekeerd geeft men aan dat ook laag opgeleide autochtonen hun klachten op een dramatische manier kunnen presenteren. Dat wijst op een grote mate van onzekerheid van de cliënt in zijn communicatie met de arts, iets wat zowel uit de opmerkingen van artsen als die van de allochtone WAO'ers blijkt.

Een volgende factor die aan het relatief grote aantal allochtone WAO'ers bijdraagt, betreft de spanningen in het migrantenbestaan. Daarbij gaat het om een complex geheel van het zich moeten aanpassen aan nieuwe omstandigheden, de zorgen over een verblijfsvergunning of over de achterblijvers in het land van herkomst. Zeker waar migratie gepaard gaat met het uitvallen van gezinnen, omdat de partner achterblijft, kan dit stress veroorzaken. In geval van vluchtelingen en asielzoekers zijn er tenslotte nog allerlei stressveroorzakende factoren, zoals traumatische ervaringen in het land van herkomst of de vaak langdurige asielprocedure. In hoeverre dit alles een rol speelt in de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO kan echter op grond van dit onderzoek niet worden gezegd.

Voorals Turkse en Marokkaanse vrouwen verkeren in een kwetsbare positie. Zij moeten, meer nog dan de mannen, schipperen tussen twee culturen: enerzijds de verwachting (en vaak financiële noodzaak!) om betaald werk te verrichten, anderzijds de culturele norm binnen de eigen gemeenschap dat hun primaire verantwoordelijkheid bij de zorg voor het gezin ligt. Bij diverse cases constateerden uvi-functionarissen een spanning bij Turkse of Marokkaanse vrouwen die

wel willen, maar van hun omgeving niet mogen werken. Een WAO-uitkering zou een uitweg uit dit dilemma kunnen zijn, zeker voor vrouwen die weinig of geen perspectieven op de arbeidsmarkt hebben. Dit zou mede een verklaring kunnen vormen voor het relatief grote aantal Turkse en Marokkaanse vrouwen in de WAO.

Al met al biedt deze kwalitatieve schets van kenmerken van Turkse en Marokkaanse werknemers geen eenduidige verklaring voor de oververtegenwoordiging van deze groepen in de WAO. Aan de ene kant lijkt er aanleiding te veronderstellen dat allochtone werknemers minder gezond zijn dan hun autochtone medeburgers. Naast het eerder beschreven verschil in opleidingsniveau zou dit een belangrijke verklaring kunnen zijn voor de oververtegenwoordiging. Aan de andere kant is er een complex van specifieke factoren, waaronder de spanningen en onzekerheden van het migrantenbestaan en de dilemma's waarvoor veel allochtone vrouwen zich geplaatst zien, die er mede toe bijdragen dat Turken en Marokkanen verhoudingsgewijs vaak in de WAO terechtkomen. Deze combinatie van sociale en gezondheidsrisico's leidt tot ingewikkelde klachtenpatronen die op hun beurt vaak tot psychische arbeidsongeschiktheid leiden. Hoe zwaar de afzonderlijke factoren wegen, kan op basis van het voorliggende onderzoek niet worden gezegd. Wellicht is het ook zo dat Turken en Marokkanen niet zozeer vaker arbeidsongeschikt zijn vanwege specifieke factoren (minder gezond, afwijkende ziektebeleving, psychische klachten of culturele conflicten), maar veeleer vanwege de algehele complexiteit van hun dagelijkse leven. Deze interpretatie dringt zich op als men de levensverhalen van Turkse en Marokkaanse WAO'ers in dit en de volgende hoofdstukken op zich laat inwerken. Het zijn bevolkingscategorieën die op allerlei manieren kwetsbaar in het leven staan. Er hoeft maar iets fout te gaan in hun leven, en het gaat volledig mis – de WAO is dan wellicht nog de enige beschikbare uitweg.

Noten hoofdstuk 3

¹ Het SPVA-onderzoek dat in het vorige hoofdstuk is gebruikt om na te gaan in hoeverre de hogere kans op arbeidsongeschiktheid bij Turken en Marokkanen verklaard kan worden door het lage opleidingsniveau van deze groepen bevatte geen informatie over de feitelijke gezondheidssituatie van de onderzochte groepen.

² Alleen in het geval van dhr. Arsalan (casus 2) wordt door de geïnterviewde Turkse of Marokkaanse WAO'er niet over discriminatie op het werk gesproken. Van alle geïnterviewde Turkse en Marokkaanse WAO'ers spreekt alleen dhr. Arsalan (casus 2) niet over discriminatie op het werk.

³ Hertogh noemt diverse redenen waarom er bij psychische arbeidsongeschiktheid vaak weinig of niets aan reïntegratie wordt gedaan: geringe specifieke expertise op het gebied van psychische problemen bij artsen, lange wachttijden bij hulpverleningsinstellingen, trage bureaucratieën, enzovoort. Bij tweederde van de door Hertogh onderzochte gevallen was er gedurende het eerste ziektejaar geen sprake van enige reïntegratieactiviteit. Ook bij de herkeuring van psychisch arbeidsongeschikten (na een jaar WAO) was in de meeste dossiers (70 procent) geen sprake van pogingen tot reïntegratie.

⁴ Minister Jorritsma (VVD) sprak van een 'WAO-cultuurtje'.

⁵ Vgl. Van der Giezen. *Vrouwen, (werk)omstandigheden en arbeidsongeschiktheid*. Amsterdam: Lisv 2000; Van der Giezen & Bruinsma. Vrouwen vaker in de WAO. In *Economisch Statistische Berichten* 24 maart 2000, 248-250; Van Vuren en Smit. *Toenemende arbeidsparticipatie, ziekteverzuim en WAO-instroom van vrouwen*. Paper gepresenteerd bij 'Symposium 2001: een tweede eeuw sociale zekerheid in Nederland', gehouden in Den Haag 14 en 15 juni 2001; Rietbergen, C. & Vliet, K.P. van. Vrouwen in de WAO: een verhaal apart? In R. Hortulanus en A. Machielse. *De waarde van werk. Het sociaal debat deel 4*, 89-105. Den Haag: Elsevier Bedrijfsinformatie (2001).

⁶ De slechte arbeidsomstandigheden in de schoonmaakbranche en het grote arbeidsongeschiktheidsrisico dat daaruit voortvloeit, worden treffend beschreven in: Kuijpers, I. en Leenders, P. *De wegwerpplek. Tien jaar rondjes rond de WAO*. Amsterdam: De Balie (2001).

⁷ Vgl. Van Vuren en Smit (2001).

⁸ Vgl. Van Vuren en Smit (2001); Vinke, H. e.a. *Vrouwen en reïntegratie*. Hoofddorp: TNO Arbeid (1999).

⁹ Gegevens uit: Martens (1999, 96).

4 De werkgever

4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk lag het accent op kenmerken van Turkse en Marokkaanse werknemers die de oververtegenwoordiging van deze groepen in de WAO wellicht kunnen verklaren. In dit hoofdstuk verleggen we de optiek naar kenmerken van het werk dat Turkse en Marokkaanse WAO'ers deden voordat ze ziek werden en naar het gedrag van werkgevers voor en tijdens het ziekteproces. Net als in het vorige hoofdstuk komen ook hier drie afzonderlijke thema's aan de orde. Allereerst laten we aan de hand van een concreet voorbeeld zien, dat ziekte en arbeidsongeschiktheid in geval van Turkse en Marokkaanse werknemers vaak samenhangen met onvrede en conflicten op het werk. Ongenoegen op het werk wordt als het ware 'gemedicaliseerd' doordat de betrokken werknemer zich op een gegeven moment ziek meldt en uiteindelijk in de WAO terechtkomt. In de tweede plaats beschrijven we de reïntegratie-inspanningen van werkgevers (of liever gezegd: meestal het gebrek daaraan), met name gedurende het eerste ziektejaar. Bij dit laatste wordt ook ingegaan op de zogenaamde reïntegratieplannen die tijdens het eerste ziektejaar moeten worden opgesteld, en de betrokkenheid van de uvi's daarbij. Tenslotte beschrijven we de rol van de uvi's als poortwachter van het WAO-stelsel.

4.2 'Blij dat hij weg is'. Arbeidsconflicten als oorzaak van arbeidsongeschiktheid

Casus 2: Dhr. Arsalan*

Turkse man, 30 jaar oud

Laatste ziekmelding: november 1995

In de WAO sinds: november 1996

Arbeidsongeschiktheidspercentage: 80-100% (na juridisch beroep)

Diagnose: psychische klachten

Achtergrond en werk

Ook dhr. Arsalan is relatief hoog opgeleid. Na een opleiding sociaal werk op MBO-niveau te hebben afgerond, werkt hij sinds 1993 als maatschappelijk werker bij een instelling voor de verslavingszorg. Hij is speciaal aangesteld voor de zorg voor allochtone verslaafden en heeft een vast dienstverband van 32 uur per week. Er ontstaan echter al snel problemen op zijn werk. Er moet bezuinigd worden en de werkdruk wordt opgevoerd. Bovendien wordt de afdeling waar dhr. Arsalan naar eigen zeggen

* Dit is een gefingeerde naam

met plezier werkt opgeheven. Hij komt op een nieuwe afdeling, met een nieuwe chef en collega's. De geïnterviewde afdelingschef geeft echter een andere weergave van de situatie. Zijn chef vertelt:

“Hij kwam al binnen ‘met een sterretje’, ofwel: hij stond te boek als problematische werknemer. Hij functioneerde niet goed. Hij was aangenomen als outreachworker (een baan op MBO-niveau), maar kon de hectiek niet aan. Toen is hem een baan aangeboden als hulpverlener op kantoor, omdat dit veel rustiger was. Omdat het opleidingsniveau niet correspondeerde is hem aangeboden een HBO-opleiding maatschappelijk werk te doen. De opleiding werd betaald door het werk. Het centrum verkeerde in een financiële crisis, maar het was beleid om allochtonen aan te nemen en te houden. Niemand kon ook maar een cursusje volgen, dhr. Arsalan was de enige die geld kreeg voor scholing. Dit zette bij anderen wel eens kwaad bloed”.

Al snel blijkt echter – nog steeds volgens zijn chef – dat zowel de opleiding als de nieuwe baan voor dhr. Arsalan te hoog gegrepen zijn. Ook zou zijn Nederlands niet goed genoeg zijn. Er wordt taalles geregeld, maar ook dat baat niet. Zijn afdelingschef verwijt hem een *‘volkomen inadequate instelling’*. Waren ze bijvoorbeeld aan het reorganiseren en kasten aan het sjouwen, dan werkte iedereen daaraan mee, ook hijzelf als afdelingshoofd. Maar dhr. Arsalan stond te kijken met zijn handen in zijn broekzakken, want hij had zogenaamd last van zijn knieën. (Op onze opmerking dat hij misschien echt last van zijn knieën had, antwoordt het afdelingshoofd dat hij dan op een andere manier had kunnen meehelpen). Omdat dhr. Arsalan te vaak ziek is, is hij uiteindelijk uit de afdeling geplaatst. Volgens de afdelingschef was men *‘wel blij dat hij weg was’*.

Tegelijkertijd ontstaan er allerlei problemen in het privé-leven van dhr. Arsalan. Zijn ouders remigreren onverwacht terug naar Turkije, maar laten hier schulden achter. Zijn vader zou de schulden vanuit Turkije aflossen, maar kan dat niet omdat hij ernstig ziek wordt, hetgeen vanwege de gebrekkige verzekeringen in Turkije zijn volledige budget opslokt. Dhr. Arsalan en zijn veertienjarige broertje, waarvoor hij na het vertrek van zijn ouders moet zorgen, moeten de schulden aflossen. Bovendien worden ze uit hun woning gezet, die op naam van zijn ouders stond. Procedures om de woning te behouden lopen op niks uit. Dan overlijdt ook nog de zus van dhr. Arsalan, wordt zijn auto gestolen en wordt hijzelf tweemaal aan zijn knie geopereerd. Gelukkig krijgt hij wel een nieuwe woning, want zijn echtgenote is inmiddels zwanger geworden.

Ziekmelding en eerste ziektejaar

In deze turbulente periode in zijn leven, met problemen op het werk én in de privé-situatie, meldt dhr. Arsalan zich ziek. Hij kan de problemen niet meer aan en heeft last van allerlei klachten: maagpijn, spierpijn en een overspannen en depressief gevoel. Naar eigen zeggen stort hij volledig in: *‘ik raakte de logica in mijn hoofd kwijt en wilde rare dingen doen, zoals opeens onder de tafel gaan zitten’*. Na zijn ziekmelding heeft dhr. Arsalan regelmatig (ongeveer eens per zes weken) contact met de Arbodienst. Ze praten met hem over zijn ziekte en over eventuele terugkeer naar werk. Volgens dhr. Arsalan hebben de bedrijfsartsen wel voldoende voor hem gedaan. Ze hebben hem bijvoorbeeld geadviseerd een betere dagplanning te maken (hij was zijn dag- en nachtritme kwijt) en om alles op een rijtje te zetten en zijn problemen op te schrijven. Ook adviseerden ze om lichte werkzaamheden te doen.

Het contact met de oude werkgever wordt na de ziekmelding al snel minder. Slechts met één collega, die hij al langer kende, heeft dhr. Arsalan nog een beetje contact. Zijn baas heeft nog een paar keer gebeld, maar *‘..hij vond mij eigenlijk ook niet goed meer’*. Dit laatste wordt door het geïnterviewde afdelingshoofd volmondig bevestigd. Hij had nog wel contact met dhr. Arsalan, maar enkel omdat dit moest vanwege het ziekteprotocol. Hij zegt echter deze contacten moeilijk te vinden:

“Meestal ligt er een arbeidsconflict onder en dan moet ik als partij zoete broodjes bakken, langs met een kerstpakket en zo. Ik vind dat onzin. Dan hoopte ik dat ie niet thuis was”.

De klachten van dhr. Arsalan worden ondertussen niet minder. Zijn maagklachten zijn volgens hem inmiddels chronisch geworden. Hij slikt allerlei medicijnen, waaronder antidepressiva en slaapmiddelen waardoor hij vaak moe is en zich steeds verslaapt.

Reïntegratie

Of de diverse partijen voldoende gedaan hebben om dhr. Arsalan aan het werk te houden, daarover verschillen de meningen. Volgens de betrokkene zelf hebben zijn werkgever en de Arbo-dienst onvoldoende gedaan om hem aan het werk te houden. De werkgever wilde volgens hem niet dat hij terug zou komen. Men heeft dat nooit expliciet gezegd, maar hij voelde dat al te goed. Wel heeft dhr. Arsalan na een korte ziekteperiode nog een tijdje geprobeerd om halve dagen te werken, maar dat ging niet goed. Hij moest opeens ander werk doen: balie- en administratief werk, koffie zetten, enzovoort. Hij vond het afschuwelijk: *‘van zo’n hoge functie zo omlaag kantelen’*. De Arbo-dienst, waarover hij op zich wel tevreden is, heeft ook weinig gedaan om hem weer aan het werk te krijgen. Er is bijvoorbeeld niet bemiddeld met de werkgever. Maar waarschijnlijk – zegt dhr. Arsalan – zou het vergeefse moeite zijn geweest. Hij was te ziek om te werken.

De andere partijen zien dat echter anders. De geïnterviewde afdelingschef vindt dat de werkgever voldoende heeft gedaan om dhr. Arsalan aan het werk te houden:

“Meer dan dat. Het was een speerpuntbeleid om allochtonen in dienst te nemen en te houden, anders was hij er al veel eerder uitgegooid. Wat zie je bij allochtonen: de zwakkeren kunnen het niet en de goeden hoppen naar betere banen in bijvoorbeeld het bedrijfsleven. Het is dus erg moeilijk om ze te houden.(..) Zelf heeft de man niet genoeg gedaan om aan het werk te blijven. Het was een lapzwans”.

Ook de vertegenwoordiger van de uitvoeringsinstelling (het Gak) vindt dat er voldoende is gedaan om de reïntegratie van dhr. Arsalan te bevorderen, maar de pogingen om hem aan het werk te krijgen (en te houden) mislukten steeds:

“Er zijn allerlei reïntegratietrajecten aangeboord om dhr. Arsalan weer aan het werk te helpen, maar elke keer als men zover was dat hij aan de slag kon, haakte hij weer af. Enerzijds vertelde hij dat het beter ging en hij mee wilde werken aan zijn reïntegratietraject, maar als puntje bij paaltje kwam verslechterde hij ineens weer en gebeurde dit toch weer allemaal niet: knipperlicht-effect. Misschien ligt er teveel druk op hem en krijgt hij het er benauwd van. Wij zagen hem daardoor soms op heel goede momenten en soms op slechte. De eerste keer zat hij deels in de WAO. Hij was het hier niet mee eens en had er grote bezwaren tegen. Hij is toen in beroep gegaan. Dat hij niet gereïntegreerd is, lag niet aan zijn werk maar voornamelijk aan problemen in zijn privé-leven. Je moet ook een bepaalde persoonlijkheid hebben om privé-problemen te kunnen overwinnen. (..) Door zowel de werkgever als de uvi is er fors in deze man geïnvesteerd. Er zijn talloze activiteiten ontplooid, maar het mocht niet baten”.

De WAO-beoordeling en daarna

Dhr. Arsalan wordt in eerste instantie slechts gedeeltelijk arbeidsongeschikt bevonden (25-35%). Nadat de verzekeringsarts het belastbaarheidpatroon had opgesteld, concludeerde de arbeidsdeskundige op basis van het FIS dat er nog diverse functies mogelijk waren zoals schoonmaken, tomaten plukken, enzovoort. Volgens dhr. Arsalan zijn deze functies echter niet mogelijk vanwege de problemen met zijn been. Bovendien sluiten de geduide functies niet aan bij zijn opleiding en achtergrond:

“Ik heb alle respect voor schoonmakers maar uh...dit was toch niet helemaal de bedoeling”.

Dhr. Arsalan schakelt een advocaat in, gaat in beroep en dient een bezwaarschrift in. Tijdens het proces dat twee jaar duurt, krijgt dhr. Arsalan een volledige WAO-uitkering. In 1998 volgt de uitslag van de beroepsprocedure en wordt dhr. Arsalan alsnog volledig arbeidsongeschikt bevonden. Volgens de geïnterviewde uvi-functionaris heeft hij het beroep gewonnen vanwege de ‘te smalle basis-functies’. De betrokken functionaris houdt echter vol dat de zaak niet eenduidig is. Als iemand met de kwalen van dhr. Arsalan graag zou willen werken, zou dat goed mogelijk zijn. Ze spreekt van:

“(..) gewiebel van de ene situatie (er helemaal voor gaan en het willen) naar de andere (teveel problemen hebben om te werken). Vanwege de klachten is hij vrijgesteld om iets te kunnen c.q. verantwoordelijkheid te nemen”.

Het wachten is nu op de herbeoordeling voor de WAO na vijf jaar:

“Dhr. Arsalan is nog een jonge man die nog een stuk voort kan in zijn leven in het investeren in werk. De nieuwe beoordeling moet eigenlijk een laagje dieper gaan. Als hij weer wordt opgeroepen, en hij gaat weer vluchtgedrag vertonen dat hij wel wil werken maar niet kan.... Dan moet er misschien een psycholoog op worden gezet. De kern van het verhaal zit hem namelijk daarin. (..)Eigenlijk zit hij nu al te lang in de WAO. Als de druk op de ketel komt om hem te reïntegreren, piept hij er weer tussen uit”.

De betrokkene ziet het zelf uiteraard anders. Zelf vindt hij dat hij gegeven zijn gezondheidssituatie en beperkingen niet kan werken. Hij is nog net in staat om vrijwilligerswerk te doen. Sinds een jaar werkt hij één dag per week bij een WAO-beraad, bovendien is hij bestuurslid van een Turkse vereniging. Het prettige van vrijwilligerswerk is volgens hem dat de verwachtingen lager liggen dan bij betaald werk. Door vrijwilligerswerk te doen hoopt hij langzaam weer betaald werk te gaan doen, te testen hoeveel hij al aankan en energie te krijgen. ‘Mensen helpen’ ziet hij nog steeds als zijn beroep. Hij verwacht echter niet binnen een jaar weer terug te keren naar betaald werk. Hij kan de moeilijkheden nog niet aan. In ieder geval wil hij nooit meer terug naar zijn oude werk.

ANALYSE

De WAO is indertijd in het leven geroepen om werknemers te beschermen tegen financiële risico's als gevolg van ziekte of ongevallen. Er bestaat echter al langer het gevoel, dat mensen ook om andere dan gezondheidsredenen in de WAO terechtkomen. Zo zou de WAO in de jaren tachtig op grote schaal zijn gebruikt om overtollig geworden werknemers uit de inkrimpende industrieën op sociaal verantwoorde wijze te laten afvloeien (vgl. Teulings et al. 1996). Ook zou de WAO soms een gemakkelijke uitweg zijn indien er sprake is van problemen of conflicten op het werk. Werknemers (waaronder ook hoge ambtenaren) wordt bij arbeidsconflicten soms letterlijk gevraagd zich maar ziek te melden. De Commissie Donner was zeer stellig in haar overtuiging, dat arbeidsongeschiktheid al te vaak het gevolg is van de noodlottige combinatie van onvrede en conflicten op het werk:

“Zonder af te doen aan al die gevallen waarin ziekteverzuim volstrekt verantwoord is, bevordert de Nederlandse arbeidswetgeving het ontstaan van ziekteverzuim omdat ziekte nog vrijwel de enige geldige, niet effectief controleerbare grond is om arbeid te onderbreken. (..)Dat het ziekteverzuim daarbij voor alle mogelijke andere redenen dan ziekte wordt gebruikt, is volledig geaccepteerd. Het baart geen opzien meer dat als er conflicten zijn aan de top van een departement de betrokken ambtenaar ‘ziek’ thuis zit (..). Als eenmaal voor ziektever-

*zuim is gekozen, zal dat vaak – al was het maar voor het eigen geweten – ‘gerechtvaardigd’ moeten worden met een zeker ziektegevoel en eventueel een bezoek aan de dokter. De uiteenlopende oorzaken die aan het verzuim ten grondslag liggen, worden zo op het spoor van de medicalisering gezet. (...)Wat in andere landen een arbeidsconflict heet, dreigt bij ons in het verzuimproces gemedicaliseerd te worden en kan uiteindelijk tot WAO-instroom leiden. Wat in andere landen ‘de verkeerde man op de verkeerde plek’ heet, leidt bij ons tot stress en uiteindelijk tot permanente arbeidsbelemmeringen en WAO-uitkering, terwijl tijdige overplaatsing naar een andere functie goed mogelijk zou zijn”.*¹

Ook in het boven geschreven geval van dhr. Arsalan lijken de psychische klachten in belangrijke mate het gevolg van problemen en conflicten op het werk. Er werden hoge verwachtingen aan dhr. Arsalan gesteld, die hij mede door zijn problematische privé-omstandigheden op dat moment niet kon waarmaken. Dit veroorzaakte spanningen en conflicten op het werk, die zo hoog opliepen dat de betrokkene naar eigen zeggen op een gegeven moment ‘instortte’ en zich met allerlei klachten ziek meldt. Aangezien de werkgever deze moeilijk ervaren arbeidskracht liever kwijt dan rijk is, wordt weinig gedaan om dhr. Arsalan gedurende het eerste ziektejaar weer terug op zijn werk te krijgen. Een goed gesprek met de leidinggevende is er niet bij. Wel krijgt dhr. Arsalan op arbeidstherapeutische basis aangepast werk aangeboden, maar als dit niet lukt (of hij dat niet wil, dat wordt niet helemaal duidelijk) wordt er niet echt op aangedrongen. Zo glijdt iemand geleidelijk af in de richting van de WAO-beoordeling en is men dan al zo lang thuis, dan wordt de kans op werkhervatting steeds geringer.

Het geval van dhr. Arsalan is geen uitzondering. Van de tien voor dit onderzoek beschreven cases van allochtone WAO’ers waren er drie gevallen (steeds mannen) met duidelijke arbeidsconflicten. Daarnaast ontstond er in twee andere gevallen ná de ziekmelding een conflict tussen werknemer en werkgever. Behalve bij dhr. Arsalan was de ziekmelding ook in geval van dhr. Binali (casus 1) en dhr. Bargi (casus 4) nauw gerelateerd aan een arbeidsconflict. Dhr. Binali (beschreven in paragraaf 3.1) was net als dhr. Arsalan een hoger opgeleide allochtone werknemer, met een leidinggevende functie. Hij is het echter niet eens met het gevoerde bedrijfsbeleid en voelt zich het ware klemgezet tussen de bedrijfsleiding enerzijds en de veelal allochtone werknemers op de werkvloer anderzijds. Ook in dit geval koesterde de werkgever hoge verwachtingen omtrent de allochtone werknemer, die de betrokkene – althans in de ogen van de werkgever – niet kon waarmaken. Dhr. Bargi (beschreven in paragraaf 4.3) is een meer klassiek geval van een laagopgeleide Turkse werknemer. Hij werkt als vuilnisman, maar heeft last van zijn rug en meldt zich vaak ziek. Op grond van in de CAO opgenomen regelingen gaat dhr. Bargi er om die reden, anders dan zijn collega’s, in salaris niet op vooruit. Het gevolg is echter, dat dhr. Bargi zich achtergesteld voelt bij zijn autochtone collega’s. Meer algemeen voelt hij zich door zijn werkgever onder druk gezet. Hij is de ‘pispaal’: ‘..op een gegeven moment moest je alles maar doen wat zij zeiden en gewoon alles maar pikken’. Uiteindelijk meldt dhr. Bargi zich ziek met psychische klachten en wordt hij volledig afgekeurd.

In twee andere gevallen ontstond er na de ziekmelding een conflict tussen werknemer en werkgever. Hoewel dhr. Ercan Camal (casus 5 beschreven in paragraaf 3.4) ernstig ziek was (zware diabetes en daarna ook hartproblemen), hechtte zijn baas geen geloof aan zijn ziekmelding. De werkgever meende dat autochtone werknemers met dezelfde klachten wel vaak blijven werken. De arbeidsongeschiktheid van dhr. Ercan Camal berustte naar de overtuiging van zijn baas niet zozeer op diens ziekte, maar op onwil: ‘Deze meneer had zelf besloten dat-ie in de WAO ging. Dat heeft hij ook te kennen gegeven, dus die wilde ook niet meer’. Bij dhr. Ercan Camal ontstaat het conflict dus omdat de werkgever geen geloof hecht aan het ziekteverhaal van zijn werknemer. Bij mw. Arsalan (casus 9 beschreven in paragraaf 5.4) ontstaat er een conflict wanneer de

werkgever er na de ziekmelding op aandringt, althans volgens haar weergave, dat zij ontslag neemt. Zij ervaart dit als 'gemeen'.

Als we vaststellen dat ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vaak hun oorzaak vinden in problemen en conflicten op het werk rijst vervolgens de vraag of dit bij allochtone werknemers vaker voorkomt dan bij autochtonen. Deze vraag kwam aan de orde in diverse recente studies, die echter niet tot een eensluidend antwoord leiden. Zo concludeerde Hubregtse (2000, 27) op basis van een literatuurstudie en interviews met sleutelpersonen, dat allochtone werknemers meer last hebben van werkstress als gevolg van arbeidsconflicten dan autochtonen. Ze meldt, dat:

"(..) veel allochtonen problemen ervaren met acceptatie en waardering door collega's en/of leidinggevenden. (...) Allochtone werknemers [zouden] vaak het idee hebben dat ze zich moeten bewijzen of extra moeten presteren in vergelijking met autochtone werknemers. Verder blijken ook problemen voortkomend uit (interculturele) communicatie, zowel verbaal als non-verbaal, mogelijke oorzaken van werkstress te zijn. Verder [wordt] discriminatie genoemd als een belangrijke determinant van werkstress bij allochtonen".

Andere onderzoeken bevestigen deze uitkomsten echter niet. Zo meldt Hijmans van den Bergh (2002) op basis van interviews met bedrijfsartsen, dat arbeidsconflicten weliswaar vaak de reden voor ziekmelding zijn, maar dat dit bij allochtone werknemers niet vaker voorkomt dan bij autochtonen. Wel zouden allochtone werknemers vaak problemen op het gebied van pesten en discriminatie melden. Als de bedrijfsarts dergelijke problemen met de werkgever bespreekt, meent deze laatste echter vaak dat de betrokkene overdrijft en zich snel gediscrimineerd voelt. Ook Kramer en Bohlmeijer (2001) melden op grond van een enquête onder autochtone en allochtone werknemers, dat allochtone werknemers niet vaker met arbeidsconflicten te maken hebben dan autochtonen. Ook vindt men niet, dat allochtonen anders (meer lijdzaam) omgaan met conflicten. Wel zouden de geënquêteerde allochtone werknemers zich relatief vaak gediscrimineerd voelen, zowel door leidinggevenden als door collega's. De onderzoekers geven twee verklaringen voor hun onverwachte bevinding, dat allochtone werknemers niet vaker arbeidsconflicten melden dan autochtonen. Ten eerste wijzen ze op de selectiviteit van de onderzochte steekproef. Allochtone respondenten waren in meerderheid redelijk opgeleide, Surinaamse of Antilliaanse vrouwen, die goed geïntegreerd zijn in de Nederlandse samenleving en goed Nederlands spraken. Er waren maar weinig Marokkaanse respondenten (alleen vrouwen) en geen Turkse respondenten. Ten tweede suggereren de onderzoekers, dat wellicht zowel autochtone als allochtone werknemers in multiculturele arbeidsorganisaties vaak met arbeidsconflicten te maken hebben.

Geconcludeerd kan worden, dat ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid ook bij Turkse en Marokkaanse WAO'ers relatief vaak het gevolg is van problemen op het werk. Dit is echter niet specifiek voor allochtonen, want ook bij autochtone werknemers komt dit dikwijls voor. Bestaand onderzoek geeft geen uitsluitsel of allochtone werknemers vaker met arbeidsconflicten geconfronteerd worden dan autochtonen. Wel voelen allochtone werknemers zich veelvuldig gediscrimineerd op het werk, hetgeen ook naar voren kwam in de voor deze studie verrichte gevalsbeschrijvingen. Of deze gevoelens terecht zijn of niet, kan op grond van deze studie niet worden aangegeven. Wel kan gesteld worden, dat alleen al het gevoel gediscrimineerd en achtergesteld te worden een belangrijke bron van onvrede en stress op het werk kan zijn en ertoe kan leiden dat mensen zich ziek melden c.q. na een ziekmelding wellicht minder geneigd zijn tot werkhervatting.

4.3 Reïntegratie-inspanningen van werkgevers

Casus 4: Dhr. Bargi*

Turkse man, 46 jaar

Laatste ziekmelding: maart 1998

In de WAO sinds: begin 1999

Arbeidsongeschiktheidspercentage: 80-100%

Diagnose: psychische klachten

Achtergrond en werk

Dhr. Bargi woonde vanaf zijn tienerjaren in Duitsland en is in 1993 naar Nederland gekomen. Hij was indertijd getrouwd en had vier kinderen. Zijn gezin woonde echter niet bij hem in Duitsland, maar in Turkije. Dhr. Bargi heeft al zestien jaar een vriendin. Op een gegeven moment besluit hij van zijn vrouw te scheiden en in Nederland te gaan samenwonen met zijn vriendin. Zo gebeurt, maar gaandeweg krijgt hij het idee dat zijn nieuwe levenspartner hem gebruikt. Hij wordt hier erg verdrietig van en krijgt last van intense hoofdpijnen, temeer daar hij inmiddels ook problemen heeft op zijn werk. Uiteindelijk besluit het nieuwe paar uit elkaar gegaan. Dhr. Bargi laat zijn ex-vrouw vanuit Turkije naar Nederland overkomen en ze trouwen opnieuw.

Sinds zijn komst naar Nederland werkt dhr. Bargi als vuilnisman bij een afvalbedrijf. Hij werkt fulltime, heeft een vast dienstverband en is tevreden over zijn werk. Hij houdt van lichamelijk werk en vindt het heerlijk in de buitenlucht bezig te zijn. Hij heeft echter rugklachten en volgens de geïnterviewde werkgever is hij *'heel vaak ziek'*. De werkgever noemt hem zelfs een *'doorlopend ziektegeval'*. Nu kent de afvalbranche een hoog ziekteverzuim en om dat te voorkomen, hebben de bedrijven in de CAO een regeling opgenomen dat werknemers die te vaak ziek zijn er in salaris niet op vooruitgaan. Alle werknemers hebben dit verzuimreglement moeten ondertekenen en zijn er dus van op de hoogte. Op een gegeven moment wordt dhr. Bargi vanwege regelmatig ziekteverzuim op zijn inkomen gekort. Hij ervaart dit echter als onterechte en ongelijke behandeling. Nederlandse collega's krijgen volgens hem voor hetzelfde werk *'honderden guldens méér'*.

Dhr. Bargi durft er echter niets van te zeggen, omdat hij geen vaste verblijfsvergunning heeft. Bovendien moet hij over betaald werk beschikken om zijn gezin naar Nederland te kunnen halen. Hij is bang dat wanneer hij nu zou 'piepen' hij wellicht ontslagen zou worden en dan ook problemen zou krijgen met de vreemdelingendienst. Over wat er dan gebeurt, verschillen de meningen. Volgens dhr. Bargi heeft hij met hulp van de FNV een rechtszaak tegen zijn baas aangespannen om de ongelijke behandeling aan de kaak te stellen. Volgens de werkgever was er alleen een gesprek met de FNV, die door dhr. Bargi was ingeschakeld om over de problemen te praten. De werkgever benadrukt dat de vakbond in zulke gevallen altijd contact met de werkgever opneemt. Wat de uitslag van de rechtszaak c.q. het gesprek tussen werkgever en de vakbond is, kwamen we niet te weten.

Dhr. Bargi vertelt echter dat hij daarna extra hard wordt aangepakt. Volgens hem moet hij na de 'rechtszaak' twee keer zo hard werken. Meer algemeen meent hij dat zijn werkgevers hem onder druk zetten en als 'pispaal' beschouwen: *'op een gegeven moment moest je alles doen wat zij zeiden en gewoon alles maar pikken'*. Hij schikt zich echter in de situatie omdat hij bang is zijn werk te verliezen en daardoor zijn verblijfsvergunning mis te lopen. Hij moest wel zo hard werken met de hete adem van de verblijfsvergunning in zijn nek. Alles bij elkaar leidt het er echter toe, dat dhr. Bargi psychische klachten begint te krijgen. Hij wordt naar eigen zeggen ontzettend bang en 'raar in zijn hoofd'. Hij vertrouwt niemand meer en – zoals hij zelf zegt – hij ziet de wereld anders. Hij heeft het in zijn hoofd niet meer op een rijtje.

* Dit is een gefingeerde naam

Ziekmelding en eerste ziektejaar

In maart 1998 meldt dhr. Bargi zich voor de laatste keer ziek. Hij kan de spanningen en het (ervaren) gepest op zijn werk niet meer aan en stort in. Volgens dhr. Bargi hecht de Arbo-arts, die de ziekmelding moet controleren, in eerste instantie weinig geloof aan zijn verhaal. De Arbo-arts gelooft niet dat hij ziek is en vindt dat hij wel kan werken. Volgens dhr. Bargi komt dit ook omdat de werkgever de Arbo-dienst onder druk zet. Pas na verloop van tijd komt de Arbo-arts er achter dat hij onder psychiatrische behandeling is, allerlei medicijnen krijgt en dus echt geen spelletje speelt. Pas toen hij dit allemaal hoorde, geloofde de Arbo-arts dat dhr. Bargi echt ziek was.

Opmerkelijk is dat de werkgever geen weet lijkt te hebben van de psychische klachten van dhr. Bargi. Op onze vraag of de betrokkene ander werk aangeboden heeft gekregen, antwoordt de werkgever:

“Nee, in verband met de ziekte in zijn rug kon er geen herplaatsing plaatshebben en zijn er geen aanpassingen verricht. Hij bleek ongeschikt voor ander werk en daardoor zagen we geen mogelijkheden”.

De verantwoordelijke verzekeringsarts bevestigt echter dat dhr. Bargi wel degelijk om psychische redenen in de WAO terecht is gekomen, er zou sprake zijn van ‘depressieve klachten’ of een ‘depressieve episode’. Er is indertijd wel een voorlopig reïntegratieplan ingediend voor dhr. Bargi maar of er ook een volledig reïntegratieplan is ingediend, kan uit het dossier niet worden opgemaakt. Volgens de geïnterviewde uvi-functionaris is het echter wel duidelijk, dat noch de Arbo-dienst noch de werkgever veel werk van reïntegratie hebben gemaakt. Uit het dossier kan volgens haar worden opgemaakt, dat:

“..de bedrijfsarts de werknemer niet heeft gesproken vanwege het ziektebeeld (ofwel: kansloos)”.

Op onze vraag of de werkgever voldoende heeft gedaan om de betrokkene aan het werk te houden, antwoordt de verantwoordelijke verzekeringsarts:

“Nee, die hebben het wel gezien. Ze hebben ontslag aangevraagd. (...)We weten natuurlijk allemaal dat heel veel mensen in de WAO worden geloosd. (...) In dit geval is duidelijk dat de werkgever hem gewoon kwijt wil”.

De werkgever bevestigt dit overigens. Volgens hem voert zijn bedrijf een actief reïntegratiebeleid, waardoor zieke werknemers óf hun werk zo snel mogelijk hervatten óf uit de organisatie afvloeien: *“We willen namelijk eigenlijk geen zieken in onze organisatie houden”.*

De WAO-beoordeling

Dhr. Bargi heeft inmiddels twee WAO-beoordelingen achter de rug. De eerste WAO-beoordeling (einde wachttijd) was volgens de betrokkene zelf

“..in een paar minuten gebeurd. De verzekeringsarts ging gewoon uit van de beslissing van de huisarts en het ziekenhuis. Ik werd volledig afgekeurd”.

De eerste herkeuring (na een jaar WAO) vond pas eind 2000 plaats, ruim een half jaar te laat. Dhr. Bargi is inmiddels onder psychiatrische behandeling en wordt wederom volledig afgekeurd. Wel wordt afgesproken dat dhr. Bargi om het half jaar bij de verzekeringsarts terug moet komen om te bekijken of er al een verbetering van de situatie is. Het eerstvolgende gesprek stond voor midden 2001 gepland. De uitkomst hiervan is ons niet bekend.

Reïntegratie

Opmerkelijk bij deze casus is dat er – voorzover wij konden nagaan – geen arbeidsdeskundige bij is betrokken. Er is louter op medische gronden besloten dat de betrokkene niet kon werken. Hierdoor is er in dit geval echter ook weinig aan reïntegratie gedaan. Alle partijen waren het er over eens dat werkherhvatting bij de oude werkgever niet aan de orde was. De werknemer wil ook niet terug naar zijn oude baas: *‘Als ik hem nog eens tegenkom, knip ik zijn oren er af’*. Omgekeerd is de werkgever zijn lastige werknemer liever kwijt dan rijk en lijkt hij van meet af aan op ontslag aan te sturen. Inmiddels is de arbeidsrelatie dan ook verbroken:

“Ja, na 2 jaar volgt automatisch ontslag. We hebben de ontslagvergunning gekregen, dus de gronden voor ontslag zijn geoorloofd door de Arbeidsvoorziening. We hebben toestemming voor ontslag gekregen. Dhr. Bargi had in verweer kunnen gaan tegen de ontslagaanvraag, maar hij heeft het ontslag inhoudelijk niet bestreden”.

Achteraf kan gesteld worden, dat veel eerder met reïntegratieactiviteiten gestart had moeten worden. Al voor afloop van het eerste ziektejaar was duidelijk dat werkherhvatting bij de oude werkgever niet aan de orde was, daarvoor waren de verhoudingen te verziekt. Er is echter nooit naar andere mogelijkheden gekeken. Inmiddels betwijfelt de betrokkene echter of hij ooit weer aan de slag zal komen. Ook de verzekeringsarts ziet het somber in. Ze wil dhr. Bargi niets opleggen. Hoewel dit formeel wel kan, heeft het volgens haar weinig zin en willen de meeste mensen uiteindelijk toch zelf weer aan het werk. Voorlopig laten ze hem even met rust. Hij heeft volgens de verzekeringsarts veel meegemaakt en heeft tijd nodig voor verwerking. Ze vindt de situatie echter niet uitzichtloos:

“Hij is wel apathisch maar zit in het proces. Er is gepraat over sporten en vrijwilligerswerk. Hij wekte wel de indruk dat-ie dat wilde gaan doen”.

Meer algemeen meent de verzekeringsarts dat het bij allochtonen vaak moeilijk is om tot hun hoofden door te dringen. Ze kan ze niet bereiken, spreekt de taal niet en heeft geen kennis van hun leefwereld. Verzekeringsartsen zijn onvoldoende toegerust om met allochtonen te communiceren en hen te beoordelen. Ze zijn niet geschoold in interculturele communicatie:

“We hebben veel te weinig instrumenten om tot deze mensen door te dringen. Zeker als ze laag opgeleid zijn. En ze hebben een andere beleving van ziekte én een andere cultuur”.

ANALYSE

In recente debatten over de WAO wordt sterk benadrukt, dat arbeidsongeschiktheid in veel gevallen voorkomen kan worden door een actiever ziekteverzuimbeleid en meer reïntegratie-inspanningen gedurende het eerste ziektejaar. Veel deskundigen zijn het er over eens, dat aan de ‘voorzijde’ van het reïntegratietraject de meeste winst behaald kan worden. Hoe sneller de behandeling van zieke werknemers, des te groter de kans op geslaagde reïntegratie.² Dit legt echter een grote verantwoordelijkheid bij werkgevers en de door hen ingehuurde Arbo-diensten om langdurig ziekteverzuim terug te dringen. De nieuwe arbeidsongeschiktheidsregelingen van begin jaren negentig (m.n. de privatisering van de ziektewet en de verplichte loondoorbetaling door werkgevers én de wet Pemba waardoor bedrijven met veel arbeidsongeschikten méér premie moeten betalen) zijn dan ook bedoeld om werkgevers financieel te ‘prikkelen’ een actiever beleid op het gebied van ziektepreventie en reïntegratie te voeren. Dat dit alles geen utopisch ideaal is, blijkt uit het functioneren van de bedrijfsinterne Arbo-diensten van een aantal grote bedrijven die door een intensieve ziektebegeleiding gedurende het eerste ziektejaar de WAO-instroom in de betreffende bedrijven drastisch wisten te reduceren.³

Er is inmiddels enig onderzoek gedaan rond de vraag waarom sommige bedrijven en bedrijfssectoren succesvoller zijn als het gaat om reïntegratie van zieke werknemers dan andere. Behalve van relatief 'harde' kenmerken van de betreffende bedrijven en sectoren (het type werkzaamheden en daartoe vereiste scholingsniveau, de arbeidsomstandigheden en de bedrijfsomvang [grote bedrijven leveren meer WAO'ers af dan kleine]) blijkt dit ook mede afhankelijk van het optreden van werkgevers, personeelsfunctionarissen en de verhoudingen op de werkvloer. In de relevante literatuur worden daarbij de volgende factoren genoemd (vgl. Van Meershoek 1999; AS\tri 2000; Hertogh 2001; Den Uijl en Lindesvärd 2001; Van der Veen et al. 2001):

Actieve verzuimbegeleiding door werkgevers en Arbo-diensten

Vroegtijdige en actieve verzuimbegeleiding is een eerste voorwaarde om te voorkomen dat ziekteverzuim lang voortduurt en uiteindelijk overgaat in arbeidsongeschiktheid. Uit recent onderzoek naar succesvolle bedrijven op het vlak van de reïntegratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemers blijkt, dat zij een duidelijk gestructureerd formeel ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid hebben. Dit beleid is erop gericht dat de zieke werknemer snel terugkeert naar de eigen werkplek of een andere werkplek binnen de organisatie. Cruciaal is ook dat het bedrijf snel contact opneemt met zieke werknemers en contact blijft houden.

Goede samenwerking tussen partijen

Werkgevers besteden de verzuimbegeleiding gedurende het eerste ziektejaar deels uit aan private Arbo-diensten. Wat een Arbo-dienst kan doen, hangt echter deels af van het soort contract dat bedrijven met hen hebben afgesloten. Bij te goedkope contracten, beperkt de Arbo-dienst zich veelal tot controle van het ziekteverzuim en worden geen actieve stappen gericht op reïntegratie ondernomen. Daarbij denken werkgevers vaak dat ze de behandeling van zieke werknemers geheel uit handen hebben gegeven aan de Arbo-diensten. Beleid gericht op reïntegratie vergt echter dat werkgevers intensief betrokken blijven. Wel moet er een duidelijke regisseur in het reïntegratieproces zijn. Arbo-diensten zouden hiervoor de aangewezen partij zijn, maar maken deze rol niet waar (Hertogh 2001, 147).

Bereidheid tot werkaanpassingen

Zieke werknemers kunnen soms niet terug naar hun oude functie in het bedrijf, maar zijn daarmee nog niet arbeidsongeschikt. Het idee achter de afschaffing van de ziektewet was, dat juist werkgevers arbeidsongeschiktheid in veel gevallen kunnen voorkomen door aangepaste werkzaamheden binnen het bedrijf aan te bieden (parttime werk, andere arbeidstijden, ander arbeidsritme, andere werkzaamheden). Zieke werknemers dienen met hun werkgever te overleggen over mogelijkheden om het werk onder aangepaste omstandigheden te verrichten. De verantwoordelijkheid om tot dergelijke oplossingen te komen, ligt niet bij de uvi's, maar bij werkgevers en werknemers zelf. Van werkgevers wordt verwacht dat zij creatieve plannen zullen bedenken om werkhervatting van hun zieke werknemers mogelijk te maken. Ze zijn hiertoe echter niet verplicht. Er is hooguit een *'inspanningsverplichting'*: *"..van werkgevers (wordt) verwacht dat zij plausibel kunnen maken dat het niet mogelijk is om aanpassingen in de werksituatie te creëren"* (Meershoek 1999, 109-110).

Open arbeidsrelatie en persoonlijke aandacht

De mogelijkheden tot werkhervatting worden echter niet alleen bepaald door de creativiteit van betrokken partijen, maar ook door de kwaliteit van de werknemer-werkgever relatie en de sociale relaties in het bedrijf in het algemeen. Een goed overleg tussen werkgevers en zieke werknemers heeft alleen kans van slagen als er een open arbeidsrelatie bestaat. Werknemers moeten zich vrij voelen om problemen (niet alleen de eigen ziekte, maar bijvoorbeeld ook de werksfeer) te kunnen bespreken, werkgevers moeten betrokkenheid tonen voor hun zieke werknemers en hun problemen (Meershoek 1999, 113). Meer algemeen wordt in deze gespro-

ken van een 'positieve verzuimcultuur' (vgl. AS/tri Leiden 2000; Den Uijl en Lindesvärd, 2001). Bedrijven met weinig ziekteverzuim en snelle werkhervatting worden gekenmerkt door een soort vanzelfsprekende zorg en aandacht voor het personeel. Werkgevers geven hun zieke werknemers het gevoel dat ze ondanks hun ziekte en huidige beperkingen belangrijk en welkom zijn in het bedrijf. Dit veronderstelt een zekere binding tussen werkgevers en werknemers. Bij een 'losse' personeelsstructuur (flexibele of tijdelijke contracten, veel kleine deeltijdbanen) is de binding tussen werkgever en werknemer zwakker. Concreet kan dit tot gevolg hebben, dat werknemers zich sneller ziek melden en werkgevers zich hierbij neerleggen. Bovendien is de bereidheid van werkgevers om te investeren in persoonlijke aandacht voor zieke werknemers en in preventie en reïntegratie bij zulke 'lossere' verhoudingen niet erg groot.

Er zijn dus diverse kenmerken van werkgeversgedrag waarmee langdurig ziekteverzuim voorkomen en werkhervatting bevorderd kan worden. Als we dit vergelijken met het feitelijke optreden van werkgevers in de beschreven cases dan zien we echter in de meeste gevallen een wereld van verschil. Van een open en belangstellende houding van werkgevers voor hun zieke Turkse of Marokkaanse werknemers is vaak geen sprake. In veel gevallen is er na de ziekmelding nauwelijks contact tussen werkgever en zieke werknemer, laat staan van persoonlijke aandacht. Vrij extreem is dit in het geval van dhr. Bargi. Zo dacht de werkgever dat dhr. Bargi rugklachten had, terwijl hij uiteindelijk wegens psychische klachten wordt afgekeurd. Maar ook in het hiervoor beschreven geval van dhr. Arsalan gaf de geïnterviewde werkgever aan, dat hij liever geen contact met de zieke werknemer had. Wat verder opvalt in de beschreven cases is, dat veel werkgevers niet geloven dat hun Turkse of Marokkaanse werknemers werkelijk ziek zijn. Verder lijken ze vaak nauwelijks geïnteresseerd in de terugkeer van een allochtone zieke werknemer – zeker als de betrokkene (zoals dhr. Bargi) als lastig wordt ervaren. De vermeende prikkelende werking van de nieuwe arbeidsongeschiktheidsregelingen uit de jaren negentig (verplichte loondoorbetaling gedurende het eerste ziektejaar, hogere premies voor bedrijven met veel arbeidsongeschikten) blijken in de praktijk nog weinig effect te sorteren. Ook de Arbo-diensten beperken hun activiteiten in veel gevallen tot registratie en controle van ziekteverzuim, en doen weinig aan reïntegratie.

In veel gevallen lijkt er sprake van een soort stille consensus tussen werkgevers en hun zieke allochtone werknemers. Beide partijen lijken het erover eens dat werkhervatting niet aan de orde is en dat de WAO de door sommigen als gewenst en door anderen als onvermijdelijk ervaren uitkomst is. De meeste Turkse en Marokkaanse WAO'ers die we spraken, vonden (al dan niet terecht) dat ze te ziek zijn om te werken en wilden daarom een WAO-uitkering. Maar ook hun werkgevers zien kennelijk weinig in terugkeer naar werk, ze doen in ieder geval weinig om werkhervatting te bevorderen. Dit is vanuit de gang van zaken gedurende het eerste ziektejaar enigszins te begrijpen. Als de werknemer zich ziek meldt, zal de werkgever in eerste instantie rustig afwachten. Pas als de werknemer na enkele weken of maanden nog steeds ziek is, begint de werkgever zich misschien zorgen te maken. Voordat echt duidelijk wordt dat de werknemer ziek blijft en dat arbeidsongeschiktheid dreigt, is echter het eerste ziektejaar al voor een groot deel voorbij. Op dat moment is het wellicht voor werkgevers gemakkelijker om ook de resterende maanden van de 'wachtijd het loon door te betalen en te wachten tot de werknemer in de WAO gaat. Voor de meeste werkgevers is daarmee de kous af. Na nog een jaar wachten is ook de ontslagbescherming afgelopen en volgt – zoals de werkgever van dhr. Bargi zegt – 'automatisch ontslag'.

Toch is ook deze werkgever niet helemaal gelukkig met de gang van zaken. Hij zoekt de schuld hiervoor echter niet bij zichzelf, maar bij anderen (de Arbo-dienst en de uvi). Wij vragen de werkgever welke verantwoordelijkheid de werknemer heeft om werkhervatting mogelijk te maken. Volgens de werkgever zijn zowel de werknemer als de werkgever hiervoor verantwoordelijk:

"Beiden moeten een inspanning leveren. De werkgever moet het initiatief nemen, omdat een zieke werknemer meer gelaten en afwachtend is. Deze afwachtende houding moet een werkgever activeren. Je moet veel contact met elkaar houden, dat is heel belangrijk. Ik vind dat de Arbo-dienst hierin een belangrijke rol speelt: werknemer en werkgever zijn namelijk eigenlijk beiden leken. Je kunt wel bepaalde ideeën hebben om iemand te herplaatsen, maar een Arbo-arts moet zeggen of dat kan of niet. De Arbo-arts moet dus duidelijk spreken met de werkgever. Een zieke werknemer zal ook meer naar een buitenstaander als de Arbo-arts luisteren dan naar de werkgever. Anders denkt men 'ze willen van me af' en dat mag nooit het uitgangspunt zijn".

Maar ook de uvi krijgt een veeg uit de pan:

"Ik vind dat de uvi hierin wel wat actiever mag zijn. Ook zij hebben er namelijk baat bij. Ik heb meegemaakt dat zowel de werkgever als de werknemer wilden herplaatsen buiten de eigen organisatie in een functie die de betrokken werknemer graag wilde. (...) Maar het mocht niet van de uvi. Toen hadden wij ook zoiets van: 'Nu kunnen we iemand herplaatsen bij een werkgever die hem graag wil hebben..'. Ik begrijp ook wel dat de uvi's het heel druk hebben waardoor men minder aandacht aan dit soort zaken kan besteden. Dat is heel erg jammer".

De hier beschreven gevallen laten echter ook zien dat het anders kan met reïntegratie. In twee van de tien gevallen was, althans in eerste instantie, wel sprake van een geslaagde reïntegratie. Het eerste voorbeeld hiervan treffen we bij casus 6 (beschreven in paragraaf 5.3). Het gaat om een Marokkaanse vrouw die als kamermeisje bij een hotel werkte maar was uitgevallen wegens rugklachten. Na haar eerste uitval creëerde de werkgever speciaal voor haar een nieuwe functie met aangepaste, lichte werkzaamheden, zodat men haar in dienst kon houden. Dit werd deels gefinancierd door een REA-subsidie (herplaatsingsbudget). De arbeidsdeskundige kon regelen dat de betrokkene alsnog gedeeltelijk arbeidsongeschikt werd verklaard, zodat ze financieel niet zou merken dat ze ander (minder betaald) werk deed. De gedeeltelijke WAO-uitkering werd direct aan de werkgever betaald, die vervolgens het loon uitbetaalde. Het tweede voorbeeld is casus 7 (zie paragraaf 5.4). Dit betreft een jonge Turkse vrouw die in dienst was van een instelling voor gesubsidieerde werkgelegenheid (WIW en WSW). Nadat zij eerder al een jaar ziek was geweest, had haar personeelsconsulent bij de WIW-instelling voor haar een baan gevonden bij een computerbedrijf. De consulent regelde dat ze op detacheringbasis bij de externe werkgever kon werken, zodat deze laatste geen risico zou lopen bij eventuele hernieuwde uitval. In beide gevallen waren door een goede samenwerking tussen betrokken partijen creatieve oplossingen bedacht, die reïntegratie mogelijk maakten. Toch liep het in beide gevallen alsnog verkeerd af, omdat de werknemers na korte tijd om gezondheidsredenen opnieuw uitvielen.

Veel werkgevers klagen over de Arbo-diensten (en over de uvi's, maar dat wordt beschreven in het komende hoofdstuk). De Arbo-diensten zouden eigenlijk de sturende partij gedurende het eerste ziektejaar moeten zijn, maar slagen er niet in deze rol te vervullen. Werkgevers denken dat ze de volledige ziektecontrole en ziektebegeleiding hebben uitbesteed aan de Arbo-dienst, maar merken tot hun schrik dat de Arbo-dienst te weinig en te traag handelt:

"Wij moeten steeds zelf contact zoeken met de Arbo-dienst, maar ik vind dat dit eigenlijk andersom moet. De Arbo-dienst moet een meer pro-actief beleid voeren. Het moet niet zo zijn dat het contact altijd van één kant komt".

“Er is sprake van een passief beleid. Mensen worden veel te laat opgeroepen. Voordat de oproep in de bus ligt, zit men al 2 tot 3 weken thuis. Veel mensen hebben een afwachtende houding: ik ben nog niet opgeroepen, dus hoef ik niet te werken, terwijl ze misschien al wel weer kunnen. Dit is vooral het geval bij psychische klachten: dat is natuurlijk een rekbaar begrip. (...) De Arbo-dienst is ook zo om te praten: als je daar een potje gaat janken, hoef je de eerste drie weken niet terug te komen. Als de Arbo-dienst een actiever beleid gaat voeren kan er veel veranderd worden. Als een personeelslid niet kan werken, moet dit gelijk afgesloten worden”.

Ander onderzoek onder bedrijfsartsen wijst uit dat zij in hun contacten met werkgevers juist op weerstand en negatieve vooroordelen ten aanzien van allochtone medewerkers stuiten (Hijmans van den Bergh 2002). Sommige werkgevers kunnen weinig begrip opbrengen voor de mogelijke invloed van culturele en maatschappelijke factoren op het verzuim van allochtonen, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van interculturele conflictsituaties. Volgens de bedrijfsartsen is verzuimpreventie primair de verantwoordelijkheid van de werkgever en is de Arbo-dienst in deze slechts adviserend. Overigens bestaat er – blijkens genoemd onderzoek - wel behoefte onder bedrijfsartsen om zich verder te scholen in de sociaal-medische begeleiding van allochtonen.

4.4 De uvi's als poortwachters

Een centrale bevinding van dit hoofdstuk is, dat de reïntegratie-inspanningen van werkgevers vaak tekortschieten. Dit bevestigt overigens de uitkomsten van andere onderzoeken op dit terrein. Eén van de taken van de uvi's is om te controleren of werkgevers en werknemers gedurende het eerste ziektejaar voldoende hebben gedaan om werkhervatting mogelijk te maken en zo arbeidsongeschiktheid te voorkomen. Deze controlerende taak van de uvi's in het eerste ziektejaar is vastgelegd in het zogenaamde poortwachtermodel, dat is ingevoerd in 1997. Indien de werkgever in gebreke is gebleven, kan een boete worden opgelegd. Het belangrijkste middel dat de uvi's hebben om de reïntegratie-inspanningen van werkgevers te controleren, is het zogenaamde reïntegratieplan. Drie maanden na de ziekmelding moet de werkgever zo'n reïntegratieplan indienen bij de uvi. Wanneer verwacht wordt dat de zieke werknemer binnen het jaar weer volledig aan het werk is, kan worden volstaan met een voorlopig reïntegratieplan. Dit is in feite niet meer dan een formulier met summier informatie (naam, functie, datum en reden van ziekmelding, enzovoort). Wanneer de werkgever en Arbo-dienst verwachten dat de zieke werknemer niet binnen het jaar weer aan het werk is en dus kans op arbeidsongeschiktheid dreigt, moet een volledig reïntegratieplan worden ingediend waarin ook is aangegeven welke stappen zijn genomen om werkhervatting mogelijk te maken. Indien in eerste instantie een voorlopig reïntegratieplan is ingediend, maar de werknemer blijft ziek, dan moet uiterlijk acht maanden na de ziekmelding alsnog een volledig reïntegratieplan worden opgesteld en ingediend. De uvi moet zowel de inhoud van de reïntegratieplannen controleren (is er voldoende gedaan om werkhervatting mogelijk te maken) als de tijdigheid (zijn de plannen op tijd ingeleverd). Behalve deze controlerende taak hebben de uvi's volgens het vigerende poortwachtermodel ook een informerende en faciliterende rol in het eerste ziektejaar. Zo kunnen de werkgever of Arbo-dienst de uvi in concrete gevallen om een reïntegratie-advies vragen.

Dat er van dit alles in de praktijk weinig terecht komt, is reeds herhaaldelijk gebleken uit onderzoek. Zo laten Meershoek et al. (2000, 9-10) zien dat de informerende en faciliterende rol van de uvi's in de praktijk 'nauwelijks gestalte' heeft gekregen. Hetzelfde geldt voor de controlerende rol van de uvi's en met name de inhoudelijke toetsing door de uvi's van de door werkgevers

ingediende reïntegratieplannen. Voor dit laatste noemen Meershoek et al. drie redenen: de reïntegratieplannen geven onvoldoende inzicht in de feitelijke activiteiten van werkgevers en Arbo-diensten, er zijn geen 'harde' criteria om de reïntegratie-inspanningen inhoudelijk te beoordelen en de uvi's menen dat boetes geen goed middel zijn om werkgevers aan te sporen tot reïntegratiebevorderend gedrag. Werkgevers en Arbo-diensten zien het reïntegratieplan als een noodzakelijk kwaad, dat pas op het laatste moment en veelal zonder betrokkenheid met de werknemer wordt opgesteld. De uvi's ontbreekt het vervolgens aan tijd en middelen om deze plannen inhoudelijk te toetsen. In de praktijk wordt alleen gecontroleerd of de plannen op tijd zijn ingeleverd. Al met al zijn de wettelijk verplichte reïntegratieplannen voornamelijk 'papieren tijgers', die 'alleen rituele betekenis' hebben. Deze kwalificaties zijn afkomstig van respectievelijk het verantwoordelijke ministerie van SZW en de Commissie Donner.⁴

Ook uit de hier beschreven gevallen blijkt duidelijk, dat er de poortwachterfunctie van de uvi niet functioneert. Sterker nog, veel door ons geïnterviewde uvi-functionarissen lijken zich nauwelijks bewust van het bestaan van deze poortwachtersfunctie. Herhaaldelijk werd ons door deze functionarissen verzekerd, dat de uvi's geen enkele bemoeienis hebben met de gang van zaken gedurende het eerste ziektejaar. Opmerkelijk is verder, dat in negen van de tien gevallen van allochtone WAO'ers aanvankelijk een voorlopig reïntegratieplan was ingediend.

Volgens werkgevers én uvi-functionarissen is dit ook de standaardprocedure. Men vult *eerst* altijd een voorlopig reïntegratieplan in en blijkt de betrokken werknemer na acht maanden nog steeds ziek te zijn, dan wordt alsnog een volledig reïntegratieplan ingediend. Deze praktijk is weliswaar niet in strijd met de letter van de wet, maar wel met de bedoeling van de wetgever. De bedoeling was immers dat bij dreigende arbeidsongeschiktheid *zo vroeg mogelijk* begonnen zou worden met activiteiten gericht op reïntegratie. Overigens is dit een algemeen probleem, dat niet alleen voor zieke allochtone werknemers geldt. Recente cijfers van het Lisv laten zien, dat het bij minder dan tien procent van alle ingediende reïntegratieplannen direct om een volledig reïntegratieplan gaat.⁵

De reïntegratieplannen worden door de geïnterviewde uvi-functionarissen ook als een '*inhoudsloos document*' getypeerd:

"Het is een administratieve handeling die werkgevers moeten uitvoeren. (...)Er staat meestal ook niets inhoudelijks is".

Deze functionaris vertelt ook wat er bij de uvi met dit document gebeurt: '*het wordt door een administratrice opgeborgen in een mapje*'. Onze vraag of de werkgever in het onderhavige geval voldoende heeft gedaan om werkhervatting mogelijk te maken, kon de betreffende uvi-functionaris dan ook niet beantwoorden.⁶

"Dat zien wij helemaal niet. Wij zien helemaal niets totdat in de 34ste week het volledige plan binnenkomt. We checken alleen of de procedure klopt. De claim-behandelaar ziet niets van de pogingen van de werkgever om werkhervatting mogelijk te maken, ook de arbeidsdeskundige niet. (...)Wij kijken alleen maar toe. Is ook niet de bedoeling dat wij iets doen".

Een geïnterviewde verzekeringsarts legde uit, dat het voor de uvi's zeer onvoordelig is om zich actief bezig te houden met reïntegratie-inspanningen gedurende het eerste ziektejaar:

“Ik weet natuurlijk ook wel dat hoe eerder je iets doet in geval van ziekte hoe beter het gaat, maar dat is niet waarop de uvi’s op dit moment worden afgerekend. Uvi hebben de duidelijke opdracht en worden betaald om eindwachtijdbeoordelingen op tijd te doen. Dat betekent, dat je niet veel tijd en geld gaat investeren in het vroeg oppakken van gevallen. Want als er voor het einde van de wachttijd sprake is van reïntegratie, dan heb je het voor niets gedaan. Het is ook niet de taak van de uvi’s om mensen te reïntegreren in het eerste ziektejaar. Het eerste jaar is de verantwoordelijkheid van de werkgever en van de Arbo-dienst”.

Er is inmiddels een nieuw poortwachtersmodel aangekondigd, dat de uvi’s (inmiddels verenigd in UWV) meer mogelijkheden geeft om de reïntegratie-inspanningen van werkgevers en werknemers gedurende het eerste ziektejaar te toetsen. Zo moeten werkgevers niet alleen een reïntegratieplan, maar ook een reïntegratieverslag indienen. Met andere woorden, ze moeten duidelijk maken wat ze concreet hebben gedaan om werkhervatting van de zieke werknemer mogelijk te maken. Men kan zich echter afvragen of dit nieuwe poortwachtermodel werkelijk een verbetering van de situatie zal betekenen. In de eerste plaats werden de uvi’s ook nu al geacht om te controleren of er gedurende het eerste ziektejaar voldoende aan reïntegratie was gedaan. Ten tweede kan een nieuwe regeling pas effect sorteren als ze wordt uitgevoerd. En daaraan heeft het tot dusver, gegeven hetgeen de geciteerde uvi-functionarissen ons vertellen, ontbroken.

4.5 Besluit

Beslissend voor de vraag of een zieke werknemer zijn werk kan behouden of in een andere functie in het bedrijf terugkeert, is de verhouding tussen werkgever en werknemer. Essentieel daarvoor is dat de werkgever het initiatief neemt. Dat is geen nieuwe gedachte: alle maatregelen die de afgelopen jaren zijn genomen, waren erop gericht de verantwoordelijkheid van de werkgever te versterken: de verplichting tot loondoorbetaling tijdens het eerste ziektejaar, de verplichting een Arbo-dienst in de arm te nemen en een reïntegratieplan op te stellen en niet in de laatste plaats de boete die een werkgever betaalt als hij een werknemer de WAO in laat verdwijnen, zijn daarvan duidelijke voorbeelden. Niettemin blijken veel werkgevers nauwelijks aanspreekbaar op de zorg voor hun zieke werknemers. De contracten met Arbo-diensten zijn vaak mager, het reïntegratieplan blijft niet zelden een papieren exercitie en de financiële consequenties van dit gedrag neemt men op de koop toe. Allochtone werknemers lijken kwetsbaarder voor dit werkgeversgedrag dan autochtonen, omdat zij vaker in flexibele arbeidscontracten werken. Dat betekent dat de binding met de werkgever minimaal is. Bovendien zijn de arbeidsverhoudingen in sectoren waar veel allochtonen werken doorgaans harder: voor jou tien anderen. Het gevolg is dat er arbeidsconflicten ontstaan, waarbij ‘ziekmelden’ een bijna traditioneel te noemen reflex is.

Bij een kortlopend, tijdelijk contract heeft de werkgever bovendien geen verplichting tot loondoorbetaling, de werknemer in kwestie valt direct onder de vangnetzietwet. Dat betekent dat ook de financiële prikkels niet werken. Men zou kunnen zeggen dat de aanscherping van de verantwoordelijkheid van de werkgever van de laatste jaren is voorbijgegaan aan de onderkant van de arbeidsmarkt. Ook de uvi’s, die deze verantwoordelijkheid van de werkgever overnemen, leggen geen prioriteit bij de reïntegratie van werknemers die in de vangnetzietwet zijn terechtgekomen. Het gevolg is dat er per saldo niets gebeurt tot aan de WAO-keuring.

Voor met name hoger opgeleide allochtonen lijkt een apart risico dat van de hoge verwachtingen. Aanstelling in een verantwoordelijke functie gaat gepaard met hoge verwachtingen van de werkgever en de omgeving. Als de betrokkene die niet kan waarmaken, krijgt hij de rekening gepresenteerd: hij kan het niet aan, schiet tekort of heeft de verkeerde instelling. Gezichtsverlies is het gevolg en ziekte een uitkomst. Ook in deze gevallen is de teleurgestelde werkgever – hij had er immers alles aan gedaan – vaak blij dat hij van zijn probleem af is. Omgekeerd, als de werkgever wel wil investeren in zijn zieke werknemer, blijkt dat reïntegratie wel degelijk mogelijk is, al tonen de enkele cases waarin dat gebeurde ook aan dat dat nog niet wil zeggen dat de werknemer op langere termijn ook aan het werk blijft.

Noten hoofdstuk 4

¹ Rapport van de Commissie Donner. *Werk maken van arbeidsgeschiktheid*. Den Haag (2001, 50 en 52).

² Deze formuleringen stammen uit het rapport van Hertogh (2001, 23), maar slaan niet alleen op de behandeling van psychisch arbeidsongeschikten, maar ook van arbeidsongeschikten met lichamelijke klachten.

³ Beschreven in: Hertogh 2001, 13-15.

⁴ Ministerie van SZW, *Sociale Nota 2000* (Geciteerd in: Hertogh 2001, 83) en uit het rapport van de Cie. Donner (2001, 38).

⁵ Lisv. *Tendrapportage arbeidsongeschiktheid 2001*, 31. Opmerkelijk is dat het Lisv zelf niet uit deze cijfers concludeert dat er op deze wijze weinig terecht komt van de intentie van het stimuleren van vroegtijdige reïntegratie-inspanningen. Wellicht heeft men uit het oog verloren dat het middel (het reïntegratieplan) een bepaald doel beoogde.

⁶ Het betreft de claimbeoordelaar in casus 1, een geval waarin opvallend weinig aan reïntegratie is gedaan.

5 De uitvoeringsinstellingen (uvi's)

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komen drie onderzoeksvragen van deze studie aan de orde. Ten eerste gaan we na hoe Turkse en Marokkaanse WAO'ers de relatie met de uitvoeringsinstellingen en met verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen beleven. Ten tweede beschrijven we hoe deze professionele uitvoerders van de WAO hun allochtone cliënten ervaren. Tenslotte gaan we ook in dit hoofdstuk in op de vraag naar de verklaring voor de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO. Hier wordt specifiek bekeken in hoeverre de werkwijze van de uitvoeringsinstellingen of de informele praktijken van verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen er wellicht, bedoeld of onbedoeld, mede toe bijdragen dat Turken en Marokkanen verhoudingsgewijs vaker een WAO-uitkering hebben dan autochtonen. Dit hoofdstuk beoogt dus geen algemene analyse van het functioneren van de uitvoeringsinstellingen en de problemen daarbij te bieden. Het doel van onze analyse is veel beperkter.

We beginnen echter met in het algemeen iets te stellen over de uitvoeringsinstellingen of uvi's. Het gaat om organisaties als Gak, Cadans, GUO, SFB en Uszo, die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de WAO en andere werknemersverzekeringen. Iedere uvi draagt zorg voor bepaalde bedrijfssectoren. Zo heeft de Uszo de overheidssector onder haar beheer en de GUO de agrarische sector. Gak en Cadans zijn verreweg de grootste uvi's en hebben beide een groot aantal bedrijfssectoren onder hun beheer. In dit onderzoek figureren alleen de laatste drie uvi's omdat zij betrokken zijn bij bedrijfssectoren waar verhoudingsgewijs veel allochtone WAO'ers werkten, zoals de schoonmaaksector (Cadans), de uitzendbranche (Gak) en agrarische sector (GUO) (zie hoofdstuk 2).

De uvi's hebben het afgelopen decennium diverse grote reorganisaties achter de rug. Voorheen functioneerden ze als publieke organisaties die verantwoordelijk waren voor de uitvoering van regelingen als de ziekwet, WAO en WW. In het kader van de grote herzieningen in de WAO, begin jaren negentig, werden de uvi's geprivatiseerd. Het idee was dat de uitvoering van de sociale wetgeving door privatisering efficiënter zou geschieden. Inmiddels is men echter van deze gedachte teruggekomen en zijn de uvi's per 1 januari 2002 weer onder publiek beheer gebracht. Sinds afgelopen januari zijn de uvi's samengebracht binnen het UWV (Uitvoering Werknemers Verzekeringen). De grote herzieningen in de WAO van begin jaren negentig impliceerden echter niet alleen een andere organisatie van de uvi's, maar ook een veranderd takenpakket. Zo heeft men sinds de privatisering van de ziekwet (met de invoering van de Wulbz in 1994) in principe geen bemoeienis meer met het eerste ziektejaar. Zieke werknemers vallen

gedurende het eerste ziektejaar volledig onder verantwoordelijkheid van werkgevers. Alleen bij zogenaamde vangnetzietewet-gevallen (bij zwangerschap, werkloosheid en tijdelijke arbeidscontracten) kunnen zieke werknemers al gedurende het eerste ziektejaar onder de verantwoordelijkheid van de uvi's vallen. Tevens kregen de uvi's tot taak om te controleren of werkgevers en werknemers gedurende het eerste ziektejaar voldoende hebben gedaan om werkhervatting mogelijk te maken. Op deze poortwachtersfunctie van de uvi's is in het vorige hoofdstuk al ingegaan. Tenslotte werd met de herziening van de WAO begin jaren negentig een systeem van periodieke herkeuringen ingevoerd. Iedere WAO'er dient één jaar na de eerste WAO-beoordeling en vervolgens iedere vijf jaar opnieuw beoordeeld te worden.

Al deze veranderingen in de organisatie en de werkwijze van de uvi's hadden de volgende doelen: een meer efficiënte uitvoering van de WAO, een strengere WAO-beoordeling en een sterker accent op de reïntegratie van arbeidsongeschikte werknemers. Inmiddels bestaat de indruk dat deze doelen in de praktijk vaak niet gerealiseerd zijn. De problematiek van de uvi's is meervoudig. We zagen al, dat er van de poortwachtersfunctie van de uvi's tot dusver in de praktijk weinig is terechtgekomen. In de praktijk controleren de uvi's eigenlijk *niet* of werkgevers en werknemers gedurende het eerste ziektejaar voldoende aan reïntegratie doen. Om die reden wordt in 2002 ook een nieuw poortwachtersmodel ingevoerd, dat de uvi's meer mogelijkheden moet bieden om hun controlerende functies in het eerste ziektejaar beter uit te voeren. Daarnaast zijn er de afgelopen jaren bij de uvi's grote achterstanden ontstaan. Om het hoofd boven water te houden, worden (mede van hogerhand) bepaalde prioriteiten gesteld. Zo hebben de uvi's de opdracht gekregen om in ieder geval de eindewachttijdbeoordelingen op tijd te doen. In de praktijk betekent dit echter dat andere taken op het tweede plan komen. Dit betreft zowel de bemoeienis van de uvi's met het eerste ziektejaar als de verplichte herkeuringen en allerlei taken gericht op preventie en reïntegratie. De consequentie van dit alles is, dat er vooral vaak weinig terecht komt van de activiteiten gericht op reïntegratie. Zoals een arbeidsdeskundige tijdens één van onze expertmeetings opmerkte: we willen mensen graag helpen om weer aan het werk te gaan, maar in de praktijk fungeren we vooral als 'uitkeringsboer'.

Hier staan echter het functioneren van de uvi's en de problemen daarbij op zich niet ter discussie. Onze vraagstelling is beperkter, namelijk hoe de werkwijzen van de uvi's en de informele uitvoeringspraktijken van haar functionarissen uitwerken voor allochtone WAO'ers. Vier thema's komen hierbij aan de orde. Allereerst wordt ingegaan op het thema van de *beslissingsruimte of discretionaire ruimte* van de professionele WAO-beoordelaars (verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen). De herzieningen in de WAO van begin jaren negentig stonden mede in het teken van het 'objectiveren' van de WAO-beoordeling. Het oordeel over een WAO-aanvraag zou, meer dan voorheen het geval was, een afgeleide moeten zijn van objectieve regels en criteria. Uit onderzoek blijkt echter, dat de discretionaire ruimte van uitvoeringsfunctionarissen ook in de nieuwe situatie nog steeds aanzienlijk is.¹ Verzekeringsartsen worden nog altijd geconfronteerd met situaties waarbij de formele regels en criteria onvoldoende houvast bieden om tot een oordeel over een WAO-aanvraag te komen. In zulke gevallen wordt de WAO-beoordeling mede bepaald door de algemene inschatting van de situatie door de verzekeringsarts, waarbij een zekere subjectiviteit niet te vermijden is. Dit is met name het geval bij psychische klachten, maar ook wel bij sommige lichamelijke klachten. Betoogd wordt dat zulke moeilijk objectieveerbare klachten (door verzekeringsartsen ook wel 'wazige situaties' genoemd) bij Turkse en Marokkaanse WAO-aanvragers relatief vaak voorkomen. Tevens wordt beschreven hoe verzekeringsartsen met deze situatie omgaan (paragraaf 2).

Vervolgens schetsen we de communicatie tussen Turkse en Marokkaanse WAO'ers en de (meestal autochtone) uitvoerders van de WAO, die door alle betrokken partijen als een storende factor wordt ervaren. Dit geldt vooral de communicatieproblemen in de spreekkamer van de

verzekeringsarts. Zeker bij moeilijk objectiveerbare klachten is de verzekeringsarts deels aangewezen op informatie van de cliënt. Krijgt de verzekeringsarts in geval van allochtone WAO'ers, die de Nederlandse taal soms weinig beheersen, wel voldoende informatie om tot een afgewogen WAO-beoordeling te komen? En krijgen allochtone WAO'ers voldoende informatie om de WAO-regeling en de gang van zaken bij de WAO-beoordeling te begrijpen? Dit blijkt lang niet altijd het geval, terwijl de voortdurende tijdsnood waarin veel verzekeringsartsen verkeren hun toch al moeilijke relatie met Turkse en Marokkaanse WAO'ers nog verder verstoort. Dit is een belangrijke conclusie uit onze groepsgesprekken met Turkse en Marokkaanse WAO'ers. Allochtone WAO'ers zijn zeer ontevreden over de uvi's en haar functionarissen: ze voelen zich niet begrepen, genegeerd, niet geloofd en soms ronduit gediscrimineerd (paragraaf 3).

De achterstanden en voortdurende tijdsnood van de uvi's hebben echter nog andere onbedoelde gevolgen. In de eerste plaats worden beleidsprioriteiten gesteld om de achterstanden in het werk in te lopen, die echter nadelig kunnen uitwerken voor de minder kansrijke groepen onder de WAO'ers. In de tweede plaats kan de zorgvuldige uitvoering van de WAO door het tijdsgebrek in de knel komen. Soms worden uitvoeringsfouten gemaakt, zoals aan de hand van een concrete casus wordt gedocumenteerd. Meer algemeen ontstaan in zulke situaties van tijdgebrek zogenaamde afomingsverschijnselen. Dit is het mechanisme dat professionele uitvoerders van sociale regelingen de aandacht (bijvoorbeeld bij reïntegratie) vooral richten op de meest kansrijken onder de uitkeringsgerechtigden. De meest kansloze groepen (en dat zijn in de praktijk vaak voornamelijk allochtone uitkeringsgerechtigden) vallen daardoor buiten de boot (paragraaf 4).

Tot slot beschrijven een situatie die in de nieuwe arbeidsongeschiktheidsregelingen eigenlijk een uitzondering zou moeten zijn, maar bij Turkse en Marokkaanse zieke werknemers betrekkelijk vaak voorkomt. Sinds de privatisering van de ziektewet in 1996 zijn werkgevers gedurende het eerste ziektejaar verantwoordelijk voor hun zieke werknemers. De werkgever moet loon doorbetalen, maar is ook verplicht zich in te spannen voor reïntegratie. In een beperkt aantal gevallen, onder meer voor tijdelijke werknemers na afloop van het arbeidscontract, geldt zoals gezegd de vangnetziektewet en komen zieke werknemers al gedurende het eerste ziektejaar onder de verantwoordelijkheid van de uvi. Aangezien Turkse en Marokkaanse werknemers vaak op basis van een tijdelijke aanstelling werken, krijgen ze hiermee relatief vaak te maken. De vraag is of de uvi's in zulke gevallen meer doen om werkhervatting mogelijk te maken dan voor de particuliere werknemers (paragraaf 5).

5.2 'Wazige situaties'. De WAO-beoordeling

Casus 6: Mw. Boussaid*

Marokkaanse vrouw, 43 jaar

Laatste ziekmelding: oktober 1999

Arbeidsongeschiktheidspercentage: < 15%

Diagnose: rugklachten

Achtergrond en werk

Mw. Boussaid heeft geen enkele opleiding gevolgd, maar werkt al meer dan twintig jaar als kamermeisje in diverse hotels. Haar taak is het schoonmaken van kamers. Ze is tevreden met haar werk en doet het met plezier. Het werk geeft haar *'frisse lucht voor de dag van morgen'*. Ze kan het goed vin-

* Dit is een gefingeerde naam

den met haar collega's en wordt gewaardeerd door haar werkgever. Ze werkt fulltime en heeft een vast dienstverband. Het werk is echter lichamelijk zeer zwaar en dat breekt haar op. Na een val begin jaren negentig krijgt ze last van rugklachten. Al vanaf midden jaren negentig is ze regelmatig ziek. Ze wordt geopereerd aan haar rug, ondergaat fysiotherapie en gebruikt veel medicijnen, maar niets helpt. Volgens de werkgever valt mw. Boussaid sinds 1996 regelmatig uit. Ze komt dan weer terug, probeert het voor halve dagen, valt weer uit, enzovoort.

Ziekmelding, eerste ziektejaar en reïntegratie

Het opmerkelijke aan dit geval is, dat er sprake is van twee 'laatste' ziekmeldingen en aansluitende WAO-beoordelingen. In augustus 1997 valt mw. Boussaid voor de eerste keer langdurig uit. Acht maanden later, in april 1998, volgt de eerste WAO-beoordeling. De verantwoordelijke verzekeringsarts constateert chronische specifieke rugpijn en acht haar niet in staat haar functie als kamermeisje te vervullen. Op basis van het opgestelde belastbaarheidspatroon komt de arbeidsdeskundige – na raadpleging van het FIS – echter niettemin tot een arbeidsongeschiktheidspercentage van minder dan vijftien procent. Dit is een theoretische schatting. Geconcludeerd wordt, dat er voldoende functies bestaan die mw. Boussaid (gegeven haar klachten en de daaruit voortvloeiende beperkingen) in principe nog kan vervullen en dat er in wezen geen sprake is van verminderde verdien capaciteit door de geconstateerde klachten.

Na overleg tussen de Arbo-dienst, de werkgever en de uvi (GAK) wordt evenwel besloten, dat er een mogelijkheid is voor reïntegratie van mw. Boussaid bij haar oude werkgever. Zij kan haar oude functie als kamermeisje niet meer vervullen, maar wordt wel in staat geacht andere lichte werkzaamheden te verrichten. De werkgever blijkt bereid om speciaal voor haar een nieuwe, aangepaste functie te creëren met lichte werkzaamheden (onder meer het schoonhouden van personeelsruimten). Men vraagt voor dit alles een REA-subsidie (herplaatsingsbudget) aan bij het GAK. Aangezien mw. Boussaid in haar nieuwe functie minder kan verdienen, wordt tevens loondispensatie aangevraagd. Ook dit is een regeling in het kader van de REA en deze geeft de werkgever de mogelijkheid om een gehandicapte werknemer minder te betalen dan het CAO-loon of het wettelijk minimumloon. Tegen deze achtergrond herziet de uvi de WAO-beoordeling en komt men tot een nieuw arbeidsongeschiktheidspercentage van 35-45%. Volgens een geïnterviewde uvi-functionaris komt het vaker voor dat wordt aangesloten bij een feitelijke situatie. De WAO-uitkering wordt aan de werkgever betaald, die door de diverse subsidiepotjes (REA-subsidie, gedeeltelijke WAO-uitkering) in staat is om mw. Boussaid voor ongeveer haar oude loon in dienst te houden.

Er lijkt al met al door een goede samenwerking tussen alle betrokken partijen een oplossing te zijn gevonden voor de gezondheidsproblemen van mw. Boussaid. Het probleem is echter dat ze ook deze aangepaste functie niet kan volhouden. De geïnterviewde werkgever merkt, dat ze steeds vaker en sneller recuperatie nodig heeft. Zelf voelt ze zich fysiek achteruitgaan, maar daarnaast ontstaan er ook psychische problemen. Ze ervaart de zorg voor haar opgroeiende kinderen als een zware belasting. Haar man zit in de WAO, wat bij haar zelf de vraag oproept waarom zij eigenlijk nog werkt met haar rugklachten. Volgens de werkgever wordt ze steeds zwaarmoediger en kijkt ze steeds meer uit naar het bezoek aan Marokko, waar ze ook traditionele artsen zou bezoeken.

Bovendien vindt ergens in deze periode een scheiding plaats, waardoor mw. Boussaid als alleenstaande moeder met haar kinderen van 12 en 20 jaar achterblijft. Volgens haar verzekeringsarts is dit – naast haar blijvende fysieke klachten – een zware psychische belasting. Vanaf maart 1999 werkt mw. Boussaid nog maar halve dagen, op 14 oktober 1999 meldt ze zich definitief ziek. Volgens haar werkgever is het *„absoluut duidelijk dat ze niet meer kan werken, je zag het aan haar lichaam. Dat vrouwtje is volstrekt versleten”*. Tevens is er volgens de werkgever duidelijk sprake van een samenloop van omstandigheden: de rugklachten, haar scheiding en de reactie daarop van haar omgeving, de psychische problemen:

“Toen ze in 1999 definitief uitviel is er meteen gezegd: een psychisch aspect, samen met een sociaal-cultureel aspect en met de rugklachten zijn het basisprobleem”.

De werkgever doet een beroep op de wet Amber. Volgens deze wet is de werkgever in geval van hernieuwde uitval van gereïntegreerde werknemers niet verplicht tot loondoorbetaling gedurende het gehele eerste ziektejaar, als kan worden aangetoond dat de betrokkene om dezelfde reden is uitgevallen als voorheen. Dit wordt inderdaad vastgesteld. In januari 2000 wordt mw. Boussaid opgeroepen door een verzekeringsarts, die oordeelt dat haar uitval het gevolg is van ‘toegenomen klachten uit dezelfde ziekte’ (rugklachten). Er is daarom sprake van een verkorte wachttijd van vier weken en een versnelde WAO-procedure.

Dan begint er een periode met een enigszins verwarrende opeenvolging van gebeurtenissen. Bij het bezoek in januari 2000 constateert de verzekeringsarts namelijk dat de rugklachten van mw. Boussaid op zich niet erger zijn geworden dan bij de WAO-beoordeling enkele jaren eerder. De arts wil wel geloven dat de rugklachten van mw. Boussaid in de voorgaande periode erger waren en dat ze daarom niet kon werken. Maar op het moment van het gesprek zouden de rugklachten niet erger zijn dan enkele jaren eerder. Voor de zekerheid wordt ook informatie bij de specialist ingewonnen. Deze informatie komt enkele maanden later, in april 2000. Mw. Boussaid heeft ondertussen in afwachting van de uitslag van de procedure een volledige WAO-uitkering. Ook deze specialistische gegevens geven volgens de verzekeringsarts geen reden om van een verslechtering van de situatie te spreken. De verzekeringsarts vertelt:

“Volgens de cliënt was sprake van dezelfde ziekte-oorzaak als voorheen. Toen heb ik informatie opgevraagd bij haar neuroloog en haar revalidatie-arts. Middels de specialisten kon ik haar ziekte echter niet objectiveren, daarom heb ik het ‘spierklachten’ genoemd”.

De verzekeringsarts vermoedt evenwel dat het niet alleen om rugklachten, maar ook om andere zaken gaat:

“Haar ziekte is door de sociaal-maatschappelijke omstandigheden waarin de vrouw verkeert discutabel. Het eerste wat er dan gebeurt is dat zo iemand het arbeidsproces laat vallen. (...)De vrouw heeft een ‘arts voor psychische gevallen’ hier bij het GAK geraadpleegd. Dit doen veel allochtonen ter dekking naar de buitenwereld toe om hun ziekte te legitimeren Deze vrouw ook. Zij heeft twee kinderen waaraan ze waarschijnlijk de handen vol heeft, Ze is al wat ouder en als je dan scheidt, is dat heel zwaar. Bovendien houdt de schoonfamilie alles nauwlettend in de gaten, wat weer druk op haar legt. Dit is natuurlijk niet bevorderlijk voor werkhervatting”.

Er wordt een nieuw belastbaarheidspatroon opgesteld op basis waarvan de arbeidsdeskundige het arbeidsongeschiktheidspercentage kan vaststellen. Door de grote achterstanden bij de uvi laat het arbeidskundige deel van de WAO-beoordeling op zich wachten, langer dan wettelijk toegestaan is. Pas in december 2000 buigt een (extern ingehuurde) arbeidsdeskundige zich over de zaak. Hij constateert dat het belastbaarheidspatroon al te oud is en vraagt de verzekeringsarts de gegevens te actualiseren. Uiteindelijk wordt pas eind januari 2001 (dus een jaar en drie maanden na de laatste ziekmelding in oktober 1999) de mate van arbeidsongeschiktheid van mw. Boussaid vastgesteld. Dit gebeurt op basis van het hernieuwde belastbaarheidspatroon en met behulp van het FIS. De uitkomst is tot ieders verbazing dat mw. Boussaid minder dan 15 procent arbeidsongeschikt wordt geacht en dus geen recht heeft op een WAO-uitkering (ze had sinds een maand na haar laatste ziekmelding een volledige WAO-uitkering). Twee maanden later, in maart 2001, wordt haar WAO-uitkering ingetrokken.

In die situatie zou mw. Boussaid in principe WW moeten aanvragen. Maar dat gaat haar werkgever te ver. Omdat sinds haar laatste ziekmelding nog geen twee jaar verstreken zijn, is mw. Boussaid op dat moment nog in dienst van haar oude werkgever. De werkgever betaalt ook haar inkomen, naar men zegt tot 100 procent van het oude loon. De werkgever toont zich zeer begaan met het lot van mw. Boussaid en meent, dat men haar niet zomaar naar de WW kan sturen. Hoewel men daartoe niet verplicht is, wordt haar loon ook na de beëindiging van de WAO-uitkering gewoon doorbetaald – tot het moment dat het dienstverband wordt beëindigd. Volgens de werkgever raakt de betrokkene door de hele gang van zaken alleen maar verder in de war:

“Ze is ook steeds bezig met allerlei dokters. Moet steeds wachten, op een scan of iets dergelijks of op iets anders. Van dit hele gedoe wordt ze steeds zwaarmoediger. Het hele gedoe, al die instanties, zij is er echt slachtoffer van. Het is allemaal moeilijk te vatten. Dan moet ze steeds weer naar het GAK. In feite gaat ze daar steeds iets anders doen, maar in haar beleving moet ze ‘steeds weer naar het GAK’. Dan moet ze bijvoorbeeld een WW uitkering aanvragen, maar dan denkt ze: ‘ik heb toch al een baan’”.

Mw. Boussaid heeft ondertussen (samen met de advocaat die haar ook bijstond bij haar scheiding) een juridische procedure aangespannen om de uitslag van de WAO-beoordeling aan te vechten. Haar werkgever ondersteunt haar in de juridische procedure. Men vindt dat de betrokkene echt niet kan werken en daarom recht heeft op een WAO-uitkering. Volgens de geïnterviewde arbeidsdeskundige zal het beroep toch niet tot een ander oordeel leiden. We vroegen hem tenslotte hoe het kan dat iemand zichzelf ‘fysiek versleten’ acht en toch niet in aanmerking komt voor een WAO-uitkering. Volgens de arbeidsdeskundige komt dit door het FIS, dat veel functies met lichte werkzaamheden bevat die iemand met de beperkingen van mw. Boussaid *in theorie* nog kan vervullen.

ANALYSE

Er wordt in Nederland al sinds jaren veel onderzoek gedaan naar de uitvoering van de WAO.² Een centrale uitkomst hiervan is steeds, dat de uitvoerders van de WAO (verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen) een ruime beslissingsvrijheid of discretionaire ruimte hebben. Aanvankelijk kwam dit mede door een zeer ruime en vage formulering van het zogenaamde arbeidsongeschiktheids criterium. Juist de onbepaaldheid van de gehanteerde criteria gold in de jaren tachtig als één van de oorzaken van de grote toestroom naar de WAO. Eén van de in de jaren negentig genomen maatregelen om het aantal arbeidsongeschikten terug te dringen, was dan ook de aanscherping van het arbeidsongeschiktheids criterium. Enerzijds werd het begrip ‘passende arbeid’ vervangen door ‘gangbare arbeid’ waardoor het vroegere beroep niet meer maatgevend was bij de duiding van functies door de arbeidsdeskundige. Anderzijds werd gepoogd de criteria voor het vaststellen van arbeidsongeschiktheid te ‘objectiveren’. Zo werd wettelijk vastgelegd (in de wet TBA van 1993) dat arbeidsongeschiktheid ‘een rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebreken’ dient te zijn.

Nadien uitgevoerd onderzoek laat evenwel zien dat de praktische gevolgen van deze nieuwe regeling beperkt waren. Verzekeringsartsen worden geconfronteerd met veel moeilijk objectieveerbare aandoeningen, waarbij de vaststelling van arbeidsongeschiktheid niet louter een afgeleide is van de formele regels en criteria maar mede wordt bepaald door de eigen, subjectieve inschatting van de situatie. Dit geldt zeker voor de categorie psychische klachten, maar ook voor bepaalde lichamelijke klachten zoals rugklachten. Het gevolg is dat er nog altijd grote verschillen bestaan in de werkwijze en uitkomsten bij de vaststelling van arbeidsongeschiktheid (De Bont en Reeuwijk 1998). Het subjectieve karakter van de WAO-beoordeling wordt nog versterkt doordat de verzekeringsarts bij het stellen van een diagnose vaak mede is aangewezen op informatie van de cliënt. Dit betekent onvermijdelijk dat de ziektepresentatie door de cliënt

mede van invloed is op de uitkomst van de WAO-beoordeling. Tenslotte kunnen sociaal-normatieve overwegingen van de verzekeringsarts een rol, bijvoorbeeld doordat zij voortdurend moeten beoordelen of de cliënt dan wel de door de cliënt verstrekte informatie betrouwbaar is (vgl. Van der Veen 1990; Mudde 1995; Meershoek 1999; CTSV 2000).

Het gevolg van dit alles is dat de WAO-beoordeling niet louter een afgeleide van objectieve regels en criteria is, maar deels een subjectief karakter draagt. De vraag rijst vervolgens of dit bij allochtone WAO'ers anders uitpakt dan bij autochtonen. Zo liet Minderhoud (1993) zien, dat hoewel er in de WAO formeel geen onderscheid wordt gemaakt tussen autochtonen en allochtonen, er in de uitvoering toch grote verschillen kunnen ontstaan tussen beide groepen. Minderhoud geeft hiervan diverse voorbeelden. Verzekeringsartsen moeten zich, in die gevallen waarin ze niet alleen op medische gronden over een WAO-aanvraag kunnen beslissen, een algemeen beeld vormen van de cliënt. In de praktijk blijkt dat dit bij allochtone cliënten moeilijker gaat dan bij autochtone Nederlanders. Concreet blijkt dit volgens Minderhoud uit het gegeven, dat bij allochtone cliënten veel vaker sprake is van een verandering van de oorspronkelijke diagnosecategorie dan bij autochtone cliënten. Dit laatste is volgens hem mede een gevolg van het feit dat verzekeringsartsen bij allochtone cliënten voor diverse dilemma's worden geplaatst. Eén dilemma betreft de vraag in hoeverre rekening gehouden moet worden met medische klachten die het gevolg zijn van culturele factoren. Moeten verzekeringsartsen bij het vaststellen van arbeidsongeschiktheid rekening houden met psychische klachten van Marokkaanse mannen die veroorzaakt worden door het problematische gedrag van hun kinderen, of van Turkse vrouwen die wel willen, maar van hun mannen niet mogen werken? De ene verzekeringsarts zal hierover anders denken en beslissen dan de andere.

Bij zulke moeilijk objectiveerbare gevallen bieden de formele criteria onvoldoende houvast om tot een WAO-beoordeling te komen. Verzekeringsartsen zijn in zulke gevallen genoodzaakt om mede op hun algemene inschatting van de situatie af te gaan, waarbij onder meer de vraag aan de orde is in hoeverre een cliënt en de door de cliënt verschafte informatie geloofwaardig overkomt. Verzekeringsartsen spreken in deze ook wel van 'wazige situaties'. De centrale casus in deze paragraaf biedt hiervan een goed voorbeeld. Terwijl de werknemer én de werkgever vonden dat werkhervatting in het geval van mw. Boussaid niet (meer) mogelijk was, wees de WAO-beoordeling uit dat de betrokkene haar aangepaste functie (met lichte werkzaamheden) gegeven haar rugklachten in principe wel kon vervullen. Daarnaast waren er bijkomende psychische klachten, die de situatie extra complex maakte. Mw. Boussaid werd steeds zwaarmoediger, vanwege het uitblijvende herstel, maar ook vanwege spanningen in haar privé-leven (scheiding, alleenstaand moederschap, wantrouwende schoolfamilie). De vraag is echter of deze factoren een rol mogen spelen in de WAO-beoordeling.³ Een soortgelijk vraagstuk zagen we ook in het geval van mw. Furat (casus 10 beschreven in paragraaf 3.4). Het ging hier om een Turkse vrouw met naar eigen zeggen zware psychische problemen. Ook deze problemen worden echter door de verzekeringsarts als 'cultureel probleem' gelabeld omdat ze het gevolg zouden zijn van het feit dat de vrouw méér wilde integreren (onder meer door betaald werk te verrichten) dan haar echtgenoot en familie toestonden. Ook in haar geval werd de WAO-aanvraag uiteindelijk afgewezen.

Gevallen als die van mw. Boussaid en mw. Furat zijn daarom zo complex omdat daarin allerlei medische en niet-medische factoren door elkaar spelen. Dit soort gevallen kwamen ook aan de orde tijdens onze expertmeeting met verzekeringsartsen. Wij vroegen de deelnemers of dit soort 'wazige situaties', waarin medische criteria dus onvoldoende houvast bieden (of lijken te bieden) om tot een WAO-beoordeling te komen, bij allochtone cliënten vaker voorkomen dan bij autochtonen. Ook vroegen wij hoe verzekeringsartsen in de praktijk met zulke gevallen omgaan. Het antwoord op de eerste vraag was duidelijk. Hoewel dergelijke situaties zeker niet

specifiek zijn voor allochtone WAO'ers, komen ze volgens geïnterviewde verzekeringsartsen bij allochtonen vaker voor dan bij autochtonen:

“Het is een weegschaal waarvan het afwachten is naar welke kant die kan opslaan. Dit zie je vaker bij allochtonen. Enerzijds willen ze graag werken, maar als het er op aan komt hebben ze te veel problemen”.

“Veel Marokkanen hebben duizelingklachten. Ze kunnen het niet aan en zijn snel hysterisch. Maar ze kunnen moeilijk uitdrukken waaraan hun onvermogen ligt. Ze willen wel, maar kunnen niet – zeggen ze dan. De meeste autochtonen praten veel genuanceerder over klachten dan allochtonen. Allochtonen zijn veel vasthoudender, er is nooit verandering. De WAO is veelal een recept, een manier om iets te krijgen. De WAO op recept”.

“(..)Op een gegeven moment moet je wel kunnen beoordelen of hier nu sprake van ziekte of gebrek of van culturele problemen, want wij hebben een WAO-verzekering en we gaan geen culturele problemen en huisvestingsproblemen onder de WAO onder brengen. Je moet er wel weet van hebben, maar dat wil nog niet zeggen dat dat onder de WAO valt”.

“Klachten zijn ook vaak een uiting van ongenoegen, van een onbestemd iets. Dat wordt geuit in de vorm van een lichamelijke of psychische klacht. De klacht staat dus symbool voor andere dingen, maar wij (artsen) gaan enkel op de klacht in en schrijven dan bijvoorbeeld fysiotherapie voor. Het achterliggende ongenoegen wordt dus niet opgepakt, het wordt gemedicaliseerd”.

Vervolgens rijst de vraag hoe verzekeringsartsen in de praktijk met zulke situaties omgaan. In hoeverre houdt men in de praktijk van de WAO-beoordeling rekening met andere dan strikt medische factoren en argumenten? Hierover verschillen de meningen, zoals duidelijk naar voren komt uit het onderstaande fragment uit de discussie tussen verzekeringsartsen:

“Het basale probleem is dat wij veel te weinig inzicht hebben in die cultuur. We kunnen wel proberen allerlei dingen aan te voelen, maar we weten er toch heel weinig van af. Er zijn een heleboel dingen waarbij wij ons op glad ijs begeven. Ook bij de beoordeling van Nederlandse zieken is dat een beetje. Het klinkt misschien cru, maar bij de ene verzekeringsarts komt er dit uit en bij de andere dat. Je hebt weinig harde dingen om mee te meten. Bij Nederlanders is het al moeilijk, dus bij buitenlanders helemaal. Dan rijst sowieso de vraag: wat is gezond, wat is ziek? Moet je bepaalde sociale dingen meenemen? Ja, ...”

“Ik vind van wel, maar de WAO-beoordeling is strikt genomen toch iets medisch. Iets als depressie wordt wel meegenomen, maar de veroorzakende factor, de sociale situatie, wat heel vaak het geval is, mag je strikt genomen niet meenemen. Zo wordt het althans onderwezen, je moet het medisch houden. Het is heel erg afhankelijk van de verzekeringsartsen wat er uit een WAO-beoordeling komt. Ten aanzien van Nederlanders hebben we al weinig harde maatstaven om mee te meten, maar met buitenlanders ... je weet zo weinig van de Turkse en Marokkaanse achtergrond. Ik vind dat een grote handicap. Het wordt nattevingerwerk, van het zal wel zo zijn, maar ik vind dat weinig bevredigend. Ik ben zelf veel meer geneigd om bij allochtonen in die sociale dingen soepeler te zijn, misschien ook omdat ik met een Italiaan ben getrouwd. Ik ben meer geneigd om hen serieus te nemen: het is wel dramatisch gepresenteerd, maar er zit meestal ook wel

iets onder. Dus om ze dan het voordeel van de twijfel te geven, meer nog dan bij Nederlanders”.

Discussieleider: “Dus jouw stelling is dat als we het minder goed weten, we sneller een WAO toekennen, even kort samengevat?”

“Voor mij wel, ja”.

De verzekeringsartsen verzekerden overigens dat ze er meestal in slagen een goed beeld van de cliënt te krijgen en tot een afgewogen oordeel over WAO-aanvragen te komen, ondanks de complexe problematiek. Uit hun verhalen blijkt echter ook dat dit oordeel verschillend kan uitvallen. Sommige verzekeringsartsen houden zich strikt aan de medische criteria, anderen zijn geneigd rekening te houden met achterliggende culturele problemen en allochtonen het voordeel van de twijfel te geven.

Arbeidsdeskundigen hebben over het algemeen minder vrije beslissruimte dan verzekeringsartsen. Toch staan ook arbeidsdeskundigen soms voor moeilijke afwegingen, bijvoorbeeld over de vraag of men bij het duiden van functies rekening moeten houden met de gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal. Het gaat dan om de vraag of een Turkse of Marokkaanse werknemer, die zwaar werk deed en is uitgevallen wegens lichamelijke klachten, in aanmerking komt voor lichter werk zoals verkoper, telefonist of receptionist, als hij of zij het Nederlands onvoldoende beheerst. Het antwoord op deze vraag heeft grote invloed op de uitkomst van de WAO-beoordeling. Als deze functies wegvallen omdat de betrokkene geen Nederlandse spreekt, wordt het moeilijker om minimaal drie passende functies voor hem of haar te vinden. Dit betekent een grotere kans op volledige arbeidsongeschiktheid om arbeidskundige redenen (onvoldoende passende functies). In de expertmeeting met arbeidsdeskundigen van de uvi's leidde dit tot de volgende discussie:

“Wij hebben vooral mensen die in de kassen in het Westland werken. Dat zijn alleen maar Turken, Marokkanen of illegale mensen uit andere oorden. Daar kunnen ze makkelijk terecht omdat het ongeschoold werk is, waarbij het ook niet noodzakelijk is om de Nederlandse taal te beheersen. Daar kunnen ze direct aan het werk, zwaar werk vaak. Omdat ze vaak bij familie wonen en in buurten in Den Haag waar alleen maar allochtonen wonen, zijn ze ook niet gewend om Nederlands te leren. Ouderen hebben bovendien vaak niet meer dan vijf klassen lager onderwijs in Turkije gehad. Wat voor functies zoek je dan voor deze mensen? Altijd op het laagste opleidingsniveau, dus sorteerder, in de aardappelen, productiewerk”.

Op onze de vraag of zij bij de duiding van functies rekening houden met de beheersing van het Nederlands antwoorden de arbeidsdeskundigen verschillend:

“Nou, als het systeem aangeeft: ‘beheersing van de Nederlandse taal is gewenst’, dan hou ik er rekening mee, anders niet”.

“Ik hou er wat ruimer rekening mee, want bij een telefoniste wordt niet gevraagd of ze kennis heeft van het Nederlands, maar als ik een Turkse vrouw heb, die geen woord Nederlands spreekt, dan zal ik die functie niet duiden. Je gaat je dan afvragen waarom die mensen of in de WW óf in de WAO terechtkomen. Dat is eigenlijk meer vanwege het taalprobleem”.

“De kern is, denk ik, lage opleidingsniveau waardoor allochtonen vaak volledig arbeidsongeschikt worden bevonden. Een voorbeeld is een functioneel eenarmige, voor een autochtoon zou je dan misschien nog wat functies kunnen duiden, zoals verkoper, telefonist, receptionist, voor een allochtoon lukt dat niet”.

De deelnemers aan de expertmeetings benadrukten overigens dat zulke 'wazige situaties' niet alleen bij allochtone WAO'ers voorkomen maar veeleer kenmerkend zijn voor de categorie laaggeschoolden, autochtoon óf allochtoon WAO'ers.

5.3 Communicatieproblemen

Casus 7: Mw. Osman*

Turkse vrouw, 29 jaar

Laatste ziekmelding: juni 1996

WAO-beoordeling: oktober 1997

Arbeidsongeschiktheidspercentage: 80-100%

Diagnose: gewrichtsreuma (ziekte van Bechterew)

Achtergrond en werk

Mw. Osman is laag opgeleid. Na de basisschool volgde ze indertijd enkele jaren de modevakschool, maar met vijftien verliet ze de school zonder diploma. Wel volgde ze nog enkele jaren diverse cursussen. Op haar achttiende begint ze te werken, maar niet lang daarna – ze is dan 19 – is ze een jaar ziek. Ze heeft klachten aan haar voet, waardoor ze niet kan lopen. De artsen weten aanvankelijk niet wat het is. Ze ondergaat allerlei onderzoeken en zit drie maanden met haar voet in het gips, maar niets helpt. Na een jaar gaat ze weer aan het werk, al gaat het nog steeds niet goed met haar gezondheid. Zelf zegt ze dat ze wel moest gaan werken, omdat haar man anders geen toestemming zou krijgen om vanuit Turkije naar Nederland te komen. Kennelijk was ze getrouwd (of wilde ze trouwen) met een man uit Turkije. Volgens de geldende regelingen is migratie naar Nederland in het kader van gezinsvorming alleen mogelijk indien de Nederlandse partner zelfstandig in het levensonderhoud kan voorzien en niet van een uitkering leeft. Inmiddels woont haar partner in Nederland. Ze zijn getrouwd, hij heeft betaald werk en samen hebben ze een kind.

Mw. Osman komt terecht bij een gemeentelijke instelling, die verantwoordelijk is voor de uitvoering van gesubsidieerde werkgelegenheidsregelingen (WIW en WSW). Via deze instelling wordt ze gedetacheerd bij een particuliere onderneming. Het is een computerbedrijf waar ze productiewerk gaat doen. Op zich is dit een goed voorbeeld van een geslaagde reïntegratie. Volgens de geïnterviewde werkgever (we spraken met de consultant individuele trajectbegeleiding van de instelling voor gesubsidieerd werk) was het werk bij uitstek geschikt voor haar:

“Toen ik die vacature zag, dacht ik: ‘perfect’. De vrouw heeft klachten van reumatische aard. Dat vraagt om een hele stabiele temperatuur. Dat is daar. Het vraagt om precisiewerk. De vrouw is hartstikke handig met naald en draad. Dus ik ben ik met het bedrijf gaan praten en heb ik voorgesteld om de vrouw via onze instelling aan te stellen om elk risico te vermijden. Want ja, wat betekent het als je iemand met een beperking aanneemt.... Ik zei: ‘Sluit een overeenkomst met ons en wij detacheren haar bij jullie voor een bepaalde tijd en dan kunnen wij eens kijken hoe dat uitpakt. Pakt het verkeerd uit, prima...dan zeggen wij de overeenkomst weer op. Zo heeft ze tenminste een arbeidsovereenkomst en kunnen we verder gaan”.

Mw. Osman vindt het werk zwaar (vanwege haar blijvende gezondheidsklachten), maar wel leuk. Ze heeft het goed met haar collega's (bijna alleen mannen). Het bedrijf gaat echter failliet, zodat het contract wordt verbroken. Mw. Osman blijft wel in dienst van de gemeentelijke instelling, maar vrij snel daarna – in juni 1996 – meldt ze zich ziek. Ze heeft dan ruim een jaar bij het computerbedrijf gewerkt.

* Dit is een gefingeerde naam

Ziekmelding en eerste ziektejaar

Mw. Osman heeft uiteenlopende klachten en pijnen: in haar schouders, rug, heupen, enzovoort. Achteraf blijkt ze de ziekte van Bechterew te hebben. Dit is een progressieve reumatische gewrichtsontsteking die tot verstijving van de gewrichten leidt. De voornaamste verschijnselen zijn pijn en stijfheid in de rug. Dit begint in de gewrichten van de wervelkolom en heupen. Drie maanden na de laatste ziekmelding, in augustus 1996, wordt een eerste reïntegratieplan opgesteld door de gemeentelijke instelling. Het is meteen een volledig reïntegratieplan. Men gaat er terecht vanuit dat mw. Osman niet binnen het jaar weer terug is op het werk. Toch bevat het eerste reïntegratieplan geen concrete plannen met betrekking tot reïntegratie. De reden is dat ze zwanger is.

Haar eerste zwangerschap loopt uit in een miskraam. Ruim een half jaar later, mw. Osman is nog steeds ziek en haar klachten zijn volgens haar zelf alleen maar erger geworden, is ze opnieuw in verwachting. De bevalling wordt verwacht in september 1997. Wederom kunnen er gedurende een aantal maanden geen stappen gericht op werkhervatting gedaan worden. Het reïntegratieplan vermeldt: 'reïntegratie is voorlopig niet in zicht'. De verzekeringsarts van mw. Osman vertelt:

"In zo'n periode waarin naast ziekte ook nog sprake is van zwangerschap en van een miskraam kun je natuurlijk weinig doen. Dan moet je gewoon afwachten".

In juni 1997 is het eerste ziektejaar voorbij. Mw. Osman zou nu in principe in de WAO instromen. Vanwege haar opeenvolgende zwangerschappen wordt de WAO-beoordeling vier maanden uitgesteld.

De WAO-beoordeling

In oktober 1998, na afloop van het wettelijk zwangerschapsverlof, vindt de WAO-beoordeling plaats. Haar zoontje is inmiddels geboren, maar haar klachten zijn door de zwangerschap alleen maar erger geworden. Bij de WAO-beoordeling wordt geen nieuw medisch onderzoek uitgevoerd, men gaat af op het voorliggende bericht van de reumatoloog. Op basis van deze informatie van mw. Osman wordt het belastbaarheidpatroon opgesteld en op basis daarvan concludeert de arbeidsdeskundige dat er met behulp van het FIS niet voldoende functies kunnen worden gedeut. Volgens de geïnterviewde verzekeringsarts is dit de standaardprocedure. De arts stelt de lichamelijke beperkingen vast, de arbeidsdeskundige bekijkt op basis daarvan welke functies nog mogelijk zijn. In geval van mw. Osman luidt de conclusie, dat er geen functies mogelijk zijn. Ze wordt daarom volledig arbeidsongeschikt verklaard, niet zozeer om medische, maar om arbeidskundige redenen.

De betrokkene vindt de hele procedure echter zeer onbevredigend. Ze raakt geïrriteerd omdat de arts voortdurend naar in haar ogen irrelevante, persoonlijke dingen vraagt:

"De arts vroeg allerlei dingen over mijn dagelijkse leven: wanneer ik opstond, wanneer ik ging ontbijten, wat ik daarna ging doen, enzovoort: waarom vroeg hij dat? Dat is toch mijn privé-leven? Mijn ziekte was bekend dus dergelijke vragen waren niet nodig. De arts vond dat ik best halve dagen kon gaan werken. Hij zei: 'Jij kan werken'. Alsof ik niet ziek was. Na elke controle zei de arts dat ik wel weer aan het werk kon".

Bij haar laatste bezoek zegt mw. Osman dat ze te ziek is om te werken en dat ze desnoods naar de rechter stapt om haar gelijk te krijgen. Dat geeft volgens haar de doorslag: ze kreeg volledig WAO. Zelf trekt ze de volgende les uit het gebeuren:

"Ik heb één ding geleerd: je moet je mond opendoen, je moet jezelf steunen. Je moet jezelf verdedigen. Als je niets zegt denken ze dat je niet ziek bent".

Volgens de geïnterviewde verzekeringsarts berust dit alles op een misverstand. De persoonlijke vragen waarover de cliënt viel, zijn volgens hem noodzakelijk om het belastbaarheidpatroon vast te stellen. Daarbij kan de verzekeringsarts volgens hem niet gezegd hebben, dat de betrokkene wel weer kan gaan werken. De arts stelt de lichamelijke of psychische beperkingen vast, maar kan niet beslissen of iemand met zulke beperkingen nog in staat is om te werken. Dat oordeel is aan de arbeidsdeskundige. De verzekeringsarts begrijpt al met al ook niet waarom mw. Osman aankondigt in beroep te zullen gaan (wat ook in haar dossier staat vermeld). Ze krijgt immers wat ze wilde: een volledige WAO-uitkering. Het is uiteindelijk ook niet tot een rechtszaak gekomen.

Reïntegratie

Het opmerkelijke aan dit geval is het gebrek aan inspanningen gericht op reïntegratie. Inmiddels denkt de verzekeringsarts dat werkhervatting niet meer aan de orde is:

“Het is een progressief ziektebeeld, dus haar kwalen zullen niet minder worden. Je kan dus niet verwachten dat ze in de toekomst wel zal kunnen werken. Als er iets had moeten gebeuren, dan had dat helemaal in het begin van het ziekteproces moeten gebeuren. Maar toen kon dat niet vanwege allerlei bijkomende omstandigheden: haar kinderwens waardoor zij bepaalde noodzakelijke medicijnen niet wilde gebruiken, de zwangerschap, miskraam en nogmaals een zwangerschap. De bedrijfsarts had misschien wel plannen, maar werd in feite steeds schaakmat gezet door deze overige ontwikkelingen. (...)Zulke dingen gebeuren, je moet je erbij neerleggen. (...)Als de betrokkene zelf aangeeft niets meer te kunnen en als er volgens de geldende criteria (vastgelegd in het FIS) ook geen functies zijn die zij met haar beperkingen nog kan doen, dan ben je als uvi niet geneigd om er hard aan te werken. Als alle geluiden dezelfde richting ingaan, zoals in dit geval, heeft het weinig zin meer”.

Volgens de geïnterviewde personeelsconsulent was het de samenloop van omstandigheden, die naar zijn mening reïntegratie in de weg stonden:

“Als ik haar hoorde vertellen over de pijn die ze had en over het effect van de pijn op het dagelijks functioneren in een slechte huisvestingssituatie, de zorg voor een moeilijk kind, een partner die naar Nederland kwam en geen woord Nederlands sprak. Allerlei omstandigheden die niet direct maar indirect met haar gezondheid te maken hebben, hebben absoluut een rol gespeeld in de beoordeling”.

Mw. Osman verwacht ook zelf niet meer dat ze in de toekomst nog aan het werk zal komen, hetgeen ze jammer vindt. Maar dat ze momenteel niet werkt, betekent niet dat ze niets doet. Ze gaat naar het buurthuis en doet cursussen, al is dat soms moeilijk met een klein kind. Het kind vraagt veel tijd en aandacht, je kan niet altijd weg. Ze maakt zich grote zorgen over haar toekomstige gezondheidssituatie. Ze vindt het heel erg dat ze op zo jonge leeftijd al reumatische kwalen heeft. Dat is eigenlijk iets voor oudere vrouwen. Ze heeft weinig hoop meer voor de toekomst.

ANALYSE

De in de vorige paragraaf besproken problemen en dilemma's waarmee verzekeringsartsen bij de beoordeling van allochtone arbeidsongeschikten worden geconfronteerd, worden nog versterkt door taalbarrières en communicatieproblemen. Communicatieproblemen spelen op minstens twee manieren een rol in de interactie tussen allochtone WAO'ers en professionele uitvoerders van de WAO. Hiervoor bleek al, dat een WAO-beoordeling mede bepaald wordt door de communicatie tussen verzekeringsarts en zieke werknemer. Zo wil de verzekeringsarts niet alleen inzicht krijgen in de specifieke klachten, maar zich ook een algemeen beeld vormen van de cliënt. Bovendien is de verzekeringsarts deels afhankelijk van informatie van de cliënt. Zo wordt aan de cliënt vaak gevraagd naar de mening van de behandelend arts en hoe de eventu-

ele gesprekken met de werkgever over werkhervatting zijn verlopen. Hiermee zijn verzekeringsartsen dus deels afhankelijk van de (in praktijk vaak beperkte) taalbeheersing, communicatieve vaardigheden, maar ook van het begrip van de situatie van allochtone cliënten – al kunnen ze natuurlijk besluiten om ook zelf informatie in te winnen bij behandelende artsen en specialisten.

In de praktijk blijkt dit tot misverstanden en onbegrip te leiden. Dit is overigens niet specifiek voor allochtonen, ook veel laagopgeleide autochtone WAO'ers hebben moeite om de visie van de behandelende arts in detail over te brengen aan de verzekeringsarts. Cliënten vertellen vaak weinig en kunnen hun klachten niet goed onder woorden brengen, hetgeen nog wordt versterkt indien zij de Nederlandse taal niet machtig zijn of indien sprake is van cultuurverschillen (CTSV 2000). Dergelijke problemen worden nog versterkt doordat verzekeringsartsen vaak weinig tijd voor hun cliënten hebben. Voor het beoordelen van de complexe problemen van allochtone WAO'ers zou meer tijd uitgetrokken moeten worden, maar daaraan ontbreekt het veelal (vgl. paragraaf 5.5). Indien nodig kunnen verzekeringsartsen een tolk inschakelen. Ook nemen allochtone WAO'ers vaak zelf een tolk mee (een familielid of vrijwilliger uit de eigen gemeenschap). Ook dit verhelpt het probleem echter niet. Minderhoud (1993, 124) constateert dat het *„..ook via tussenkomst van een tolk zeer moeilijk is om een goed beeld van de beperkingen van belanghebbende te krijgen”*.

Geïnterviewde verzekeringsartsen bevestigen deze communicatieproblemen als het gaat om Turkse en Marokkaanse WAO'ers. Enkele veelzeggende uitspraken:

“Het is moeilijk om bij allochtonen tot de hoofden van de mensen die voor mij zitten door te dringen. Ik kan ze niet bereiken. Ik spreek hun taal niet en heb geen kennis van hun leefwereld. Ik weet niet hoe ik dingen moet interpreteren. Ik zou wel even met zo'n man mee naar huis willen lopen, om te zien hoe hij woont, hoe zijn familie is, om vat op de zaak te krijgen. (...) Verzekeringsartsen zijn mijns inziens totaal niet toegerust om met allochtonen te communiceren of hen te beoordelen. Ze weten niets van interculturele communicatie. Dit is slecht: we hebben veel te weinig instrumenten om tot deze mensen door te dringen. Zeker als ze laag opgeleid zijn. Ze hebben én een andere beleving én een andere cultuur. Het lijkt me ook heel frustrerend voor deze mensen om niet begrepen, maar wel beoordeeld te worden. Ik heb wel eens iemand naar een Turkse psycholoog gestuurd, maar die leek er ook niets van te begrijpen”.

“Ik vind het soms moeilijk in te schatten wat er in de hoofden van allochtone mensen omgaat. Het merendeel van de allochtonen is niet toegankelijk en heeft weinig gespreksvaardigheid. Dit is lastig. Er wordt helaas ook niet stelselmatig aandacht aan transculturele problematiek besteed. (...) Vooroordelen worden nu regelmatig bevestigd, maar met diezelfde regelmaat ook weer ontkracht. Er is geen touw aan vast te knopen. Het lijkt me interessant te onderzoeken of somatisering onder allochtonen afneemt; ik heb het idee dat mensen steeds meer achter de ware aard van hun klachten komen en dit ook durven te uiten”.

Tegen deze achtergrond zijn we tijdens door ons georganiseerde groepsgesprekken met Turkse en Marokkaanse WAO'ers nagegaan hoe zij het contact met de (veelal autochtone) verzekeringsarts ervaren. Vinden Turkse en Marokkaanse WAO'ers dat de verzekeringsarts hen begrijpt? Hun antwoorden op deze vragen zijn een staalkaart van onvrede en ervaren onbegrip. Turkse en Marokkaanse WAO'ers voelen zich meestal niet begrepen door de verzekeringsarts. Artsen hebben ook te weinig tijd. Veel Turkse en Marokkaanse WAO'ers vragen zich zelfs af of de arts hen wel *wil* begrijpen: artsen geloven gewoon niet dat zij echt ziek zijn en niet kunnen

werken. Volgens sommigen is dit typerend voor de wijze waarop Turken en Marokkanen in Nederland onrecht wordt aangedaan. Tenslotte plaatsen sommigen vraagtekens bij de kwaliteit van de Hollandse artsen. We citeren hier enkele veelzeggende uitspraken van de deelnemers aan de groepsgesprekken.

Geen tijd

“De arts heeft onvoldoende tijd voor ons. Niemand heeft de aandacht gekregen die nodig was”. (Turkse man)

Taalproblemen

“De arts begrijpt ons niet goed want de taalbarrière is te groot. De arbeider heeft twintig jaar gewerkt en geen Nederlands geleerd, de arts spreekt geen Turks. Dus begrijpen zij elkaar niet”. (Turkse man)

“Ik spreek onvoldoende Nederlands maar kreeg geen tolk toegewezen, hierdoor is er volgens mij een verkeerd besluit uit het onderzoek gekomen”. (Turkse man)

“Als je aan de arts goed vertelt dat je ziek bent en dus je klachten goed kan verwoorden dan krijg je ook goede beoordeling. Maar als je dat niet kan doen dan kan hij verkeerde beoordeling of beslissing nemen”. (Marokkaanse man)

“De taal speelt een rol. Het tolken gebeurt niet goed. Ook al spreek ik de taal niet. Ik voel wanneer er bepaalde dingen niet door de tolk worden vertaald voor de arts”. (Marokkaanse vrouw)

Niet serieus genomen

“Ook al is er een tolk, de arts luistert gewoon niet en neemt je niet serieus”. (Turkse man)

“De verzekeringsartsen vellen oordeel zonder dat ze de persoon gezien en gesproken hebben. Zonder onderzoek komen zij tot een conclusie betreffende het percentage van arbeidsongeschiktheid. Dus worden zieken niet serieus genomen”. (Turkse man)

“In plaats van specifieke vragen passend bij het ziektebeeld van iemand te stellen, worden algemene vragen gesteld, dit is een duidelijke uiting van desinteresse”. (Turkse man)

Niet geloofd

“Het begint bij de huisarts. Als iemand met hoofdpijn als gevolg van overspannenheid en psychische problemen bij de huisarts komt, wordt hij afgescheept met een doosje pijnstillers. Als je dan later voor de verzekeringsarts moet verschijnen, zeggen ze vervolgens: ‘Je kan toch niet thuis blijven omdat je hoofdpijn hebt? Je wilt gewoon niet werken’”. (Turkse man)

“Ook al begrijpen ze ons wel, ze willen ons niet begrijpen. De arts zal iemand alleen voor 80 of 100% afkeuren als hij er van overtuigd is dat de persoon nog maar zes maanden te leven heeft”. (Turkse man)

“Je krijgt weinig tijd bij zo'n arts. Hij komt heel snel met het idee dat ik gewoon moet gaan werken”. (Marokkaanse vrouw)

“Als je aan de arts goed vertelt dat je ziek bent en dus je klachten goed kan verwoorden, dan krijg je een goede beoordeling. Maar als je dat niet kan doen, dan kan hij een verkeerde beoordeling of beslissing nemen”. (Marokkaanse WAO'er)

Slechte artsen

“Als de artsen hun werk goed hadden gedaan zouden er niet zoveel Turken ziek zijn geweest”. (Turkse man)

“Ik heb weinig vertrouwen in de keuringsartsen en medische wereld in Nederland. Artsen in Marokko begrijpen ons beter: de problemen thuis, de familieomstandigheden, mijn dochters die bij mijn zus in Marokko wonen, het vochtige huis en de lekkages”. (Marokkaanse vrouw)

“We worden niet serieus genomen. Toen ik bij een arts kwam zei hij dat ik TBC had, drie weken later zei een andere arts dat ik kanker had en vervolgens een tumor. In Turkije zei een arts dat die diagnoses niet klopten. Volgens hem had ik een vergroting van de milt en een probleem met de dikke darm. Wie zou er op deze manier geen psychologische problemen krijgen?” (Turkse WAO'er)

Onrecht en discriminatie

“Het recht van alle allochtone werknemers wordt geschonden, deze mensen die qua taal, kennis en financiën in een ondergeschikte positie zitten t.o.v. de artsen, inspecteurs e.d. wordt onrecht aangedaan, zij worden geëxploiteerd. Dit alles maakt ons nog zieker en is voldoende reden om een uitkering te krijgen”. (Turkse man)

“Wij weten niet wat de reden van dit alles is, eerder zouden zij moeten accepteren dat ze ons jarenlang gebruikt hebben, aan ons verdiend hebben en ons nu in tijd van ziekte verplicht moeten ondersteunen”. (Turkse man)

“Ik weet zeker dat iedere instelling in Nederland systematisch discrimineert en hiertoe opdracht heeft gekregen”. (Turkse man)

“Je wordt gediscrimineerd, niet gerespecteerd. Bij de keuringsarts krijgt je te horen: probeer maar, ga maar werken, proberen, proberen, proberen. Misschien was er niets met me mis toen ik de keuringsarts bezocht, maar dezelfde dag viel ik flauw. Dit gebeurt vaak. Zij zien niet wat ik meemaak, ze zien me maar tien minuten. Ziekenhuizen, specialisten en het GAK spelen allemaal onder een hoedje”. (Marokkaanse vrouw)

Communicatieproblemen spelen echter nog op een andere wijze een complicerende rol in de interactie tussen de uitvoerders van de WAO en hun allochtone cliënten. De WAO is een zeer complexe regeling, die ook voor de gemiddelde autochtone burger moeilijk te vatten is. Uit onze gesprekken zowel met allochtone WAO'ers als met de uitvoerders van de WAO werd naar voren gebracht, dat Turkse en Marokkaanse laaggeschoolde cliënten de regeling vaak niet begrijpen. Dit bleek duidelijk in het verhaal van mw. Osman, de centrale casus in deze paragraaf. Mw. Osman snapte niet waarom de verzekeringsarts allerlei persoonlijke vragen stelde en waarom ze, gezien haar klachten, niet direct arbeidsongeschikt werd verklaard. Zij was hierover dermate verontrust dat ze tijdens de WAO-beoordeling juridisch beroep aankondigde en drie jaar later – toen wij met haar spraken – nog steeds geëmotioneerd vertelde dat je als allochtone WAO'er moet vechten voor je zaak. Volgens de geïnterviewde verzekeringsarts berust de hele opwinding echter op een misverstand en gaat het om een standaardprocedure (het opstellen van een belastbaarheidspatroon). Geconcludeerd kan worden, dat men in dit geval de procedures dus niet heeft kunnen uitleggen.

Ook deze kant van de zaak kwam naar voren tijdens onze gesprekken met de uitvoerders van de WAO en de door ons georganiseerde groepsgesprekken met Turkse en Marokkaanse WAO'ers. Diverse uvi-functionarissen benadrukken, dat de complexe beoordelingssystematiek

van de WAO aan allochtone cliënten nog moeilijker is uit te leggen dan aan autochtone. Enkele citaten van uvi-zijde:

“De verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen vertellen veel aan de mensen, maar het is gewoon zo dat als een betrokkene weggaat hij veelal 50% van de informatie vergeet: de problematiek is nu eenmaal niet eenvoudig en leg maar eens aan iemand uit wat een arbeidsdeskundige beoordeling is. Een tolk maakt het er veelal ook niet eenvoudiger op. Ik moet zeggen dat er ook veel te weinig informatiemateriaal is. Men is ermee bezig dit te veranderen”.

“Ik vind dat een simpele oproepbrief vaak ingewikkeld is gesteld, en ook de uitslagenbrieven. Dat zou beter kunnen. Verder moet je heel helder, duidelijk en eenvoudig zijn in je uitleg; zowel bij allochtonen als bij autochtonen. Er worden soms woorden gebruikt dat je denkt ‘Ja, hoe kunnen ze dat snappen’. Daar komt bij dat ze een hoop niet opnemen of anders uitleggen, want ik durf er geen eed op te doen, maar ik denk dat die vrouw echt niet meer weet wat we toen besproken hadden. Dat beklijft niet”.

“Die arts vertelt hen een heel medisch verhaal en uiteindelijk een conclusie, en soms hebben ze het niet begrepen of gehoord en dat wekt verwarring. Dat gebeurt wel vaker. Soms staan mensen alweer binnen tien minuten buiten als ze bij een verzekeringsarts zijn geweest; dan hebben ze het gevoel dat er niet serieus naar hen gekeken is. Mensen zijn heel vaak heel erg ontevreden als ze bij de arts zijn geweest. Dat gebeurt echt heel vaak”.

Dat veel Turkse en Marokkaanse WAO'ers de systematiek van de regeling niet begrijpen, blijkt ook uit het onderstaande citaat dat wij bij één van onze groeps gesprekken konden optekenen uit de mond van een Turkse arbeidsongeschikte:

“Er wordt heel oppervlakkig uitgelegd en niets over de percentages verteld. Ik weet niet wat 80% inhoudt, volgens mij krijg ik 70% van 70% van mijn inkomen”.
(Turkse WAO'er)

5.4 ‘Geen tijd’. De uvi's onder druk

Casus 9: Mw. Arsalan*

Turkse vrouw, 33 jaar

Laatste ziekmelding: januari 1998

Eerste WAO-beoordeling: oktober 1998

Arbeidsongeschiktheidspercentage: 80-100%

Diagnose: psychische klachten

Achtergrond en werk

Mw. Arsalan kwam als tiener naar Nederland. Ze is laag opgeleid. In Turkije had ze lager onderwijs gevolgd, in Nederland heeft ze nadien geen verder onderwijs genoten. Na haar scheiding is ze een alleenstaande moeder met één kind. Ze werkt al twaalf jaar bij een productiebedrijf dat reclamemateriaal maakt. Ze heeft een vast contract, werkt fulltime en heeft het erg naar haar zin op haar werk. Zowel het werk als haar collega's bevallen haar goed. Ze maakt promotie en wordt voorvrouw. Dan

* Dit is een gefingeerde naam

ontstaan er echter privé-problemen: haar ouders remigreren naar Turkije, haar zus overlijdt en zelf scheidt ze (na problemen) van haar man. Ze kan dit alles niet aan. In 1998 beginnen haar klachten: ze meldt zich een paar keer ziek, maar gaat vervolgens weer werken. Het lukt haar echter niet te blijven werken en in januari 1998 meldt ze zich voor het laatst ziek. Ze heeft last van allerlei fysieke klachten en begrijpt pas later dat deze klachten psychisch van aard zijn. Ze is depressief en overspannen, en krijgt antidepressiva, slaapmiddelen en behoorlijk veel aspirines. Volgens de betrokkene hebben deze klachten niet met haar werk, maar enkel met haar privé-situatie te maken.

Ziektemelding en eerste ziektejaar

Gedurende het eerste ziektejaar komt ze geregeld bij de Arbo-arts. Ze heeft gemengde gevoelens over hem. Enerzijds oefende de Arbo-arts druk op haar uit om weer te gaan werken, ook al omdat haar baas personeel nodig had. Anderzijds was het de Arbo-arts die haar liet zien dat haar fysieke klachten het gevolg waren van psychische problemen. Dit was nieuw voor haar. Hij begreep haar en zag wat er aan de hand was. Bovendien heeft de Arbo-arts er voor gezorgd, via de huisarts, dat ze werd doorverwezen naar het Riagg. De werkgever heeft haar nooit ander werk aangeboden. Wel heeft ze geprobeerd om halve dagen te werken, maar dat ging niet omdat ze er met haar hoofd niet bij was. In het begin had ze maandelijks contact met haar chef, en hij is ook bij haar thuis op bezoek geweest. Toch vindt ze dat de werkgever niet voldoende heeft gedaan om haar aan het werk te houden. Integendeel, toen duidelijk werd dat ze echt ziek was, oefende hij druk op haar uit om maar ontslag te nemen:

“Na een paar maanden zei hij: ‘Als je niet kunt werken, probeer maar ander werk, je mag je ontslag nemen als het niet lukt’. De slimmerd, hij is wel aardig maar soms een beetje gemeen. Heel slim, weet je. Zo gauw je ziek bent is hij niet meer aardig”.

Wij hebben deze werkgever overigens niet kunnen spreken. Nadat zijn bedrijf in 1999 failliet was gegaan, vertrok hij naar Oost-Europa. Mw. Arsalan weet niet of ze ontslagen is. Ze moest bij de uvi papieren invullen en tekenen voor een uitkering. Waarschijnlijk was dit de ontslagaanvraag.

De Arbo-dienst diende in eerste instantie een voorlopig reïntegratieplan bij de uvi in, kennelijk ging men er vanuit dat mw. Arsalan op korte termijn het werk zou hervatten. De geïnterviewde verzekeringsarts van de verantwoordelijke uvi (GAK) vertelt hierover:

“Naar aanleiding van het reïntegratieplan heb ik contact gehad met de bedrijfsarts. Ook in het verleden had ik al een paar keer contact gehad. Uit het reïntegratieplan kwamen steeds psychische problemen, maar voorheen ging ze uiteindelijk na een periode altijd weer aan het werk. Ik heb toen contact gehad met de vraag waarom dit nu niet zo was, waarom ze nu langer arbeidsongeschikt was. De bedrijfsarts meldde mij dat hij inderdaad had geprobeerd om haar op arbeidstherapeutische basis het werk te laten hervatten. Dat hadden ze voorheen ook steeds gedaan. De reïntegratiepogingen zijn echter gestaakt omdat ze volgens het Riagg suïcidaal zou zijn”.

De WAO-beoordeling

Eind oktober 1998 vindt de WAO-beoordeling plaats. De verzekeringsarts constateert een ernstige depressieve reactie op basis waarvan ze volledig arbeidsongeschikt wordt verklaard. Volgens het Riagg zou werkhervatting op zijn vroegst na een half jaar weer aan de orde zijn. In eerste instantie wordt afgesproken, dat de Arbo-dienst de reïntegratie van mw. Arsalan bij haar oude werkgever zal begeleiden. Nadat het bedrijf failliet ging, in januari 1999, hield echter ook de betrokkenheid van de Arbo-dienst bij het begeleiden van mw. Arsalan op. Nu zou de uvi de reïntegratie begeleiden. Bij een hernieuwd gesprek constateert de verzekeringsarts enige verbetering in de situatie en spreekt af dat mw. Arsalan drie maanden later weer zal terugkomen. De verzekeringsarts:

“Ik heb haar toen weer gezien en gezegd: ‘Gezien het opklarend beeld verwacht ik dat we binnen enige maanden gaan starten met bemiddeling en reïntegratie’. Ik heb in mijn rapport geschreven dat ik haar over enige maanden weer zou uitnodigen en dat zij dan weer enig werk zou kunnen verrichten dat, afhankelijk van haar klachten, mogelijk een wat routinematig karakter zou hebben. Het zou dus wel aangepast werk moeten zijn. Je kunt immers niet op het ene moment ‘niks’ en het andere moment ‘alles’ doen”.

De bedoeling was dat mw. Arsalan drie maanden later, in augustus 1999, weer op gesprek zou komen. Dit laatste is er echter vanwege de grote drukte bij de uvi nooit van gekomen. De verzekeringsarts:

“Door de achterstanden in uvi-land, laten we het maar zo zeggen, is zij nooit meer geweest. Dit zeer tot mijn spijt. Het was voor mij toch een soort verlies, want er is niets meer met haar gebeurd. Dit geval was echt iets van begeleiden en stimuleren. Als je dat laat gaan, dan geef je het weg. Dat komt puur door de achterstanden. Had ik haar in augustus nog kunnen zien, dan had ik zeker nog verdere actie op ondernomen. Ik had ook in mijn achterhoofd dat deze mevrouw niet uit zichzelf met de vraag ‘kan ik weer gaan werken, kan ik gereïntegreerd worden’ zou komen. Hoewel ik met het Riagg van mening ben dat het voor haar zelfs herstelbevorderend zou werken om weer aan het werk te gaan. Het kan zijn dat haar dossier door de enorme achterstanden is weggehaald, dat weet ik eigenlijk niet. Ik baal er heel erg van, dit komt veel voor. Ik heb er veel werk aan besteed, heb een bepaalde lijn uitgezet en die wordt dan niet afgemaakt. Dat frustriert mij mateloos, ook voor die mevrouw. Het is nu al zoveel jaar geleden”.

Ook de wettelijk verplichte eerstejaars herbeoordeling van mw. Arsalan (die in januari 2001 moest plaatsvinden) komt te laat. In een poging de achterstanden weg te werken, had het Gak inmiddels alle eerste- en vijfdejaars dossiers bij de verantwoordelijke functionarissen weggehaald en in handen gegeven van een extern bureau. Er volgde een schriftelijke herbeoordeling. Mw. Arsalan kreeg een schriftelijke vragenlijst toegestuurd, die ze invulde en op basis daarvan werd besloten dat er ‘geen aanleiding (is) om de mate van arbeidsongeschiktheid als gewijzigd te beschouwen’. De betrokkene zelf vertelt dat ze een paar keer met de verzekeringsarts heeft gesproken en dat ze nooit bij de arbeidsdeskundige is geweest. Ze was immers volledig afgekeurd. Een maand geleden kreeg ze een formulier toegestuurd, waarin gevraagd werd of haar klachten waren gewijzigd. Ze vulde in dat dit niet zo is en kreeg toen een brief terug dat ze ‘nog steeds volledig in de WAO mag zitten’. Ze is het volledig eens met deze beoordeling, ze acht zich niet in staat om te werken.

ANALYSE

Dat uvi's een bijna chronisch tijdsgebrek hebben en in veel opzichten niet toekomen aan een zorgvuldige uitvoering van hun takenpakket is reeds in veel onderzoek gedocumenteerd.⁴ Dit heeft verschillende oorzaken. Belangrijk is om vast te stellen dat geldgebrek niet zozeer de oorzaak van veel problemen bij de uitvoering van de WAO, maar ook tekort aan personeel (onder meer omdat veel verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen hun heil zochten in particuliere Arbo-diensten of reïntegratiebedrijven), tezamen met nieuwe taken (onder meer de verplichte periodieke herkeuringen). Het gevolg van deze vrijwel structurele tijdsnood is, dat bepaalde prioriteiten moeten worden gesteld. Zo kregen de uvi's van hogerhand de aanwijzing, dat in ieder geval de eerste WAO-beoordeling ('eindewachtijd') tijdig te verrichten. Dergelijke prioriteiten betekenen echter noodzakelijkerwijs dat andere (herkeuringen, op reïntegratie gerichte activiteiten, enzovoort) op het tweede plan komen. De vraag is hoe deze aaneenschakeling van beleidskeuzes uitwerkt voor allochtone WAO'ers.

Het thema van tijdsgebrek en achterstanden speelde een centrale rol in bijna alle gesprekken met de uitvoerders van de WAO. Verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen worden geacht in korte tijd grote aantallen gevallen te behandelen en 'dossiers weg te werken'. Door de tijdsdruk, zo blijkt uit hun verhalen, kunnen essentiële onderdelen van hun taken in de knel komen. Het onschuldigst is nog de mededeling van een verzekeringsarts, dat hij door de drukte soms onvoldoende tijd heeft om de complexe WAO-regelingen goed uit te leggen:

“Je vergeet het soms als je haast hebt. Als je een rustig spreekuur hebt, leg je me meer uit”.

Een geïnterviewde cliënt trekt ook de kwaliteit van de WAO-beoordeling zelf in twijfel:

“Het ging veel te snel; ik werd niet serieus genomen. De arts vroeg me alleen maar hoe ik me voelde en trok binnen no-time zijn conclusie. Er is niet eens contact met mijn huisarts geweest”.

Uvi-functionarissen vertellen, dat door het voortdurende tijdsgebrek allerlei informele uitvoeringsregels in werking treden. In deze situatie ontstaan als snel afomingmechanismen, dat wil zeggen dat de meest kansrijken onder de WAO'ers geholpen worden en de meest kanslozen niet

“Bij de vijfdejaars herbeoordeling moet je door tijdsgebrek kiezen wie je oproept. Je kunt eenvoudigweg niet iedereen weer zien. Dan pik je er de kanshebbers uit, en de twijfelgevallen laat je zitten. Dat betekent dat je deze mensen niet oproept en dus voor volledig in de WAO laat. Deze mensen worden dan pas vijf jaar later weer voor een herbeoordeling opgeroepen. Hier schiet het systeem tekort. Er zijn ook bepaalde vooroordelen bij de artsen. Bijvoorbeeld iemand die gehandicapt is of spastisch, die roep je niet op, daar steek je geen energie meer in. Met de weinige tijd die je hebt, pluk je de kanshebbers eruit. Met de rest weet je niet wat je kunt”.

Een ander probleem van uvi-functionarissen betreft de geringe ruimte voor persoonlijk contact met cliënten. Veel uvi's onderhouden een louter papieren relatie met hun cliënten. Er worden brieven en formulieren over en weer gestuurd, maar tijd voor een gesprek is er niet. Het onpersoonlijke contact tussen uitkeringsgerechtigden en uitvoeringsinstellingen is overigens een bekend thema in de Nederlandse sociale zekerheid. Tot voor kort werd ook sociale diensten ervan beticht 'onpersoonlijke uitkeringsfabrieken' te zijn (vgl. Van der Veen 1990; Engbersen 1995). Een onpersoonlijke relatie tussen uitkeringsgerechtigde en uitvoeringsambtenaren zou misschien nog wel volstaan als het er alleen om gaat tijdig een uitkering te verstrekken, maar niet als uitkeringsgerechtigden gemotiveerd en gestimuleerd moeten worden om terug te keren naar het arbeidsproces.

In ons onderzoek kwam het onpersoonlijke contact tussen uvi's en individuele WAO'ers op diverse manieren aan de orde. Zo bleek het bij het uitvoeren van het onderzoek zeer moeilijk om uvi-functionarissen te vinden die persoonlijk contact hadden met een bepaalde Turkse of Marokkaanse WAO'er. Herhaaldelijk slaagden we er niet om binnen de uvi ook maar iemand te vinden die de cliënt persoonlijk kende. Het gebrek aan tijd en persoonlijke aandacht wordt ook door de functionarissen als probleem ervaren:

“Als we meer tijd zouden hebben om actiever met dit soort personen om te gaan, zijn er nog best wel mogelijkheden op de arbeidsmarkt. Dus het is gewoon zon-

de. Ze kwam bij mij en we zijn een jaar te laat voordat ze beoordeeld werd! Dan kun je niet bepaald zeggen dat er zoveel aandacht aan is besteed. Dit heeft allemaal te maken met de achterstanden die weggewerkt moeten worden. Ik werk dus voor het achterstandsteam en krijg alle dossiers die te laat zijn. Door de werkdruk die er is heeft niemand ergens tijd voor. Iedereen heeft al veel aan de kop”.

“Er is algehele passiviteit. Er zou veel beter op de reïntegratieplannen ingesprongen kunnen worden. De arbeidsdeskundige kan vaker naar de werkgever. Zelf zou ik meer contact met de bedrijfsarts willen hebben, en met de huisarts, om te overleggen. Dit gebeurt allemaal niet vanwege tijdsgebrek en personeelstekorten. Iemand wordt doorverwezen naar een reïntegratiebureau, maar hier gebeurt ook weer niks. Zo raken ook de gemotiveerden gedemotiveerd”.

Een ander facet van het tijdsgebrek en onpersoonlijk contact bleek in uit het geval van Mw. Arsalan, de centrale casus in deze paragraaf. Om de opgelopen achterstanden in te lopen, gingen sommige uvi's ertoe over om WAO'ers niet voor een herkeuring op te roepen maar enkel een schriftelijke vragenlijst toe te sturen. Op basis van de antwoorden wordt besloten of de WAO-uitkering automatisch wordt verlengd of dat nader onderzoek is gewenst. Na politieke ophef over deze praktijk van het schriftelijk herkeuren, besloten de uvi's onlangs er verder van af te zien.⁵ In de door ons beschreven gevallen was twee keer sprake van een schriftelijke herkeuring (beide keren bij het Gak). In de beschreven casus blijken echter ook de gevaren van deze procedure. Het gevaar bestaat immers, zeker als de schriftelijke beoordeling wordt uitgevoerd door extern-ingehuurde krachten, dat de verantwoordelijke verzekeringsarts of arbeidsdeskundige de cliënt volledig uit het oog verliest. De voor mw. Arsalan verantwoordelijke verzekeringsarts vertelde hierover:

“Dit alles gebeurde gewoon, zonder dat die mevrouw is gezien. Dat is toch wel erg kort door de bocht om op basis van een vragenlijst te besluiten dat er niets is veranderd. Er wordt wel gesteld dat ze over een jaar opnieuw beoordeeld moet worden, men aarzelt dus wel, maar dan ben je wel weer een jaar verder. Dus weer een verloren jaar, bij iemand die al vanaf begin 1998 ziek is. Als iemand zo lang is bevestigd in het 'niet-kunnen', dan kun je dat niet meer omdraaien. Het is een spiraal naar beneden. Het is het faillissement van dit systeem, al die achterstanden”.

Tenslotte klagen ook veel werkgevers over de trage werkwijze en slechte bereikbaarheid van de uvi's, waardoor mogelijkheden om zieke werknemers snel weer aan het werk te krijgen verloren zouden gaan:

“Het beleid van de uvi is te passief: als iemand al een jaar ziek thuis zit gaan ze er pas wat aan doen, na een jaar ziekte komt er dan een arbeidsdeskundige. Het gaat te traag. Het contact tussen mij en de uvi is slecht; vroeger zaten daar nog echte artsen, nu niet meer”.

“De uvi moet weliswaar één loket zijn, maar in feite is het een doolhof met steeds verschillende mensen. Het zou beter zijn als er één vaste contactpersoon was. Het is een drama dat ze zo slecht bereikbaar zijn. Door de slechte communicatie zie je door de bomen het bos niet meer”.

“Als er meer activiteit zou zijn, zouden we veel sneller om de tafel kunnen zitten...dat gebeurt niet.(..) Ik heb meegemaakt dat zowel ik als de werknemer wilde herplaatsen buiten de organisatie in een functie die hij zelf graag wilde gaan doen; wij hadden hem namelijk niks meer te bieden. Hij had een bedrijf gevonden dat hem op wilde nemen, maar het mocht niet van de uvi. Toen hadden wij ook zoiets van; ‘Ja, wij hebben meer dan voldoende inspanningen geleverd en we kunnen nu iemand herplaatsen bij een werkgever die hem graag wil hebben’. Ik begrijp ook wel dat men het heel druk heeft bij de uvi’s, waardoor men minder aandacht aan dit soort zaken kan besteden...dat is heel erg jammer”.

5.5 De vangnetzietwet

Casus 3: Mw. Muhammet*

Turkse vrouw, 33 jaar

Laatste ziekmelding: oktober 1998

In de WAO sinds: oktober 1999

Arbeidsongeschiktheidspercentage: 80-100% (wegens onvoldoende functies)

Diagnose: rugklachten (hernia)

Achtergrond en werk

Ze komt in 1985 naar Nederland en doet sinds begint jaren negentig ongeschoold werk. Ze werkte als champignonplukster, steeds op tijdelijke basis en steeds voor andere loonbedrijven. Een loonbedrijf is een soort uitzendbureau dat mensen ‘uitleent’ aan andere (vaak agrarische) bedrijven. Mw. Muhammet werkt als laatste voor een Turks loonbedrijf. Volgens de geïnterviewde werkgever (een leidinggevende van het loonbedrijf) lette mw. Muhammet altijd goed op om de werkgever met de meest gunstige arbeidsvoorwaarden te kiezen:

“Ze was een goede plukster en zeer geliefd, dus iedereen wilde haar wel hebben. Dit gebeurt namelijk niet zomaar: champignonplukkers die van de ene kwekerij naar de andere ‘hoppen’ kunnen bepaalde bacteriën met zich meebrengen die de champignons kunnen aantasten. Ze werkte steeds bij het loonbedrijf waar ze het meeste verdiende. Dit hield ze goed in de gaten”.

Volgens de werkgever was mw. Muhammet alleen actief als champignonplukster en deed ze geen zwaar werk (sorteren en sjouwen). Bovendien stelt de werkgever, dat de loonbedrijven en uitzendbureaus de arbeidsomstandigheden recentelijk sterk hebben verbeterd. Het werken in de champignonkwekerijen is geliefd. De werkplaats is arbeidsvriendelijk ingericht, je hebt geen vast contract waardoor je zoveel kunt werken (en verdienen) als je wilt. Het werk betaalt redelijk en is voor iedereen toegankelijk: juist voor mensen die niet zo hoog zijn opgeleid en de taal niet kennen is het perfect: *“plukken en sorteren dat kan iedereen”.*

Mw. Muhammet zelf schetst echter een ander beeld van de arbeidsomstandigheden. Volgens haar moest ze altijd hard werken, wat nog werd gestimuleerd omdat ze stukloon kreeg. Verder zegt ze zelf, dat ze niet alleen champignons plukte maar (ook) het veel zwaardere sorteerwerk deed. Zelf voert ze haar kwalen terug op het zware werk dat ze jarenlang heeft gedaan, waaronder het versjouden van zware kratten. Ook de geïnterviewde verzekeringsarts bevestigt overigens dat het om zwaar werk gaat. Zelf meent ze dat het werk haar fataal is geworden. Voorheen had ze nooit last van haar been of rug. Mw. Muhammet is zeer negatief over haar werk, maar zegt dat ze door haar omstandigheden wel gedwongen was om dit werk te doen. Ze kende geen Nederlands en kon daarom geen

* Dit is een gefingeerde naam

andere baan zoeken. Ze heeft nooit Nederlands geleerd. Toen ze net in Nederland woonde had ze geen oppas om naar Nederlandse les te kunnen gaan, momenteel voelt ze zich te ziek.

Ziekmelding en eerste ziektejaar

De laatste aanstelling van mw. Muhammet begon eind januari 1998. Acht maanden later, begin oktober, meldt ze zich ziek. Zelf zegt ze dat haar klachten al drie jaar eerder waren begonnen. Ze kreeg pijn in haar been en ging daarom minder werken. De pijn wordt echter ondraaglijk en dan meldt ze zich ziek. In het ziekenhuis ontdekt men dat ze een hernia heeft. De werkgever vertelt echter een heel ander verhaal. Hij weet niets van een hernia en houdt vol dat mw. Muhammet helemaal niet ziek is. Volgens hem is mw. Muhammet van een trapje gevallen en heeft ze haar enkel verstuikt. Na haar ziekmelding heeft de werkgever haar nog een paar keer gebeld. Hij dacht: *“Die wordt wel weer beter en gaat weer aan de slag”*. Opeens zat ze echter in de WAO.

Aangezien mw. Muhammet een tijdelijke aanstelling had, verloopt het WAO-traject bij haar anders dan anders. Bij tijdelijke werknemers geldt er geen verplichte loondoorbetaling door de werkgever gedurende het eerste ziektejaar. De betrokkene komt in de vangnetzietwet terecht en valt daarmee direct onder verantwoordelijkheid van de uvi. Er is geen Arbo-dienst en er wordt meestal niets aan reïntegratie gedaan. De verantwoordelijke uvi (in dit geval het GUO) controleert de ziekmelding en verder gebeurt er gedurende het eerste ziektejaar eigenlijk niets. Volgens de geïnterviewde uvi-functionaris is dit gezien de bestaande regelingen ook niet anders mogelijk:

“Ik weet natuurlijk ook wel dat hoe eerder je in geval van ziekte iets doet hoe beter het gaat, maar dat is niet waarop de uvi’s op dit moment worden afgerekend. De uvi’s hebben de opdracht en worden betaald door het Lisv om op tijd eindwachtijdbeoordelingen te doen (binnen één jaar na de ziekmelding moet de WAO-beoordeling rond zijn, ES). Dat betekent dat je niet veel tijd en geld gaat investeren in het vroeg oppakken van gevallen. Want als er voor het einde van de wachttijd (het eerste ziektejaar) sprake is van reïntegratie, dan heb je het voor niets gedaan. Het is ook niet de taak van de uvi om mensen te reïntegreren in het eerste ziektejaar. Dat is de taak van de werkgever en van de Arbo-dienst”.

De WAO-beoordeling

Een jaar later, in oktober 1999, vindt de WAO-beoordeling plaats. Mw. Muhammet wordt volledig arbeidsongeschikt bevonden, al wordt er wel gezegd dat mogelijk nog een hernia-operatie zal volgen. De geïnterviewde uvi-functionaris benadrukt dat de cliënt op arbeidskundige gronden arbeidsongeschikt is bevonden. Gegeven de vastgestelde belastbaarheid kon men niet voldoende functies voor haar vinden:

“Het oordeel van de uvi was dus niet: ‘die mevrouw kan niets en is op medische gronden volledig arbeidsongeschikt’. Er is een aantal voorwaarden aangegeven waaraan werk in haar geval moest voldoen. Vervolgens is zij bij een arbeidsdeskundige geweest, maar die kon in het FIS onvoldoende functies vinden die zij gezien haar belastbaarheid zou kunnen doen. De vrouw is dus niet op medische gronden, maar op arbeidsdeskundige gronden volledig arbeidsongeschikt verklaard”.

Hoewel de betrokken partijen (afgezien van de ‘afwezige’ werkgever) het in principe eens zijn over de aard van de aandoening en de mate van arbeidsongeschiktheid, spelen er onder de oppervlakte wel meningsverschillen. De cliënt zegt dat ze door haar klachten niets meer kan doen. Ze ligt een groot deel van de dag op de bank omdat ze dan minder pijn heeft. Ze zegt dat ze helemaal depressief en gespannen wordt van het thuis zitten, terwijl haar man en kinderen de hele dag weg zijn. Ze doet haar best om te genezen, houdt zich zoveel mogelijk aan de regeltjes van de huisarts en denkt na over een operatie, al is dat geen garantie op beterschap. De verzekeringsarts meent dat zij medisch

gezien nog wel wat zou kunnen, maar dat er geen geschikte functies zijn. Duidelijk is in ieder geval dat ze niet kan terugkeren naar haar oude werkgever:

“Het was een echt loonbedrijf, dat vaak maar één soort werk heeft. In dit geval ging het om champignons plukken, zwaar werk waarbij je steeds moet staan. En dat kon ze dus niet”.

Men heeft wel pogingen tot reïntegratie elders gedaan, maar vooralsnog tevergeefs:

“Ze is vervolgens wel aangemeld voor een reïntegratiespoor en bij Arbeidsvoorziening in Eindhoven geweest. Daar zou ze een cursus Nederlands doen, omdat ze zeer weinig Nederlands spreekt en dat beperkt haar mogelijkheden op de arbeidsmarkt. Ze is echter al snel met de cursus gestopt, omdat ze daarvoor de hele dag moest zitten en dat kon ze niet. Daarbij was nog steeds niet helemaal duidelijk of er nu wel of geen operatie zou plaatsvinden”.

Reïntegratie

De betrokkene zegt dat ze dolgraag weer wil gaan werken. Ze is nu zo gespannen, toen ze werkte was ze veel relaxter. Haar in Turkije wonende familie weet niet dat ze ziek is: zelfs haar moeder en zussen heeft ze het niet verteld. Turkse vrienden in Nederland weten het wel en proberen haar hoop en moed te geven. Dit geeft haar kracht en de gedachte dat ze ooit weer ‘deel zal gaan uitmaken van de werkende groep’. De geïnterviewde uvi-functionaris is niet gelukkig met de situatie:

“Wij hebben er wat aan gedaan, maar het was niet ideaal. Maar dan zou je misschien heel veel eerder wat gedaan moeten hebben, maar dat kon in deze situatie niet omdat er geen Arbo-dienst was en wij er geen capaciteit voor hebben”.

Toch verwacht hij niet, dat er in dit geval in de toekomst nog veel zal veranderen:

“Op basis van mijn ervaring is het niet waarschijnlijk dat hier nog wat zal veranderen. Dat is ook de tegenspraak. Je moet mensen zoveel mogelijk snel na het ziek worden gaan reïntegreren. Gebeurt dat niet, dan krijg je het fenomeen dat men went aan zijn situatie. Er ontstaat dan een bepaalde manier van omgaan met je klachten. Soms treedt er ook vertraging op door de behandelende artsen, ook in dit geval. De artsen twijfelen over wel of niet opereren en kiezen dan voor niet... Dan ontstaat er zo'n wazig beeld, dat wel niet meer echt zal veranderen”.

ANALYSE

Sinds de invoering van de Wulbz in 1996 zijn werkgevers verantwoordelijk voor loondoorbetaling aan zieke werknemers gedurende het eerste ziektejaar. Slechts voor specifieke gevallen bleef de oude ziekwet als ‘vangnet’ bestaan. Dit is onder meer het geval bij zwangerschap, bij werklozen die ziek worden en bij tijdelijke werknemers na afloop van het arbeidscontract. Voor deze laatste groep geldt, dat omdat er geen werkgever meer is zij direct onder de verantwoordelijkheid van de uvi vallen. Het lijkt aannemelijk, dat allochtone groepen vaker met de vangnet-ziekwet te maken hebben dan autochtonen. Recent onderzoek laat zien, dat het aandeel flexibele werknemers (dat wil zeggen werknemers met een tijdelijk arbeidscontract of een niet vast overeengekomen aantal arbeidsuren) bij de diverse allochtone groepen aanmerkelijk hoger ligt dan bij autochtonen. Zo blijkt uit de recente *Rapportage minderheden 2001*, dat de toegenomen arbeidsparticipatie van allochtonen in de jaren negentig gepaard ging met een forse groei van het aantal flexibele arbeidsrelaties bij deze groepen. Eén op de vijf werkende Turkse of Marokkaanse mannen en maar liefst één op de drie werkende Turkse of Marokkaanse vrouwen zou een flexibele arbeidsrelatie hebben (Dagevos 2001, 56).

Het ligt dan ook voor de hand dat zieke Turkse en Marokkaanse zieke werknemers vaker met de vangnetzietwet te maken hebben dan autochtonen. De vraag is welke consequenties dit heeft voor deze groepen. De uvi moet bij vangnetzietwetgevallen niet alleen zorgen voor loondoorbetaling, maar ook voor reïntegratie. Deze laatste taak is een moeilijke. Meestal is de oude werkgever bij reïntegratie het eerste aanspreekpunt. Dat aanknopingspunt ontbreekt in dit geval. Ook de werknemer zelf heeft geen band met zijn oude werkgever. Daar komt bij dat het werk zelf, veelal ongeschoold uitzendwerk, die binding niet biedt. Integendeel:

“Als ik kijk naar mijn eigen populatie, dan zie je dat er toch ontzettend weinig binding met het werk bestaat. Er is vrij veel frustratie, waardefrustratie, omtrent de inhoud van het werk en men voelt daardoor een groot belang bij het hebben van een uitkering”. (verzekeringsarts tijdens de expertmeeting)

Deze moeilijkheden gevoegd bij de tijdsdruk die de artsen en arbeidsdeskundigen bij de uvi's ervaren, leidt ertoe, dat er in de praktijk weinig gebeurt:

“Ja, en daarnaast zijn mensen van uitzendbureaus moeilijker te reïntegreren. Op zich zouden we dat wel moeten doen als Gak of wat dan ook, maar omdat er zo weinig capaciteit en deskundigheid belegd wordt, wordt dat in de praktijk nooit gedaan. Dus om ze passend werk aan te bieden”. (verzekeringsarts tijdens de expertmeeting)

“Ik ervaar zelf in de ziektewet dat je daar meer tijd nodig hebt dan in het WAO-gebeuren. Dat is een duidelijk verschil. In de WAO is een gesprek vaak genoeg om je een beeld te vormen, in de ziektewet vind ik dat wat anders. Dan heb je vaak maar een kwartier de tijd en vaak zie je een complex geheel en daar is het beduidend moeilijker om een adequaat beeld te vormen”. (verzekeringsarts tijdens expertmeeting)

Deskundigen over de WAO zijn het erover eens, dat de meeste winst in termen van minder WAO'ers te behalen valt in het eerste ziektejaar. Het is beter om zieke werknemers zo snel mogelijk terug te geleiden naar betaald werk en zo arbeidsongeschiktheid te voorkomen. Het nieuwe WAO-beleid van de jaren negentig is er ook op gericht om werkgevers en werknemers te stimuleren voldoende te doen om werkherhaling mogelijk te maken. Bij de specifieke categorie van tijdelijke werknemers berust deze verantwoordelijkheid echter niet bij de werkgevers, maar bij de uvi's. Men zou verwachten dat de uvi's in zulke gevallen een actief beleid gericht op werkherhaling zouden voeren. Niets is echter minder waar. Aangezien Turkse en Marokkaanse werknemers vaker op basis van een tijdelijke aanstelling zou ook dit één van de redenen kunnen zijn waarom zij relatief vaak in de WAO terecht komen.

5.6 Besluit

In dit hoofdstuk stond de relatie tussen allochtone WAO'ers en de uitvoeringsinstellingen centraal. Daarbij is ingegaan op drie van de vijf onderzoeksvragen die in het eerste hoofdstuk van deze studie zijn geformuleerd. In de eerste plaats is aandacht besteed aan de vraag hoe allochtone WAO'ers hun relatie met de uitvoeringsinstellingen en de communicatie met de professionele functionarissen van de uvi's (verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen) beleven. Omgekeerd is in de tweede plaats ingegaan op de vraag hoe deze uvi-functionarissen hun Turkse en Marokkaanse cliënten ervaren en met name op de vraag of deze allochtone cliënten in de beleving van de uvi-functionarissen als een categorie met duidelijke andere kenmerken

dan autochtone WAO'ers moet worden aangemerkt. In de derde plaats zijn we ook in dit hoofdstuk op zoek gegaan naar mogelijke verklaringen van de geconstateerde oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO. De vraag hierbij was of ook de formele regels en werkwijzen van de uvi's dan wel de informele uitvoeringspraktijken van de uvi-functionarissen er, bedoeld of onbedoeld, toe bijdragen dat Turkse en Marokkaanse werknemers verhoudingsgewijs vaker in de WAO terechtkomen dan hun autochtone collega's.

Om deze vragen te beantwoorden, kwamen in dit hoofdstuk de volgende vier thema's aan de orde. We begonnen met een beeld te schetsen van de WAO-beoordeling, waarbij vooral de vraag aan de orde kwam of er in geval van Turkse en Marokkaanse WAO-aanvragers vaker dan bij autochtonen sprake is van wat we 'wazige situaties' hebben genoemd, dat wil zeggen situaties waarin de formele regels en criteria onvoldoende houvast bieden om tot een WAO-beoordeling te komen. In de tweede plaats zijn we ingegaan op de, zoals we zagen, vaak moeilijke en zeer gespannen communicatie tussen Turkse en Marokkaanse WAO'ers en de uvi's. In de derde plaats schetsten we de dagelijkse praktijk van het functioneren van de uvi's, waarbij we ons afvroegen of de vrijwel structurele tijdsnood waarin de uvi's verkeren voor Turkse en Marokkaanse WAO'ers extra nadelige consequenties heeft. Een laatste factor was de zogeheten vangnetzietwet, waarvan Turkse en Marokkaanse zieke werknemers (omdat ze vaak een tijdelijk arbeidscontract hebben) vaker afhankelijk zijn dan autochtonen. Concreet betekent dit dat zieke werknemers al gedurende het eerste ziektejaar onder de verantwoordelijkheid van de uvi's vallen.

Turkse en Marokkaanse WAO'ers *beleven* hun relatie met de uvi's als zeer moeilijk. Dit bleek met name duidelijk tijdens onze groepsgesprekken met Turkse en Marokkaanse WAO'ers. Onze vraag hoe allochtone cliënten hun relatie met verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen ervaren, leidde tot een waslijst van ongenoegen en ervaren onbegrip. Turkse en Marokkaanse WAO'ers voelen zich vaak niet begrepen door de verzekeringsarts. Artsen hebben ook te weinig tijd voor hen. Veel Turkse en Marokkaanse WAO'ers vragen zich zelfs af of de arts hen wel wil begrijpen. Ze menen dat artsen gewoon niet willen geloven dat ze echt ziek zijn en niet kunnen werken. Sommigen vinden deze houding van professionele uvi-functionarissen typerend voor de wijze waarop Turken en Marokkanen in Nederland onrecht wordt aangedaan. Turkse en Marokkaanse WAO'ers voelen zich niet gerespecteerd, maar gediscrimineerd – dit is een wijdverbreid gevoel onder de deelnemers aan de groepsgesprekken met allochtone WAO'ers. Bovendien twijfelen sommigen aan de kwaliteit van Nederlandse artsen. Artsen in Turkije en Marokko zouden meer begrip hebben voor hun kwalen en problemen.

Ook kunnen we op basis van onze gesprekken met Turkse en Marokkaanse WAO'ers concluderen, dat veel betrokkenen de WAO-regeling niet goed (of geheel niet) begrijpen. Wij stoten op talloze misverstanden over de WAO. De WAO is een complexe regeling die moeilijk is uit te leggen aan een leek. Dit geldt ook voor laag opgeleide autochtonen, maar des te meer voor Turkse en Marokkaanse cliënten die de Nederlandse taal soms weinig beheersen. Het meest basale misverstand is wellicht dat de WAO als een 'verzekering tegen ziekte' wordt gezien. Veel allochtone WAO'ers leven in de veronderstelling, dat je bij ziekte recht hebt op WAO. De WAO is echter geen verzekering tegen ziekte op zichzelf, maar tegen *inkomensderving* als gevolg van medische klachten. Vandaar dat bij de WAO-beoordeling niet zozeer de vraag centraal staat of iemand ziek is, maar of men gegeven deze klachten bepaalde functies nog kan vervullen en het daarbij behorende inkomen kan verdienen. Dit uitgangspunt leidt tot een aantal *technische* activiteiten tijdens de WAO-beoordeling (de verzekeringsarts stelt een belastbaarheidpatroon op, de arbeidsdeskundige duidt op basis daarvan bepaalde functies, stelt de resterende verdien capaciteit vast en berekent op basis daarvan de uitkeringshoogte) die door veel allochtone WAO'ers (maar waarschijnlijk ook door autochtonen) nauwelijks begrepen worden. Dat

uvi-functionarissen er wegens tijdsgebrek vaak niet toe komen om een en ander goed uit te leggen, verergert de zaak alleen maar.

Omgekeerd worden Turkse en Marokkaanse WAO'ers door de uvi-functionarissen vaak als een moeilijke groep met een complexe problematiek ervaren. Dit bleek met name toen wij tijdens de expertmeetings met verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen poogden de zogenaamde discretionaire ruimte van deze beroepsgroepen te verkennen en wilden nagaan hoe deze vrije beslissingsruimte bij Turkse en Marokkaanse WAO'ers wordt ingevuld. Uitgangspunt van de discussie was de conclusie van eerder onderzoek, dat de formele regels en criteria van de WAO niet altijd voldoende houvast bieden om tot een WAO-beoordeling te komen. Verzekeringsartsen en (zij het in mindere mate) arbeidsdeskundigen moeten in zulke gevallen mede afgaan op hun algemene inzicht in de situatie. De discussies leerden dat de WAO-beoordeling, ondanks pogingen begin jaren negentig om de criteria aan te scherpen, nog steeds niet simpelweg een afgeleide is van objectieve regels en criteria. Vaak is sprake van complexe of 'wazige' situaties, waarin een mengeling van fysieke, psychische en sociale factoren een rol spelen. Dergelijke situaties komen ook bij autochtonen voor, maar diverse artsen en arbeidsdeskundigen menen dat dat bij allochtonen vaker het geval is.

Vervolgens rijst de vraag hoe verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen hiermee in de praktijk omgaan. Daar waar de formele regels onvoldoende houvast bieden om een WAO-aanvraag te beoordelen, speelt ook het eigen oordeel van de uvi-functionaris een rol. Uit de discussies bleek echter dat verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen hiermee verschillend omgaan. Hoewel verzekeringsartsen veelal meenden dat ze desondanks in de meeste gevallen wel een goed beeld van de cliënt te kunnen krijgen, werd ook duidelijk dat de mate waarin zij daarbij gewicht toekennen aan niet-medische factoren verschilt. Zo speelt onder verzekeringsartsen vaak de vraag in hoeverre de geconstateerde psychische problematiek werkhervatting in de weg staat en verschillen de arbeidsdeskundigen van mening over de mate waarin de beheersing van de Nederlandse taal een rol moet spelen bij de duiding van functies. Dergelijke afwegingen worden genomen op basis van de persoonlijke inschatting van de situatie, en kunnen bijvoorbeeld afhankelijk zijn van de mate waarin een cliënt betrouwbaar overkomt. Deze afwegingen hebben echter grote invloed op de uiteindelijke beoordeling zijn en kunnen het verschil uitmaken of WAO wordt toegekend of juist niet.

Al deze problemen, de complexe aard van de klachten en de communicatieproblemen die het helder overbrengen van de klachten aan de ene kant en een helder begrip van de WAO-regeling aan de andere kant in de weg staan, worden versterkt door het chronische tijdsgebrek waarmee de uitvoeringsfunctionarissen te kampen hebben. Daardoor ontstaan onder meer afromingsmechanismen, waardoor de moeilijker gevallen gemeden worden. Dat de kans groot is dat zich onder die gevallen verhoudingsgewijs veel allochtonen bevinden, die daardoor een grotere kans lopen 'vergeten' te worden, is duidelijk. Zo ontstaat al met al een beeld van uitvoeringsproblemen, die elkaar versterken en samen zorgen voor een negatieve spiraal: een ingewikkelde problematiek wordt nog een slag ingewikkelder als de communicatie erover moeizaam verloopt. Als de permanente tijdsdruk waaronder gewerkt wordt er dan ook nog toe leidt de gemakkelijke gevallen maar eerst af te handelen, is de cirkel rond.

De vraag blijft in welke mate de bovengeschetste uitvoeringsproblemen rond de WAO mede een verklaring bieden voor de geconstateerde oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO. Met andere woorden, hoezeer pakken de uitvoeringsproblemen rond de WAO voor Turkse en Marokkaanse WAO'ers anders uit dan voor autochtonen? En is ook dit een oorzaak dat deze groepen verhoudingsgewijs vaker een WAO-uitkering hebben dan autochtonen? Deze vraag kan op grond van ons onderzoek niet eenduidig worden beantwoord. Zo

kan het feit dat artsen en arbeidsdeskundigen andere dan strikt medische factoren in hun oordeel laten mee wegen soms tot een WAO-toekenning leiden, maar in andere gevallen tot een weigering van de uitkering. Toch lijkt het aannemelijk, dat een slecht functionerende uitvoering van de WAO juist voor kwetsbare groepen als veel Turkse en Marokkaanse WAO'ers extra negatief uitwerkt. Zo is het een bekend verschijnsel, dat professionele uitvoeringsfunctionarissen in situaties van tijdnood zich met hun reïntegratieactiviteiten richten op de meest kansrijke groepen onder de WAO'ers. Het onbedoelde effect van zulke afromingsverschijnselen is dat de meest kwetsbaren in de uitkering gevangen blijven, en dat zijn juist allochtone WAO'ers. Ook zagen we dat allochtone WAO'ers de kans lopen 'vergeten' te worden als gevolg van de werkdruk van de professionals. Het duidelijkst werkt deze negatieve spiraal bij de vangnetzietwet. Ook hier kan gesteld worden dat allochtone werknemers Turken en Marokkanen in het bijzonder, gegeven hun precare arbeidsmarktpositie (veel flexibele arbeidsrelaties) hiermee vaker te maken hebben dan autochtonen.

Noten hoofdstuk 5

¹ Dit concluderen Van der Veen et al. (2001, 39) op basis van studies van ondermeer Minderhoud (1993), Mudde (1995) en Meershoek (1999). Deze studies worden besproken in paragraaf 5.2.

² Vgl. voor een overzicht: Van der Veen et al. (2001, 38-43).

³ Tijdens het eerste interview met casus 6 en de diverse betrokkenen partijen speelde nog een beroepszaak rond haar geval. Bij een later bezoek aan de verantwoordelijke uvi vroegen we expliciet of deze psychische problemen van Casus 6 nog een rol speelden bij het beroep. Dit was in zoverre het geval, dat casus 6 niet geschikt werd bevonden voor functies waar zij een eigen verantwoordelijkheid moet dragen. Dit was echter in de (reeds aangepaste) functie die zij vervulde niet het geval.

⁴ vgl. Kuijpers et al. (1999); Commissie Donner (2001: Hertogh (2001); Hilhorst (2001).

⁵ 'Blind herkeuren loont bij Cadans'. *de Volkskrant*, 12 november 2001. In het artikel wordt het ongezien keuren terecht een 'uiting van de WAO-chaos' genoemd. De politiek was na deze publicatie zeer verontwaardigd over deze praktijken en eiste dat er een einde aan moet komen. Men kan zich echter afvragen hoe realistisch deze eis is. In ieder geval lezen we in het krantenbericht dat maar liefst 80 procent van de dossiers administratief en dus ongezien wordt afgehandeld en dat slechts 20 procent van de WAO'ers die een herkeuring moeten ondergaan wordt opgeroepen voor een gesprek.

6 In de fuik van de WAO

6.1 Inleiding

Dit onderzoek ging over allochtonen in de WAO en raakte daarmee twee grote politieke issues van de laatste jaren: het debat over de WAO en het debat over de maatschappelijke positie en integratie van de zogenaamde etnische minderheden. Het debat over de WAO gaat met name over de beheersbaarheid van het stelsel. Nederland kent een naar internationale maatstaven uitzonderlijk hoog aantal arbeidsongeschikten en ondanks de vele pogingen in het afgelopen decennium om dit aantal te reduceren, lijkt dit maar niet te lukken. Het minderhedendebat gaat onder meer over de gebrekkige maatschappelijke integratie van de betreffende bevolkingsgroepen in de Nederlandse samenleving. Eén van de aspecten daarvan is hun preciaire arbeidsmarktpositie. Hoewel de werkloosheid onder minderheden door de gunstige economische ontwikkeling van de jaren negentig sterk is verminderd, zijn zij nog steeds beduidend vaker dan autochtonen afhankelijk van een sociale uitkering.

Tegen deze achtergrond is in deze studie gekeken naar diverse allochtone groepen, in het bijzonder naar Turken en Marokkanen, met een WAO-uitkering. De vraagstelling van dit onderzoek was vijfledig:

1. Hoe verhoudt zich het aantal allochtonen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering, onderverdeeld naar diverse bevolkingsgroepen, tot het aantal autochtonen in dezelfde situatie? Is sprake van een oververtegenwoordiging van allochtonen of van bepaalde groepen allochtonen in de WAO?
2. Wat zijn de kenmerken van autochtone en allochtone WAO'ers (demografische kenmerken, uitkeringsduur, mate en reden van arbeidsongeschiktheid, beroepssector waarin men werkzaam was)?
3. Hoe ervaren Turkse en Marokkaanse WAO'ers hun ziekte en arbeidsongeschiktheid, de communicatie met de uitvoeringsinstellingen en de mogelijkheden van werkherhervatting?
4. Wat zijn de ervaringen van uitvoeringsfunctionarissen met hun Turkse en Marokkaanse cliënten?
5. Hoe kan de oververtegenwoordiging van allochtonen of van bepaalde allochtone bevolkingsgroepen in de WAO (indien die kan worden vastgesteld) worden verklaard?

Om deze vragen te beantwoorden, zijn zowel kwantitatieve als kwalitatieve analyses uitgevoerd. Het *kwantitatieve* deel van het onderzoek betrof een bewerking van bestaande, deels reeds eerder gepubliceerde CBS-gegevens over autochtone en allochtone arbeidsongeschikten. Het *kwalitatieve* deel van het onderzoek bestond uit drie afzonderlijke onderzoeksactiviteiten. In de eerste plaats werd van een tiental Turkse en Marokkaanse arbeidsongeschikten een

uitvoerige casusbeschrijving opgesteld, waarvoor we niet alleen de betreffende Turkse en Marokkaanse WAO'ers interviewden, maar ook hun werkgevers en de voor hen verantwoordelijke functionarissen bij de uitvoeringsinstellingen (uvi's). In de tweede plaats zijn bij dit onderzoek vijf groepsgesprekken met Turkse en Marokkaanse WAO'ers georganiseerd. Wij spraken met hen over werk, ziekte en arbeidsongeschiktheid, hun ervaringen met de uitkeringsinstanties, enzovoort. Het doel van deze groepsgesprekken met betrokkenen was vooral om hun eigen ervaring met ziekte, arbeidsongeschiktheid en hun relatie met de uitvoeringsinstellingen op te tekenen. Als onderzoekers vinden wij het cruciaal dat het onderzoek niet alleen over allochtone WAO'ers gaat, maar dat ook hun eigen stem nadrukkelijk wordt gehoord. In de derde plaats zijn twee expertmeetings met verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen georganiseerd om na te gaan welke specifieke ervaringen deze professionele uitvoerders van de WAO hebben hun allochtone cliëntèle.

6.2 Autochtone en allochtone WAO'ers: de cijfers op een rij

6.2.1 Oververtegenwoordiging van allochtonen in de WAO?

De WAO is zeker geen specifiek 'allochtonenprobleem'. Integendeel, veruit de meeste WAO'ers zijn autochtone Nederlanders. Van de 925 duizend arbeidsongeschikten die Nederland eind 1999 telde, ging het in 80 procent van de gevallen om autochtone Nederlanders (742 duizend personen). Het aantal arbeidsongeschikten dat tot de 'niet-westerse allochtonen' of 'etnische minderheden' gerekend kan worden, bedroeg 67 duizend (oftewel: zeven procent van het totaal). Het merendeel daarvan betreft WAO'ers (60 duizend personen). Bijna tweederde van de 60 duizend niet-westerse allochtone WAO'ers zijn Turken en Marokkanen, de groepen die in deze studie centraal staan. De WAO verzekert werknemers tegen de inkomensgevolgen van arbeidsongeschiktheid. Daarnaast zijn er afzonderlijke arbeidsongeschiktheidsregelingen voor zelfstandigen en voor jonggehandicapten (respectievelijk de WAZ en de Wajong). Het aantal niet-westerse allochtonen met een WAZ- of Wajong-uitkering is gering, zowel absoluut als relatief. Vandaar dat in de rest van deze studie niet verder op deze regelingen wordt ingegaan. Aangezien ook het aantal Antillianen in de WAO gering is (in totaal ruim twee duizend personen) blijft ook deze groep in de kwantitatieve analyse grotendeels buiten beschouwing.

De vraag was of Turken en Marokkanen oververtegenwoordigd zijn in de WAO. Met andere woorden, hebben deze allochtone groepen verhoudingsgewijs vaker een WAO-uitkering dan autochtonen? Een centrale bevinding van deze studie is dat dit inderdaad het geval is. Dit blijkt met name wanneer men het aantal WAO'ers per etnische categorie relateert aan de omvang van de beroepsbevolking. Dit wordt wel het *arbeidsongeschiktheidsrisico* genoemd. De beroepsbevolking is hierbij berekend als het totale aantal werkenden en werkzoekenden per etnische categorie, vermeerderd met het aantal WAO'ers. Het aantal WAO'ers als percentage van de beroepsbevolking ligt bij de Turkse groep ruim tweemaal zo hoog als bij autochtonen en bij de Marokkaanse groep 1,5 maal zo hoog. Bij de autochtonen zijn er op iedere honderd arbeidsmarktparticipanten negen WAO'ers, bij de Turken zijn dat er twintig en bij de Marokkanen bijna zestien. Niet alle allochtone groepen zijn echter oververtegenwoordigd in de WAO. Het aantal WAO'ers als percentage van de beroepsbevolking ligt bij de Surinaamse groep precies even hoog en bij de Antillianen beduidend lager dan bij autochtonen.

Anders dan verwacht blijft de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO niet beperkt tot de categorie (oudere) mannen. Het doet zich ook voor bij jongere leeftijdsgroepen (alleen bij de Marokkaanse groep) en bij vrouwen. Binnen de Turkse groep zijn vrouwen

zelfs nog aanzienlijk sterker oververtegenwoordigd in de WAO dan mannen. Wat betreft de leeftijdsverdeling van autochtone en allochtone WAO'ers zijn diverse bevindingen vermeldenswaard. Verreweg de meeste WAO'ers behoren tot de oudste leeftijdscategorie (50 jaar of ouder). Dit geldt voor alle etnische groepen, maar voor autochtonen nog iets vaker dan voor allochtonen. Opmerkelijk is dat het aandeel van de jongste leeftijdscategorie (tot 29 jaar) bij de Turkse en Marokkaanse groep ruim tweemaal zo hoog ligt als bij autochtonen. Nadere analyse leerde dat vooral jonge Turkse en Marokkaanse vrouwen verhoudingsgewijs vaak arbeidsongeschikt zijn – al gaat het in absolute aantallen om kleine groepen.

Daarnaast is per etnische groep én leeftijdscategorie het arbeidsongeschiktheidsrisico berekend. Het arbeidsongeschiktheidsrisico ligt bij de oudere leeftijdsgroepen veel hoger dan bij jongeren, dit geldt voor alle etnische categorieën. Bij de autochtonen van veertig jaar of ouder zijn er op iedere honderd arbeidsmarktparticipanten ruim vijftien WAO'ers. Bij de Turkse en Marokkaanse groep liggen deze aantallen echter veel hoger. Bij de oudere Turken zijn er op iedere honderd arbeidsmarktparticipanten meer dan vijftig WAO'ers, bij de oudere Marokkanen meer dan veertig. Concreet betekent dit, dat maar liefst de helft van de totale beroepsbevolking bij de Turkse groep van veertig jaar of ouder een WAO-uitkering heeft. Hetzelfde geldt voor meer dan veertig procent van de totale beroepsbevolking bij de Marokkaanse groep van veertig jaar of ouder. Het arbeidsongeschiktheidsrisico ligt hiermee bij de oudere Turken en Marokkanen ruim driemaal respectievelijk bijna driemaal zo hoog als bij autochtonen van dezelfde leeftijd. Voor de goede orde zij opgemerkt, dat dit (gezien de gehanteerde leeftijdsgrenzen) zeker niet alleen de groep oudere Turkse en Marokkaanse gastarbeiders zijn die in de jaren zestig naar Nederland is gekomen en hier decennialang fysiek zware arbeid heeft gericht. Deze groep is immers deels al met pensioen. De Turkse en Marokkaanse WAO'ers van veertig jaar of ouder zijn ook personen, die later hier zijn gekomen c.q. zijn gaan werken. Tenslotte kunnen we vaststellen, dat er ook bij deze oudere leeftijdsgroepen geen sprake is van een oververtegenwoordiging van Surinamers en Antillianen in de WAO.

Niet alleen oudere Turken en Marokkanen zijn oververtegenwoordigd in de WAO, dit geldt – zij het alleen voor de Marokkaanse groep – ook voor de jongere leeftijdscategorie (tot veertig jaar). Bij de Marokkanen tot veertig jaar zijn er op iedere honderd arbeidsmarktparticipanten ongeveer vijf WAO'ers, dat wil zeggen tweemaal zo veel als bij autochtonen van dezelfde leeftijd. Bij de Turken, Surinamers en Antillianen tot veertig jaar is echter geen sprake van een oververtegenwoordiging in de WAO.

Een andere opmerkelijke bevinding van onze analyse is, dat niet alleen Turkse en Marokkaanse mannen verhoudingsgewijs vaak een WAO-uitkering hebben. Hetzelfde geldt ook voor Turkse en Marokkaanse vrouwen. Bij de autochtone vrouwen zijn er op iedere honderd arbeidsmarktparticipanten iets meer dan negen WAO'ers. Bij de Marokkaanse vrouwen zijn dat er bijna veertien, bij de Turkse vrouwen zelfs zesentwintig. Concreet betekent dit dat een kwart van de totale beroepsbevolking bij de Turkse vrouwen (inclusief de werkzoekenden en arbeidsongeschikten) een WAO-uitkering heeft. Hiermee ligt het arbeidsongeschiktheidsrisico bij Marokkaanse en Turkse vrouwen 1,5 maal tot zelfs bijna driemaal zo hoog als bij autochtone vrouwen.

De centrale conclusie uit dit deel van de analyse is tweeledig. Ten eerste kan worden vastgesteld dat de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO groter is dan tot dusver werd aangenomen. Dit blijkt vooral als men het aantal WAO'ers per etnische categorie afzet tegen de omvang van de beroepsbevolking. Ten tweede kan worden vastgesteld dat deze oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO niet beperkt blijft tot de categorie oudere mannen, zoals tot nu toe was aangenomen, maar zich ook voordoet bij jongere leef-

tijdsgroepen (alleen bij de Marokkaanse groep) en bij vrouwen. Vooral bij de recente WAO-uitkeringen (hooguit een jaar in de WAO) ligt het aandeel van vrouwen en van de jongere leeftijdscategorie bij de Turkse en Marokkaanse groep opvallend hoog. De door andere onderzoekers (waaronder de Commissie Donner) gesignaleerde trend van meer vrouwen en meer jongeren in de WAO lijkt zich bij Turken en Marokkanen dus nog sterker voor te doen dan bij autochtonen. Zeker het relatief hoge arbeidsongeschiktheidsrisico bij Turken en Marokkanen uit de jongere leeftijdsgroepen, en dan vooral bij jongere vrouwen, moet als problematisch worden aangemerkt. Terwijl enerzijds de arbeidsparticipatie van deze groepen mede door het gevoerde overheidsbeleid zeer geleidelijk toeneemt, blijkt anderzijds dat een deel van deze vrouwen de arbeidsmarkt al snel weer verlaat, via de achterdeur van de WAO.

6.2.2 Kenmerken van autochtone en allochtone WAO'ers

De tweede onderzoeksvraag betrof diverse kenmerken van autochtone en allochtone WAO'ers. Wat betreft de *uitkeringsduur* stelden we vast dat Turkse en Marokkaanse WAO'ers, anders dan was verwacht, niet vaker dan autochtonen langdurig arbeidsongeschikt zijn. Integendeel, vooral Turkse en Marokkaanse vrouwen behoren relatief vaak tot de categorie recente uitkeringsgerechtigden (hooguit een jaar in de WAO). Of dit komt door een recente hoge WAO-instroom bij deze groepen óf doordat relatief veel Turkse en Marokkaanse vrouwen na korte tijd (bijvoorbeeld door de herkeuring na het eerste WAO-jaar) weer uitstromen – met andere woorden: of sprake is van een opkomende of van een voorbijgaande trend van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de WAO – kan op basis van de beschikbare gegevens niet worden vastgesteld.

Wel bleek dat Turkse en Marokkaanse WAO'ers veel vaker dan autochtonen *volledig arbeidsongeschikt* zijn. Van de Turkse en Marokkaanse vrouwen in de WAO is zelfs 90 procent volledig arbeidsongeschikt. Ook dit gegeven kan niet eenduidig verklaard worden. Er zijn twee alternatieve verklaringen denkbaar, die elkaar niet uitsluiten. Volgens de ene verklaring zijn Turken en Marokkanen vaker volledig arbeidsongeschikt, omdat ze gemiddeld genomen minder gezond zijn dan autochtonen. Hoewel er inderdaad empirische aanwijzingen zijn voor dergelijke etnische gezondheidsverschillen (zie hierna) ontbreekt het ons aan adequate empirische gegevens om deze hypothese te toetsen. Volgens de tweede verklaring ligt het grote aandeel volledig arbeidsongeschikten onder Turkse en Marokkaanse WAO'ers niet aan hun slechtere gezondheid, maar aan de uitkeringssystematiek van de WAO. Typerend voor allochtonen zou zijn, dat er vaak sprake is van een óf-óf-situatie: ze worden volledig arbeidsongeschikt óf volledig arbeidsongeschikt bevonden (minder dan 15 procent arbeidsongeschikt). Dit laatste zou vooral met het vroegere inkomen samenhangen. Hoe lager het inkomen, des te groter de kans dat men door functies die men, gegeven de vastgestelde beperkingen, *in principe* nog kan vervullen ongeveer hetzelfde inkomen verdient als voorheen. In zulke gevallen wordt geen WAO-uitkering toegekend. Er is immers geen sprake van inkomensderving als gevolg van de geconstateerde lichamelijke of psychische klachten. Als deze laatste verklaring klopt, en zij werd ons door veel arbeidsdeskundigen bevestigd, heeft dit consequenties voor de uitkomsten van de analyse. Het betekent immers, dat het aantal allochtone arbeidsgehandicapten mogelijk nog hoger ligt dan blijkt uit de hier gepresenteerde WAO-gegevens.

Wat betreft de *diagnosecategorie* bleek dat Turkse en Marokkaanse WAO'ers op zich niet vaker om psychische redenen arbeidsongeschikt zijn dan autochtonen, maar dat dit wel geldt voor Turkse en Marokkaanse vrouwen met een WAO-uitkering en ook voor Turkse en Marokkaanse mannen die recentelijk in de WAO zijn ingestroomd. Ook op dit punt springen Turkse vrouwen er uit: 44 procent van de Turkse vrouwelijke WAO'ers is om psychische redenen in de

WAO beland, bijna tien procent meer dan bij autochtone vrouwen. Bij de recente WAO-ontvangers (hooguit één jaar in de WAO) loopt het aandeel psychisch arbeidsongeschikte Turkse vrouwen zelfs op tot bijna de helft (48 procent) – tegen 35 procent bij autochtone vrouwen. Bij de Turkse en Marokkaanse mannen ligt het aandeel psychische arbeidsongeschikten op vergelijkbaar niveau of zelfs iets lager dan bij autochtone mannen. Dit geldt althans als we naar alle lopende uitkeringen kijken. Kijken we alleen naar de recente WAO-instroom dan ligt het aandeel psychische arbeidsongeschikten ook bij Turkse en Marokkaanse mannen beduidend hoger dan bij autochtonen (namelijk 39 procent versus 31 procent).

Een laatste facet betreft de *bedrijfssector* waarin WAO'ers werkzaam waren. Opmerkelijk is dat ongeveer een kwart van alle Turkse en Marokkaanse WAO'ers voorheen werkzaam was in de volgende drie sectoren: loonbedrijven en uitzendbureau's, de schoonmaakbranche en de sector van gesubsidieerde werkgelegenheid (WIW / WSW). Autochtone WAO'ers bleken over het algemeen afkomstig uit andere sectoren. Vooral Turkse en Marokkaanse vrouwen in de WAO waren voornamelijk werkzaam aan de onderkant van de postindustriële diensteneconomie. Bijna één op de drie Turkse of Marokkaanse vrouwen in de WAO werkte in de schoonmaakbranche of voor een uitzendbureau. Dit zijn sectoren die bekend staan vanwege de vaak hoge werkdruk en slechte arbeidsomstandigheden. Bij uitzendwerk en ander tijdelijk werk is er bovendien vaak weinig binding tussen werknemer en werkgever, waardoor de kans op werkhervatting na ziekte minder is. Tenslotte spelen Arbo-diensten bij deze groep werknemers slechts een geringe rol na de ziekmelding. Wanneer werknemers na afloop van het tijdelijke arbeidscontract nog steeds ziek zijn, vallen zij direct onder verantwoordelijkheid van de uitvoeringsinstanties. Deze ondernemen echter weinig of geen reïntegratie-inspanningen gedurende het eerste ziektejaar.

De Commissie Donner schetste in haar rapport over de WAO niet alleen een groeiend aantal WAO'ers, maar ook de opkomst van een nieuw type WAO'er. De typische WAO'er van enkele decennia geleden – aldus de Commissie – was een man met een lang arbeidsverleden in de bouw of in de industrie en met fysieke klachten. De typische WAO'er van tegenwoordig is daarentegen eerder een jongere man of vrouw met psychische klachten en een betrekkelijk kort arbeidsverleden in één van de dienstverlenende beroepen. We stelden ons de vraag of deze opkomst van een nieuw type WAO'ers ook zichtbaar is bij Turkse en Marokkaanse WAO'ers óf dat deze groepen wat betreft achtergrondkenmerken eerder lijken op de 'oude' WAO'ers van weleer. De bovenstaande uitkomsten geven een duidelijk antwoord op deze vraag. Turkse en Marokkaanse WAO'ers en binnen deze groepen vooral de recente WAO-ontvangers voldoen nog meer dan autochtonen aan dit door de Commissie Donner geschetste beeld van de nieuwe WAO'er: veel vrouwen, veel personen uit de jongste leeftijdscategorie, veel psychische arbeidsongeschikten en – vooral bij Turkse en Marokkaanse vrouwen – veel WAO'ers die werkzaam waren in de (onderste regionen van de) postindustriële diensteneconomie.

6.3 Beleving van arbeidsongeschiktheid door Turkse en Marokkaanse WAO'ers

De derde onderzoeksvraag betrof de wijze waarop Turkse en Marokkaanse WAO'ers ziekte en arbeidsongeschiktheid, de communicatie met uitvoeringsinstanties en de mogelijkheden van werkhervatting beleven. Er wordt veel gesproken over de afwijkende gezondheidsbeleving en het andere ziektegedrag van deze groepen. Dit bleek niet alleen in de relevante literatuur, maar ook op de door ons georganiseerde expertmeetings met verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. Zo zouden Turkse en Marokkaanse WAO'ers vaker dan autochtonen menen, dat ze 'toetaal ziek' zijn en daardoor niet kunnen werken. Dat er tussen ziek en niet-ziek een grijs gebied

ligt, waarin werken met enige beperkingen wel mogelijk is, past niet in dat beeld. Volgens verzekeringsartsen menen hun Turkse en Marokkaanse cliënten vaak dat ze eerst geheel beter moeten worden voor een gesprek over werkhervatting aan de orde is. Deze houding staat echter op gespannen voet met het ziektebegrip uit de WAO, dat er vanuit gaat dat mensen ondanks hun beperkingen zoveel mogelijk blijven werken. Pogingen tot reïntegratie van zieke Turkse en Marokkaanse werknemers stranden vaak op de overtuiging van de betrokkenen, dat ze te ziek zijn om te werken. Verzekeringsartsen merken bovendien op dat de presentatie van ziekte anders is dan bij autochtonen. Er zou sprake zijn van een zekere dramatisering van de ziekte om de arts te overtuigen van de ernst van de situatie.

Er zijn echter twee kanttekeningen te plaatsen bij deze verhalen over de afwijkende manier van omgaan met ziekte door Turken en Marokkanen. In de eerste plaats is geopperd, dat deze houding wellicht niet zozeer kenmerkend is voor de betreffende allochtone groepen, maar veeleer voor de veel bredere categorie laaggeschoolde werknemers. Mogelijk komt deze gezondheidsbeleving, die kenmerkend wordt geacht voor veel allochtone werknemers, even vaak voor bij de categorie laaggeschoolde autochtone werknemers. Dit zou nader onderzoek behoeven. Hiermee samenhangend is in de tweede plaats gewaarschuwd voor uitspraken over de (vermeende) culturele neigingen van bepaalde etnische groepen. Dergelijke uitspraken gaan al snel uit van een essentialistisch cultuurbegrip, waarbij binnen etnische groepen een culturele homogeniteit wordt verondersteld die in werkelijkheid niet bestaat. Verder kan men zich afvragen of het hier werkelijk om gedragspatronen gaat die in het land van herkomst min of meer gebruikelijk waren óf om gedrag dat pas in Nederland – mede als reactie op het hier bestaande systeem van sociale zekerheid – is ontstaan.

Een ander vaak genoemd aspect van de afwijkende gezondheidsbeleving van Turken en Marokkanen betreft het niet-erkennen en somatiseren van psychische klachten. Ook in onze groeps gesprekken met Turkse en Marokkaanse WAO'ers werd herhaaldelijk verteld, dat men er niet voor durft uit te komen 'psychisch ziek' te zijn. Ook bij deze vermeende culturele neiging is echter een kanttekening geplaatst. Er is immers een tegenspraak tussen enerzijds het vermeende taboe op psychische klachten bij Turken en Marokkanen en anderzijds het eerder in deze studie geconstateerde feit dat het aandeel psychische arbeidsongeschikten bij deze groepen (zeker bij de recente WAO-uitkeringen) hoger ligt dan bij autochtonen. Voor zover uit tien gevalbeschrijvingen kan worden opgemaakt, hangen psychische problemen bij Turkse en Marokkaanse mannen vaak samen met een combinatie van onvrede over en conflicten op het werk én private zorgen en problemen. Bij Turkse en Marokkaanse vrouwen hangen de psychische problemen vooral samen met gebeurtenissen op het vlak van relaties en gezinsvorming (scheiding, kinderen krijgen, de moeizame combinatie van betaald werk buitenshuis en zorgtaken in het gezin en ook de vele culturele conflicten dien omtrent, enzovoort).

Een ander aspect betreft de wijze waarop Turkse en Marokkaanse WAO'ers hun relatie met de uitvoeringsinstellingen beleven. Uit onze gesprekken met Turkse en Marokkaanse WAO'ers mag geconcludeerd worden, dat deze relatie slecht is. Dit bleek met name, toen we tijdens de door ons georganiseerde groeps gesprekken met Turkse en Marokkaanse WAO'ers, vroegen hoe zij hun relatie met verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen ervaren. Deze vraag riep een ware waslijst van ongenoegen en ervaren onbegrip op. Turkse en Marokkaanse WAO'ers voelen zich vaak niet begrepen door de verzekeringsarts. Artsen hebben weinig tijd voor hen. Veel Turkse en Marokkaanse WAO'ers vragen zich zelfs af of de arts hen wel *wil* begrijpen. Ze menen dat artsen gewoon niet willen geloven dat ze echt ziek zijn en daardoor niet kunnen werken. Sommigen zien deze houding van professionele uitvoeringsfunctionarissen als typerend voor de wijze waarop Turken en Marokkanen in Nederland onrecht wordt aangedaan. Turkse en Marokkaanse WAO'ers voelen zich niet gerespecteerd maar gediscrimineerd – dit is een

wijdverbreid gevoel onder de deelnemers aan de groepsgesprekken met allochtone WAO'ers. Bovendien twijfelen sommigen aan de kwaliteit van Nederlandse artsen. Artsen in Turkije en Marokko zouden meer begrip hebben voor hun kwalen en problemen.

Ook kunnen we op basis van onze gesprekken met Turkse en Marokkaanse WAO'ers concluderen, dat veel betrokkenen de WAO-regeling niet goed (of geheel niet) begrijpen. De WAO is een complexe regeling die moeilijk is uit te leggen aan een leek. Dit geldt voor laagopgeleide autochtonen, maar des te meer voor Turkse en Marokkaanse cliënten die vaak worden gehinderd door een taalprobleem. Wij stoten op talloze misverstanden over de WAO, maar het meest basale misverstand is wellicht dat de WAO een 'verzekering tegen ziekte' is. Veel allochtone WAO'ers leven in de veronderstelling dat je bij ziekte recht hebt op WAO. De WAO is echter geen verzekering tegen ziekte op zich, maar tegen *inkomensderving* als gevolg van medische klachten. Vandaar dat bij de WAO-beoordeling niet zozeer de vraag centraal staat of iemand ziek is, maar of men gegeven deze klachten *in principe* bepaalde functies nog kan vervullen en het daarbij behorende inkomen kan verdienen. Is dit inkomen dat men *in principe* nog kan verdienen niet veel lager dan het huidige inkomen, dan is geen sprake van inkomensderving – en wordt geen WAO toegekend.

Deze uitgangspunten leiden tot een aantal *technische* activiteiten tijdens de WAO-beoordeling (de verzekeringsarts stelt een belastbaarheidspatroon op, de arbeidsdeskundige duidt op basis daarvan bepaalde functies, stelt de resterende verdien capaciteit vast en berekent op basis daarvan de uitkeringshoogte) die door veel allochtone WAO'ers (maar waarschijnlijk ook door autochtonen) nauwelijks begrepen worden. Dat uitvoeringsfunctionarissen er wegens tijdsgebrek vaak niet toe komen om een en ander goed uit te leggen, verergert de zaak alleen maar.

6.4 Verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen over allochtone WAO'ers

Omgekeerd vroegen wij aan verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen hoe zij hun Turkse en Marokkaanse cliënten ervaren. Turkse en Marokkaanse WAO'ers worden over het algemeen als een moeilijke groep met een complexe problematiek gezien. Dit bleek in het bijzonder toen wij tijdens de expertmeetings met verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen poogden de zogenaamde discretionaire ruimte van deze beroepsgroepen te verkennen en wilden nagaan hoe deze vrije beslissingsruimte bij Turkse en Marokkaanse WAO'ers wordt ingevuld. Uitgangspunt van de discussie was de conclusie van eerder uitgevoerd onderzoek, dat de formele regels en criteria van de WAO vaak onvoldoende houvast bieden om tot een WAO-beoordeling te komen. In zulke situaties moeten verzekeringsartsen mede afgaan op hun meer algemene beoordeling van de cliënt en diens situatie. Hierdoor krijgt de WAO-beoordeling deels een subjectief karakter. Dergelijke moeilijk objectieveerbare of 'wazige' situaties komen ook bij autochtonen voor, maar diverse artsen en arbeidsdeskundigen menen dat dat bij allochtonen vaker het geval is. Typerend voor Turkse en Marokkaanse WAO'ers is volgens verzekeringsartsen de opeenstapeling van klachten, de onduidelijke aard van klachten (deels lichamelijk, deels psychisch) en het feit dat lichamelijke of psychische klachten vaak een uiting zijn van meer algemene ongenoegens van de betrokkenen.

De vraag rijst vervolgens hoe uitvoeringsfunctionarissen in de praktijk hiermee omgaan. Verzekeringsartsen zijn van mening, dat zij ook in zulke complexe gevallen er doorgaans wel in slagen een gefundeerd, professioneel oordeel over een WAO-aanvraag te geven. Uit hun verhalen blijkt echter dat dit oordeel verschillend kan uitvallen. Zo speelt onder verzekeringsartsen vaak de vraag in welke mate ze rekening mogen houden met sociale achtergronden van lichamelijke

of psychische problemen of in hoeverre psychische problematiek werkhervatting in de weg staat. Sommige verzekeringsartsen houden zich strikt aan medische criteria, anderen zijn geneigd allochtone cliënten het voordeel van de twijfel te geven. Arbeidsdeskundigen verschillen van mening over de vraag over de mate waarin beheersing van de Nederlandse taal een rol moet spelen bij het duiden van functies. Dergelijke afwegingen worden gemaakt op basis van de persoonlijke inschatting van de situatie, en kunnen bijvoorbeeld afhankelijk zijn van de mate waarin een cliënt betrouwbaar overkomt. Deze afwegingen hebben echter grote invloed op de uiteindelijke beoordeling en kunnen het verschil uitmaken of WAO wordt toegekend of juist niet.

Dergelijke problemen worden nog versterkt door het vrijwel chronische tijdsgebrek waarmee de professionele uitvoeringsfunctionarissen te kampen hebben. Over de gevolgen van dit tijdsgebrek voor de behandeling van gevallen van allochtone cliënten verschillen echter de meningen. Sommige verzekeringsartsen menen dat het gegeven de tijdsbeperkingen moeilijk is om 'tot de hoofden van allochtonen door te dringen', anderen menen dat ze ook met méér tijd niet tot andere oordelen over een WAO-aanvraag zouden komen. Diverse arbeidsdeskundigen vertellen, dat ze juist bij allochtone cliënten meer tijd zouden willen steken in de reïntegratie naar betaald werk. Alle uitvoeringsfunctionarissen menen tenslotte dat er meer tijd besteed moet worden om een complexe regeling als de WAO goed uit te leggen aan allochtone cliënten.

6.5 Mogelijke verklaringen voor de oververtegenwoordiging

De laatste vraag is hoe de geconstateerde oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO verklaard kan worden. Uitspraken over dit punt moeten overigens met de nodige voorzichtigheid gedaan worden. In de eerste plaats zijn onze inzichten over kenmerken van Turkse en Marokkaanse WAO'ers gebaseerd op een beperkt aantal, zij het wel diepgravende en uitvoerige casusbeschrijvingen plus de uitkomsten van vijf groepsgesprekken met de betrokken groepen. In de tweede plaats hebben we niet systematisch informatie verzameld over een vergelijkbare groep laaggeschoolde autochtone WAO'ers, zodat er geen mogelijkheid is om de kenmerken van allochtone en autochtone WAO'ers met elkaar te vergelijken. Slechts bij een enkel kenmerk (in casu het opleidingsniveau) bleek het mogelijk om gebruik te maken van beschikbare empirische gegevens uit ander onderzoek. Bij de beschrijving van mogelijke factoren, die de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO kunnen verklaren, volgen we de systematiek van de rapportage. Aan de orde komen achtereenvolgens diverse kenmerken van Turkse en Marokkaanse werknemers, van hun werkgevers en van de uitvoeringsinstellingen. We beginnen echter met enkele algemene factoren, die mede verklaren waarom Turken en Marokkanen vaker in de WAO zitten dan autochtonen.

6.5.1 Algemene factoren

Dat Turken en Marokkanen verhoudingsgewijs vaker een WAO-uitkering hebben dan autochtonen hoeft niet persé het gevolg te zijn van specifieke kenmerken van de betreffende bevolkingsgroepen. De oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO kan ook het gevolg zijn van het gegeven, dat zij vaak bepaalde achtergrondkenmerken hebben die een grotere kans op arbeidsongeschiktheid met zich meebrengen. Het gaat hier om zaken als verschillen in de gezondheidssituatie en het opleidingsniveau tussen autochtonen en allochtonen.

De *gezondheid* van mensen is de primaire determinant van arbeidsongeschiktheid. De vraag rijst daarom of Turken en Marokkanen vaker in de WAO zitten (en bovendien vaker volledig arbeidsongeschikt zijn) omdat ze gemiddeld genomen minder gezond zijn dan autochtonen. Er

zijn inderdaad empirische aanwijzingen dat dit het geval is. Herhaaldelijk is al aangetoond dat er ook in Nederland sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) bestaan. Mensen uit lagere sociale groepen (veelal afgemeten aan het opleidingsniveau) hebben méér gezondheidsklachten en sterven gemiddeld enkele jaren eerder dan mensen uit hogere sociale strata. Aangezien Turken en Marokkanen verhoudingsgewijs vaak een lagere sociale positie hebben, is dit op zich al een reden waarom ze minder gezond zijn en daarom wellicht vaker een WAO-uitkering hebben. Bovendien zou ook sprake zijn van etnische gezondheidsverschillen, die veelal (zij het niet altijd) in het nadeel van allochtone groepen uitwerken. Dergelijke etnische gezondheidsverschillen zouden onder meer samenhangen met specifieke voedingspatronen van (bepaalde) allochtone groepen, de stress van het migrantenbestaan, het specifieke ziektegedrag van bepaalde groepen, enzovoort. Hoewel er dus reden is om aan te nemen, dat Turken en Marokkanen gemiddeld genomen minder gezond zijn dan autochtonen ontbreekt het ons aan adequate empirische gegevens om (middels statistische analyses) na te gaan in welke mate de geconstateerde oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO kan worden teruggevoerd op een minder goede gezondheid.

Een andere belangrijke determinant van arbeidsongeschiktheid is het *opleidingsniveau*. Uit onderzoek is bekend dat de kans op arbeidsongeschiktheid bij laaggeschoolde werknemers hoger ligt dan bij hoger opgeleiden. Laaggeschoolde werknemers zijn doorgaans aangewezen op fysiek zwaar werk, met weinig mogelijkheden de werkzaamheden zelf in te vullen en weinig ontplooiingskansen. Dit zijn allemaal factoren, die de kans op uitval door ziekte vergroten dan wel de kans op terugkeer ná ziekte verkleinen. Dit alles speelt voor zowel autochtone als allochtone laaggeschoolde werknemers, maar voor de laatste groep in sterkere mate. Ten eerste zijn er meer laaggeschoolde allochtonen, ten tweede hebben laaggeschoolde allochtonen vaak nog minder opleiding dan laaggeschoolde autochtonen. Personen die geen basisonderwijs volgden, komen bij autochtonen niet voor. Bij Turken en Marokkanen wel. Uit onze secundaire analyse op gegevens uit bestaand onderzoek bleek dat ongeveer een derde tot 40 procent van de verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid bij Turken en Marokkanen kan worden teruggevoerd op het verschil in opleidingsniveau. Bij mannen speelt het opleidingseffect zelfs nog iets sterker. Bij Turkse en Marokkaanse mannen wordt 40 tot 50 procent van de verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid verklaard door het tekortschietend onderwijsniveau. Het lage opleidingsniveau is dus inderdaad een belangrijke verklaring voor de geconstateerde oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO. Omgekeerd blijkt uit deze analyse ook, dat de helft tot maximaal tweederde van de hogere kans op arbeidsongeschiktheid bij Turken en Marokkanen *niet* verklaard kan worden door het lage opleidingsniveau. Hier spelen dus andere factoren een rol, die hierna nader worden verkend.

6.5.2 Kenmerken van allochtone werknemers

Op zoek naar andere mogelijke verklaringen voor de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO is in de eerste plaats gekeken naar diverse kenmerken van de betrokken werknemers. Zowel door de betrokkenen zelf als door vertegenwoordigers van de uitvoeringsinstanties werd vaak gerefereerd aan bepaalde groepskenmerken van Turken en Marokkanen, die mede zouden verklaren waarom zij vaker in de WAO zitten dan autochtonen. Hierbij wordt vooral gewezen op de (vermeende) andere *gezondheidsbeleving* van veel Turken en Marokkanen. Turkse en Marokkaanse WAO'ers zouden al snel menen dat ze 'totaal ziek' zijn en daardoor niet kunnen werken, waardoor ze minder dan autochtonen gericht zouden zijn op terugkeer naar werk. Vooral als sprake is van moeilijk objectiveerbare klachten (met name psychische klachten) speelt de klachtenpresentatie van de betrokkene ook een rol in de WAO-beoordeling. Hoe dit uitwerkt, kon echter niet eenduidig worden vastgesteld. Een overtuigend

verhaal van de cliënt geeft soms de doorslag, andere keren hechten verzekeringsartsen juist geen geloof aan de in hun ogen wat overdreven klachtenpresentatie van de cliënt.

Een andere kenmerk van zieke Turkse en Marokkaanse werknemers is het relatief hoge aandeel *psychische arbeidsongeschikten*, vooral bij de meer recente gevallen. Dit was een onverwachte bevinding, omdat in de literatuur vaak wordt gesteld dat psychische klachten in de Turkse en met name de Marokkaanse cultuur en gemeenschap min of meer taboe zijn. De psychische klachten hangen deels samen met onvrede en conflicten op het werk (met name bij mannen), maar deels ook met private zorgen en problemen (bij zowel mannen als vrouwen). Het hoge aandeel psychische arbeidsongeschikten onder Turken en Marokkanen kan de oververtegenwoordiging van deze groepen in de WAO in zoverre mede verklaren, dat er in zulke gevallen vaak weinig werk gemaakt wordt van reïntegratie. Dit bleek niet alleen uit onze gevalsoverbeschrijvingen, maar ook uit ander onderzoek. Dit kan ertoe leiden, dat WAO'ers met psychische klachten langer dan noodzakelijk ziek blijven.

Speciaal bij Turkse en Marokkaanse vrouwen spelen verder allerlei *culturele conflicten*, die mede kunnen verklaren waarom deze groepen vaak in de WAO terecht komen. We zagen dat het arbeidsongeschiktheidsrisico bij Turkse en (in mindere mate bij) Marokkaanse vrouwen beduidend hoger ligt dan bij autochtone vrouwen. Bovendien komen Turkse en Marokkaanse vrouwen vaker dan autochtone vrouwen om psychische redenen in de WAO terecht. Op de achtergrond bij deze problematiek spelen de spanningen als gevolg van de tegengestelde verwachtingen van twee culturen: enerzijds wordt in Nederland van Turkse en Marokkaanse vrouwen verwacht dat ze betaald werk verrichten, anderzijds verwachten de eigen familie en gemeenschap dat zij primair verantwoordelijk zijn voor zorgtaken binnen het gezin. Ook waar vrouwen zelf graag willen werken, kan deze situatie psychische spanningen veroorzaken. Ziekteverzuim en uiteindelijk arbeidsongeschiktheid kunnen in deze situatie een voor de hand liggende (en in de eigen perceptie misschien wel de enige mogelijke) oplossing zijn, zeker voor vrouwen die tijdelijk en laaggekwalificeerd werk verrichten. Uit de gevalsoverbeschrijvingen bleek overigens ook dat dergelijke culturele spanningen in de WAO-beoordeling lang niet altijd als reden voor een uitkering gelden.

Maar ook het *migrantenbestaan op zichzelf* kan een oorzaak van mentale spanningen en gezondheidsproblemen zijn. Als één ding duidelijk wordt uit de tien levensverhalen van Turkse en Marokkaanse WAO'ers in dit onderzoek, dan is het wel dat het om een uiterst kwetsbare categorie gaat. Het betreft mensen die op allerlei manieren kwetsbaar zijn: ze kennen de weg in de Nederlandse samenleving niet en spreken de Nederlandse taal vaak onvoldoende, werken in precaire banen op slechte segmenten van de arbeidsmarkt, krijgen te maken met conflicten en discriminatie zowel op het werk als daarbuiten, maken zich zorgen over een onzekere verblijfsvergunning, over verwanten in het land van herkomst of over hun kinderen waarmee het mis dreigt te gaan. Bij al deze zorgen en problemen, zo kan men zich voorstellen, hoeft er maar iets mis te gaan in hun leven en het gaat volledig mis. Ziekteverzuim en uiteindelijk een WAO-uitkering zijn dan een laatste (en in de eigen perceptie wellicht de enig mogelijke) vluchtheuvel waarop men zich nog enigszins probeert te redden. Tenslotte hebben we opgemerkt dat veel Turkse en Marokkaanse respondenten andere WAO'ers in hun directe omgeving kennen. Meer dan de helft van de tien geïnterviewde Turkse en Marokkaanse WAO'ers had minstens één direct familielid (partner, broer, zus) met eveneens een WAO-uitkering. Hierdoor zou een situatie kunnen ontstaan waarin leven van een WAO-uitkering als een min of meer normale situatie wordt ervaren.

6.5.3 De rol van werkgevers

De oorzaken van de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO moeten echter niet alleen gezocht worden bij de betreffende groepen zelf. Ook het optreden van hun werkgever en de uitvoeringsinstellingen kan ertoe bijdragen, bedoeld of onbedoeld, dat allochtone werknemers vaker dan autochtonen uit de sfeer van betaalde arbeid verdrongen worden en in de WAO terechtkomen. En zit je eenmaal in de WAO, dan kom je er heel moeilijk weer uit.

Een belangrijke verklaring voor de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO is ongetwijfeld, dat veel werkenden uit deze groepen in *bedrijfssectoren* met een hoog arbeidsongeschiktheidsrisico werken. Veel Turkse en Marokkaanse WAO'ers (vrouwen overigens vaker dan mannen) bleken voordien werkzaam op de onderste segmenten van de postindustriële arbeidsmarkt: bij uitzendbureau's of loonbedrijven, in de schoonmaakbranche of in de sector van gesubsidieerde werkgelegenheid (WIW/WSW). Het betreft sectoren met vaak slechte arbeidsomstandigheden, een hoog werktempo en met weinig bindingen tussen de werkgever en werknemers. Daarbij mag worden aangenomen, dat juist bedrijven uit deze sectoren vaak minimale contracten hebben afgesloten met Arbo-diensten waardoor ziektebegeleiding in de praktijk beperkt blijft tot controle van het ziekteverzuim, zonder actieve reïntegratie-inspanningen gedurende het eerste ziektejaar. Overigens weten we niet of er in de genoemde sectoren meer allochtonen dan autochtonen werken; er bestaan geen statistische gegevens over de verdeling van autochtone en allochtone werknemers per bedrijfssector. Wel is bekend dat Turkse en Marokkaanse werknemers, en met name Turkse en Marokkaanse vrouwen, veel vaker dan autochtonen in flexibele arbeidsrelaties werken. Tijdelijke werknemers lopen een hoger risico op arbeidsongeschiktheid, niet alleen omdat de werkgever en Arbo-dienst weinig aan reïntegratie doen, maar ook omdat de zieke werknemer vaak al tijdens het eerste ziektejaar onder verantwoordelijkheid van de uitvoeringsinstelling valt ('vangnetzietewet'). En de uitvoeringsinstelling onderneemt over het algemeen gedurende het eerste ziektejaar geen inspanningen gericht op werkhervatting.

Uit de verhalen van geïnterviewde Turkse en Marokkaanse WAO'ers kwam naar voren, dat ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid niet zelden een uitloeijsel zijn van *conflicten op de werkvloer*. Dit bleek ook uit de door ons beschreven cases. In drie van de tien gevallen (alleen mannen) gaat de ziekmelding gepaard met duidelijke arbeidsconflicten. Opvallend is dat dergelijke conflicten niet beperkt blijven tot lageropgeleide werknemers. Werkgevers hebben vaak hoge verwachtingen van hoogopgeleide allochtone werknemers. Als zij deze verwachtingen niet kunnen waarmaken, kan dit tot spanningen en conflicten leiden. In twee andere gevallen ontstaat na de ziekmelding een conflict tussen werknemer en werkgever. Het klassieke patroon hierbij is, dat de werkgever niet gelooft dat de werknemer 'echt' ziek is en deze laatste zich als reactie daarop niet gerespecteerd voelt. Onderzoek geeft geen uitsluitsel over de vraag of allochtone werknemers vaker geconfronteerd worden met arbeidsconflicten dan autochtonen. Wel blijkt uit diverse studies dat allochtone werknemers zich vaak gediscrimineerd of achtergesteld voelen op het werk. Dit kwam ook naar voren in de door ons beschreven gevallen. Of dergelijke gevoelens terecht zijn, kon in dit onderzoek niet worden vastgesteld. Wel lijkt duidelijk, dat alleen al het gevoel gediscrimineerd te worden kan bijdragen tot onvrede op het werk en tot het ontstaan van psychische klachten – en daarmee tot een grotere kans op arbeidsongeschiktheid.

Zeer opmerkelijk in onze casusbeschrijvingen is verder de vaak *gebrekkige reïntegratie* van zieke werknemers. Veel werkgevers bekommeren zich weinig om de zorg en reïntegratie van zieke allochtone werknemers. Ondanks alle maatregelen die afgelopen jaren zijn genomen om de verantwoordelijkheid van de werkgever gedurende het eerste ziektejaar te versterken, blijkt

er in de praktijk maar weinig van. De contracten met Arbo-diensten zijn vaak mager, het verplichte reïntegratieplan is meestal slechts een papieren exercitie en de financiële consequenties van dit gedrag neemt men op de koop toe. In plaats van de door het beleid nagestreefde gedeelde verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers om werkhervatting te bevorderen, lijkt in de praktijk eerder sprake van een stille consensus tussen beide partijen dat werkhervatting niet aan de orde en dat WAO wenselijk c.q. onvermijdelijk is. Werkgevers betalen liever het loon door gedurende de (resterende) wachttijd en wachten vervolgens nog een jaar tot 'automatisch' ontslag volgt (zoals één van hen het uitdrukte), dan dat ze zich actief bekommeren om werkhervatting van de zieke werknemer.

Allochtonen werknemers lijken kwetsbaarder voor dit werkgeversgedrag dan autochtonen. De arbeidsverhoudingen zijn in de sectoren waar veel allochtonen werken vaak harder dan in andere sectoren. Allochtonen werknemers krijgen in geval van ziekte of andere problemen al snel te horen: voor jou tien anderen! Bovendien werken allochtonen vaker met flexibele arbeidscontracten, waardoor de binding met de werkgever minimaal is. Ook het feit dat de zieke werknemer na afloop van het arbeidscontract in de vangnetzietwet terechtkomt, stimuleert de betrokken partijen niet om actief werk te maken van werkhervatting. Al met al lijkt de door het beleid beoogde aanscherping van de verantwoordelijkheid van werkgevers gedurende het eerste ziektejaar grotendeels voorbij te zijn gegaan aan de onderkant van de arbeidsmarkt, waar veel allochtonen werknemers werkzaam zijn. Als bovendien blijkt dat de uitvoeringsinstellingen in de praktijk niet controleren of werkgevers en werknemers in het eerste ziektejaar voldoende hebben gedaan om werkhervatting mogelijk te maken, is de cirkel min of meer rond. Dit zou het grote aantal WAO'ers bij deze groepen mede kunnen verklaren.

6.5.4 De rol van de uitvoeringsinstellingen (uvi's)

De derde partij in het WAO-traject, naast de zieke werknemers en hun werkgevers, zijn de uitvoeringsinstellingen. Onze vraag was of de formele regels van de uitvoeringsinstellingen dan wel de informele praktijken van uitvoeringsfunctionarissen er wellicht mede toe bijdragen, bedoeld of onbedoeld, dat Turken en Marokkanen vaker in de WAO terechtkomen dan autochtonen. Uit de verhalen van uitvoeringsfunctionarissen bleek duidelijk dat het functioneren van de uitvoeringsinstellingen bepaald moeizaam verloopt. De uitvoerders van de WAO worden geconfronteerd met een opeenstapeling van taken, nijpende personeelstekorten en een vrijwel chronische tijdsnood. In deze situatie van tijdsnood en oplopende achterstanden bij de uitvoeringsinstellingen kunnen mechanismen ontstaan, die negatief uitwerken voor de meest kwetsbare categorieën onder de WAO'ers en in de praktijk zijn dat vaak Turkse en Marokkaanse WAO'ers. We geven enkele voorbeelden.

In de eerste plaats kunnen er in een situatie van tijdsnood en opgelopen achterstanden *afrotingsmechanismen* ontstaan. Dit is het verschijnsel dat uitvoeringsfunctionarissen, zeker als ze op hun *output* worden beoordeeld, zich in hun werk vooral richten op kansrijke cliënten en de moeilijke gevallen neigen te mijden. Cliënten met grotere kansen op werkhervatting (dan wel een grotere bereidheid daartoe) worden meer gestimuleerd tot reïntegratie en eerder op een traject geplaatst. Cliënten met minder vooruitzichten op succes worden informeel afgeschreven en blijven daardoor afhankelijk van een uitkering. Door het voortdurende tijdsgebrek is het mogelijk dat de uitvoeringsfunctionarissen bepaalde cliënten voor vele jaren volledig uit het oog verliezen. We zagen daarvan een concreet voorbeeld.

In de tweede plaats worden in deze situatie bepaalde *beleidsprioriteiten* gesteld, die nadelig uitwerken voor bepaalde kwetsbare groepen. Hiervan zijn diverse voorbeelden genoemd. Om de achterstanden in het werk in te lopen, hebben de uitvoeringsinstellingen de opdracht gekregen om in ieder geval de eerste WAO-beoordeling ('eindewachttijd') af te werken en andere activiteiten (waaronder taken gericht op preventie en reïntegratie) minder prioriteit te geven. Zo verzekerden diverse uitvoeringsfunctionarissen ons, dat ze in de praktijk geen tijd hebben (en niet worden betaald!) om te controleren of werkgever en werknemer gedurende het eerste ziektejaar voldoende doen om werkhervatting mogelijk te maken. Dit terwijl alle deskundigen het erover eens zijn, dat juist in het eerste ziektejaar de meeste winst in termen van het vermijden van arbeidsongeschiktheid te behalen is. Ook schriftelijke herkeuringen (bedoeld om achterstanden bij de keuringen weg te werken) kunnen ertoe leiden, dat uitkeringsgerechtigden die zelf menen niet te kunnen werken ook niet gestimuleerd worden om het toch te proberen. Meer algemeen kan worden gesteld, dat de WAO-beoordeling en uitkeringsverstrekking steeds meer centraal zijn komen te staan in het werk van de uitvoeringsinstellingen. Arbeidsdeskundigen worden naar eigen zeggen steeds meer in de rol van 'uitkeringsboer' gedrongen en kunnen geen activiteiten ondernemen gericht op werkhervatting. Het onbedoelde effect van dit alles is dat de WAO een in hoge mate inactiverend systeem is, wat juist bij relatief passieve groepen als veel laaggeschoolde Turkse en Marokkaanse WAO'ers negatief uitwerkt.

In de derde plaats spelen *communicatieproblemen* tussen Turkse en Marokkaanse WAO'ers en de (doorgaans autochtone) functionarissen een storende rol in de uitvoeringspraktijk. De toch al complexe problematiek van veel allochtone WAO'ers wordt nog een slag ingewikkelder als de communicatie daarover moeizaam verloopt. De inzet van tolken lijkt hierbij vaak geen uitkomst te bieden. Niet alleen verzekeringsartsen, maar ook allochtone cliënten klagen over het optreden van tolken. Overigens vonden de meeste verzekeringsartsen dat ze ondanks de soms moeilijke communicatie bij Turkse en Marokkaanse cliënten wel tot een afgewogen, professioneel oordeel over een WAO-aanvraag komen. Toch zijn communicatieproblemen, zeker in combinatie van het voortdurende tijdsgebrek in de uitvoeringspraktijk, wel storend. Verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen slagen er soms niet in de complexe WAO-procedure goed uit te leggen, wat met name bij allochtone cliënten tot veel misverstanden leidt. Ook kan men zich voorstellen, dat juist moeilijke gesprekken (bijvoorbeeld over de arbeidsmotivatie van cliënten) door de gebrekkige communicatie moeizaam verlopen. Ook dit laatste zou een factor kunnen zijn in de verklaring van de oververtegenwoordiging van Turken en Marokkanen in de WAO. Als allochtone WAO'ers inderdaad vaker dan anderen het idee hebben dat ze vanwege hun ziekte niet meer kunnen werken en een gesprek daarover is vanwege de communicatieproblemen niet mogelijk, dan zou dit één van de redenen kunnen zijn dat deze groepen vaker en langduriger in de WAO zitten dan autochtonen. Intensieve gesprekken met Turkse en Marokkaanse WAO'ers waarin hen wordt duidelijk gemaakt, dat ziekte niet per definitie betekent dat je helemaal niets meer kunt, zou een eerste stap tot verbetering van de situatie kunnen zijn.

6.6 Besluit

Met een miljoen arbeidsongeschikten in het verschiet, dringt de vraag zich op of Nederland werkelijk ziek is (zoals premier Lubbers begin jaren '90 stelde tijdens de vorige WAO-crisis) of dat veel mensen niet geheel terecht in de WAO zijn terechtgekomen. In de recente politieke debatten over de WAO lijkt er, bij alle meningsverschillen, over dit laatste wel een zekere consensus te bestaan. Zo wordt er in de WAO-voorstellen van achtereenvolgens de Commissie Donner en de SER steeds een nadrukkelijk onderscheid gemaakt tussen degenen die vanwege ernstige lichamelijke of psychische problemen 'echt' niet meer kunnen werken en degenen die minder of slechts tijdelijk arbeidsongeschikt zijn en daarom buiten de WAO zouden moeten blijven. Deze laatste groep (en daarbij gaat het om honderdduizenden personen) wordt geacht om op zijn minst gedeeltelijk betaald werk te verrichten en een eigen inkomen te verdienen, zonder volledig afhankelijk te worden van de WAO. Want dat laatste is volgens alle deskundigen hét grote probleem van de WAO: de WAO werkt als een fuik. Je komt er gemakkelijk in, maar moeilijk weer uit. Mensen raken verstrikt in de marginaliteit van het uitkeringsbestaan.

Literatuur

Andriessen, I. (2000). *In de meeste weelde ligt de meeste zorg. Onderzoek naar beeldvorming rond de verdeling van arbeid en zorg*. Utrecht: Forum.

AS\tri Leiden (2001). Sterk als de zwakste schakel. De doorwerking van overheidsbeleid rond ziekteverzuim en WAO binnen sectoren en bedrijven. In T. Veerman e.a. *Sector analyse WAO*. Den Haag: SZW.

Avezaat, J. & Smulders, R. (1996). Huisartsenzorg. De multiculturele huisartsenpraktijk anno 1996. In H.B. Havenman en P. Uniken Venema. *Migranten en gezondheidszorg*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum, pp. 145-156.

Berry, J.W. (1992). Acculturation and adaption in a new society. In *International Migration*, vol. 30, nr. 1, pp. 69-87.

De Bont e.a. (2000). *In de spreekkamer van de verzekeringsarts. Een onderzoek naar het verzekeringsgeneeskundig deel van de WAO claimbeoordeling*. Zoetermeer: CTSV.

Bruijnzeels, M.A. (2001). De multiculturele huisartsenpraktijk. In *Migrantenstudies* jrg. 17, nr. 2, pp. 72-84.

CBS (2001). *Allochtonen in Nederland*. Voorburg: CBS.

Commissie Donner (2001). *Werk maken van arbeidsgeschiktheid*. Den Haag.

Daal, H.J. van & Gorter, K. (1995). *Gehandicapte allochtonen in Nederland: onderzoeksbevindingen, leemtes, onderzoeksmogelijkheden*. Utrecht : Verwey-Jonker Instituut.

Dagevos, J.M. (2001). *Meer werk. Rapportage minderheden 2001, deel II*. Den Haag: SCP.

Duyvendak, J.W. & Veldboer L. (red.) (2001). *Meeting point Nederland. Over samenlevingsopbouw, multiculturaliteit en sociale cohesie*. Amsterdam: Boom.

Engbersen, G. (1995). De institutionele factor: over sociale diensten en de praktijk van het sanctie- en fraude beleid. In L. Aartsen e.a. (red.). *Het bedrijf van de verzorgingsstaat. Naar nieuwe verhoudingen tussen staat, markt en burger*. Amsterdam: Boom, pp. 37-55.

Giezen, A.M. van der, Molenaar-Cos, P.G.M. & Jehoel-Gijsbers, G. (1999). *Langdurige arbeidsongeschiktheid in 1998. Een analyse van arbeidsongeschiktheidsrisico's en ontwikkelingen in de tijd*. Amsterdam: Lisv.

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

Giezen, A.M. van der & Bruinsma, H. (2000). Vrouwen vaker in de WAO. In *Economisch Statistische Berichten*, 24 maart, pp. 248-250.

- Graafsma, T. & Tieken, J. (1987). Leven in een condición migrante. In P. Lamers (red.). *Hulpverlening aan migranten. De confrontatie van culturen in de geestelijke gezondheidszorg*. Alphen aan de Rijn: Samson Stafleu.
- Groen, A.J.B.A. in 't & Sweep, M.M.C. (1994). *Turkse en Marokkaanse werknemers in de AAW/WAO. Knelpunten in de gevalsbehandeling*. Zoetermeer: Sociale Verzekeringsraad.
- Hertogh, M.W. (2001). *Enkeltje WAO. De gebrekkige begeleiding van werknemers met psychische klachten tijdens het eerste ziektejaar*. Breukelen: Nyfer.
- Hilhorst, P. (1999). *De wraak van de publieke zaak*. Amsterdam: De Balie.
- Hubrechtse, K. (2000). Determinanten van werkstress bij allochtonen: een inventarisatie. In E. Bohlmeijer, K. Hubrechtse en A. Hijmans van den Bergh. *Diversiteit en werkstress*. Utrecht: Forum, pp. 9-29.
- Hijmans van den Bergh, A. (2001). Allochtonen en gezondheid. In M. Can en I. Voordouw. *Handreiking voor begeleiders van de cursus 'Lichte dagen, donkere dagen voor Turkse en Marokkaanse migranten met depressieve klachten'*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Hijmans van den Bergh, A. (2002). *Sociaal-medische begeleiding van allochtonen. Een verkennend onderzoek*. Utrecht: Forum.
- Kramer, J. & Bohlmeijer, E. (2001). *Conflictsituaties, coping en verzuim bij allochtone werknemers. Een multicultureel perspectief*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Kuijpers, I. & Leenders, P. (2001). *De wegwerpplek. Tien jaar rondjes rond de WAO*. Amsterdam: De Balie.
- Kuijpers, I., Leenders, P. & Vendrik, K. (1999). *Een gebouw zonder plan. Over privatisering van de sociale zekerheid*. Amsterdam: De Balie.
- Leeflang, R.L.I. (1994). *Zoeken naar gezondheid: hulpzoekgedrag van personen van Nederlandse en Turkse herkomst*. Leiden:LIDESCO.
- Limburg-Okken, A. (1989). *Migranten in de psychiatrie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lisv (2000). *Kroniek van de sociale verzekeringen 2000*. Amsterdam: Lisv.
- Lisv (2000). *Trendrapportage arbeidsongeschiktheid 2000*. Amsterdam: Lisv.
- Lisv (2001). *Trendrapportage arbeidsongeschiktheid 2001*. Amsterdam: Lisv.
- Mackenbach, J.P. & Maas, P.J. van der (1987). Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid: een overzicht van de belangrijkste onderzoeksbevindingen. In *WRR, De ongelijke verdeling van gezondheid. Verslag van een conferentie*. Den Haag: WRR.
- Martens, E.P. (1999). *Minderheden in beeld. De SPVA-98*. Rotterdam: ISEO.
- Meershoek, A. (1999). *Weer aan het werk. Verzekeringsgeneeskundige verzuimbegeleiding als onderhandeling over verantwoordelijkheden*. Amsterdam: Thela Thesis.
- Meerhoek, A. et al. (2000). *Zicht op reïntegratie. Een onderzoek naar de uitvoering van de poortwachtersfunctie*. Zoetermeer: CTSV.
- Minderhoud, P. (1993). *"Voor mij zijn ze allemaal gelijk": een rechtssociologische studie naar verschillen tussen migranten en Nederlanders bij de uitvoering van de kinderbijslag- en de arbeidsongeschiktheidswetgeving*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Ministerie van SZW (2000). *Sociale Nota 2000*. Den Haag: SZW.

- Mudde, C. (1995). *Ziek in de zin der wet: de interpretatie van ziekteverzuim door verzekerings-geneeskundigen en rapporteurs*. Den Haag: SDU.
- PSW arbeidsmarktadvies (2000). *Allochtone arbeidsgehandicapten. Verkenning naar de problematiek van de doelgroep*. Den Bosch: PSW.
- Rietbergen, C. & Frencken, P. (1999). *Kink in de kabel. Communicatielijnen rondom de zieke werknemer in het onderwijs*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Rietbergen, C. & Vliet, K. van (2001). Vrouwen in de WAO: een verhaal apart?. In R. Hortulanus en A. Machielse. *De waarde van werk. Het sociaal debat deel 4*. Den Haag: Elsevier Bedrijfsinformatie, pp. 89-105.
- Scheffer, P. (2000). Het multiculturele drama. In *NRC Handelsblad*, 29-01-2000.
- Scheffer, P. (2000). Het multiculturele drama: een repliek. In *NRC Handelsblad*, 25-03-2000.
- SCP/CBS (2001). *Armoedemonitor 2001*. Den Haag: SCP.
- Schuyt, C.J.M. (1986). *Filosofie van de sociale wetenschappen*. Leiden: Martinus Nijhoff.
- Snel, E. (1998). *Gekleurde armoede. Armoede en bestedingspatronen onder etnische minderheden*. Utrecht: Forum.
- Snel, E., Engbersen, G. & Vrooman, C. (2000). Arm Nederland: verandering en bestendiging van armoede. In: G. Engbersen, C. Vrooman en E. Snel. *Balans van het armoedebeleid. Vijfde jaarrapport armoede en sociale uitsluiting*. Amsterdam: AUP, pp. 13-52.
- Stronks, K., Mheen, D. van der & Mackenbach, J.P. (1993). Achtergronden van sociaal-economische gezondheidsverschillen. In *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, nr. 71, pp. 2-10.
- Stronks, K. (1997). *Socio-Economic Inequalities in Health: Individual Choice or Social Circumstances*. Rotterdam: EUR (dissertatie).
- Stronks, K. e.a. (1999). Allochtoon, dus ongezond? Mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid. In *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, nr. 77, pp. 33-40.
- Tesser et al. (1999). *Rapportage minderheden 1999*. Den Haag: SCP.
- Tesser, P. (2001). *Vorderingen op school. Rapportage minderheden 2001, deel I*. Den Haag: SCP.
- Teulings, C., Veen, R. van der & Trommel, W. (1997). *Dilemma's van sociale zekerheid. Een analyse van 10 jaar herziening van het stelsel van sociale zekerheid*. Den Haag: VUGA.
- Uijl, S.E. den & Lindesvärd, L. (2001). *Een meervoudige casestudie naar succesvolle reïntegratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemers in Nederland en Zweden*. Paper gepresenteerd bij 'Symposium 2001: een tweede eeuw sociale zekerheid in Nederland', gehouden in Den Haag 14 en 15 juni 2001.
- Veen, R. van der. (1990). *De sociale grenzen van beleid: een onderzoek naar de uitvoering en effecten van het stelsel van sociale zekerheid*. Leiden: Stenfert Kroese.
- Veen, R. van der (1997). *Een geregelde toekomst: over veranderingen in de inrichting van het publieke domein*. Enschede: Universiteit Twente.
- Veen, R. van der e.a. (te verschijnen). *25 jaar onderzoek naar de WAO*.
- Veerman, T. e.a. (2001). *Sector analyse WAO*. Den Haag: SZW.

Verwey-Jonker Instituut (1998). *Dynamiek in drievoud. Onderzoek voor burgers, instellingen en overheden*. Utrecht: Uitgeverij Jan van Arkel / Verwey-Jonker Instituut.

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

Visser, J. & Hemerijck, A. (1997). *'A Dutch Miracle'. Job growth, welfare reform and corporatism in the Netherlands*. Amsterdam: AUP.

Vuren, T. van & Smit, A. (2001). Toenemende arbeidsparticipatie, ziekteverzuim en WAO-instroom van vrouwen. Paper gepresenteerd bij 'Symposium 2001: een tweede eeuw sociale zekerheid in Nederland', gehouden in Den Haag 14 en 15 juni 2001.

Lijst van afkortingen

Arbo-wet	Arbeidsomstandighedenwet
CAO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CBBS	Claimbeoordelings- en Borgingssysteem
CTSV	College van Toezicht Sociale Verzekeringen
EBB	Enquête Beroepsbevolking
FIS	Functie Informatie Systeem
Gak	Gemeenschappelijk Administratiekantoor
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie
GUO	Gezamenlijk Uitvoeringsorgaan
Lisv	Landelijk instituut sociale verzekeringen
Pemba	Wet Premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen
REA	Wet Reïntegratie Arbeidsgehandicapten
Riagg	Regionale instelling ambulante geestelijke gezondheidszorg
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SEGV	Sociaal-economische gezondheidsverschillen
SES	Sociaal-economische status
SFB	Sociaal Fonds Bouwnijverheid
SPVA	Onderzoek Sociale positie en voorzieningengebruik allochtonen
SZW	het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TBA	Wet terugdringing beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen
TZ	Wet Terugdringing Ziekteverzuim
Uszo	Uitvoeringsinstelling sociale zekerheid overheids- en onderwijzend personeel
Uvi	Uitvoeringsinstelling
UWV	Uitvoeringsorgaan Werknemersverzekeringen
Wajong	Wet Arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen
WAZ	Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering Zelfstandigen
WIW	Wet Inschakeling Werkzoekenden
WSW	Wet Sociale Werkvoorziening
Wulbz	Wet Uitbreiding Loondoorbetaling Bij Ziekte
WW	Werkloosheidswet

Lijst van casussen

Casus 1: Dhr. Binali **blz. 68**
Marokkaanse man, 31 jaar oud
Arbeidsongeschiktheidspercentage: 80-100%
Diagnose: psychische klachten

Casus 6: Mw. Boussaid **blz. 109**
Marokkaanse vrouw, 43 jaar
Arbeidsongeschiktheidspercentage: < 15%
Diagnose: rugklachten

Casus 2: Dhr. Arsalan **blz. 91**
Turkse man, 30 jaar oud
Arbeidsongeschiktheidspercentage: 80-100%
(na juridisch beroep)
Diagnose: psychische klachten

Casus 7: Mw. Osman **blz. 116**
Turkse vrouw, 29 jaar
Arbeidsongeschiktheidspercentage: 80-100%
Diagnose: gewrichtsreuma
(ziekte van Bechterew)

Casus 3: Mw. Muhammet **blz. 127**
Turkse vrouw, 33 jaar
Arbeidsongeschiktheidspercentage: 80-100%
(wegens onvoldoende functies)
Diagnose: rugklachten (hernia)

Casus 8: Mw. Zarrabi **blz. 61**
Marokkaanse vrouw, 34 jaar
Aanvankelijk arbeidsongeschiktheidspercentage:
80-100%
Diagnose: maagklachten

Casus 4: Dhr. Bargi **blz. 97**
Turkse man, 46 jaar oud
Arbeidsongeschiktheidspercentage: 80-100%
Diagnose: psychische klachten

Casus 9: Mw. Arsalan **blz. 122**
Turkse vrouw, 33 jaar
Arbeidsongeschiktheidspercentage: 80-100%
Diagnose: psychische klachten

Casus 5: Dhr. Ercan Camal **blz. 75**
Turkse man, 47 jaar oud
Arbeidsongeschiktheidspercentage: 80-100%
Diagnose: (zwarte) diabetes

Casus 10: Mw. Furat **blz. 80**
Turkse vrouw, 32 jaar oud
Arbeidsongeschiktheidspercentage: <15%
Diagnose: astmatische klachten,
psychische klachten

Deelnemers expertmeetings

Verzekeringsartsen

Mw. H. de Vos, Gak Utrecht

Mw. M. Carere, Gak Arnhem

Dhr. F. van Duyn, Gak Den Haag

Mw. J.D. Klein Ovink, Gak Amsterdam

Dhr. Broeders, GUO Den Haag

Dhr. Sinkeri, GUO Den Haag

Dhr. W. Otto, Cadans / Lisv Amsterdam

Mw. R. Buurman, Gak Utrecht

Arbeidsdeskundigen

Dhr. J.W. Roosen, Gak Rotterdam

Dhr. H. Gesser, Gak Utrecht

Mw. C. Passchier, GUO Den Haag

Dhr. F. Oostrum, GUO Den Haag

Dhr. P. Dekker, Cadans Amsterdam

Dhr. H. Sluiters, extern arbeidsdeskundige werkzaam bij Elabu

Dhr. A. Fennema, Cadans Arnhem

Overigen

Dhr. W. Rozema, Stichting Kerken en Buitenlanders Utrecht

Dhr. Bağcı, Centrum Integratie Bevordering Dordrecht

Dhr. I. Kuijpers (gespreksleider)

D1852212.ES/NK, 210302_eindrapport