



Een eerste aanzet voor een richtlijn 'etnische diversiteit in de arbo- zorgverlening'

Bachelorscriptie

Jorien de Nijs

Januari 2008

Algemene Gezondheidswetenschappen

Faculteit Management en Bestuur

Universiteit Twente, Enschede

Begeleider: Dr. H.G.M. Oosterwijk

Meelezer: Dr.ir. E.C.J. van Oost

Opdrachtgever: K. Belhaj, Pacemaker

Voorwoord

Dit bacheloronderzoek is het resultaat van een periode waarin ik mij heb verdiept in een interessant en maatschappelijk onderwerp; de sociaal medische begeleiding van niet-westerse allochtonen in de arbo-zorgverlening. Voordat ik mij verdiept heb in het onderwerp was ik nog niet eerder in aanraking gekomen met het onderwerp. Achteraf had ik niet verwacht dat het onderwerp mij zou aanspreken en ik me zo betrokken zou gaan voelen bij een probleem. De positieve input en de begeleiding van de mensen van Pacemaker hebben zeker bijgedragen aan mijn enthousiasme voor dit onderzoek. Het bacheloronderzoek wat in dit rapport beschreven wordt vormt de afronding van de bacheloropleiding Algemene Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente te Enschede.

Bij de totstandkoming van dit onderzoek heb ik veel gehad aan de hulp en ondersteuning van een aantal mensen. Graag wil ik de mensen van Pacemaker bedanken voor de mogelijkheid om deel uit te mogen maken van de projectgroep: diversiteit in de arbo-zorgverlening. Speciaal wil ik Karima Belhaj bedanken voor de goede tips en begeleiding tijdens het onderzoek. De input vanuit de praktijk van bedrijfsarts Hayo Lasschuit was hierbij ook van groot belang.

Daarnaast ben ik dankbaar voor de goede begeleiding vanuit de Universiteit Twente door de heer Oosterwijk. Vooral in de beginfase de heer Oosterwijk ervoor gezorgd dat ik niet opgaaf in het zoeken naar een interessante opdracht en tijdens de begeleiding waren de suggesties en aanbevelingen van grote waarde. Ook mijn tweede begeleider, mevrouw van Oost, wil ik bedanken voor haar kritische blik op het onderzoek.

Jorien de Nijs

Enschede, 28 januari 2008

Management summary

Aanleiding

Pacemaker is een organisatie die zich als doel heeft gesteld om met hun activiteiten de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg aan allochtonen te verhogen. In 2006 is de organisatie gestart met het project 'etnische diversiteit in de arbo-zorgverlening', omdat is gebleken dat het ziekteverzuim en de WAO/WIA-instroom onder niet-westerse allochtonen gemiddeld hoger is dan onder autochtone en westerse allochtonen. Door middel van kennisontwikkeling op het gebied van etnische diversiteit in de arbo-zorgverlening wil de organisatie onnodig lang ziekteverzuim en hoge WAO/WIA instroom voorkomen. Een van de doelen van het project is om een richtlijn te ontwikkelen waardoor de kwaliteit van de sociaal-medische begeleiding aan niet-westerse allochtonen verbeterd kan worden. In dit bacheloronderzoek zal onderzocht worden wat een goede manier is om invulling te geven aan de basis voor een richtlijn voor de sociaal-medische begeleiding van niet-westerse allochtone werknemers in de arbo-zorgverlening.

Resultaten

Uit de bestudering van de bestaande literatuur over de sociaal-medische begeleiding van niet-westerse allochtonen in de arbo-zorgverlening is gebleken dat er knelpunten worden ervaren tussen de bedrijfsarts en de allochtone werknemer op het gebied van communicatie, sociaal-culturele achtergrond, onbegrepen gezondheidsklachten, organisatorische- en arbeidsfactoren. De diversiteit van de knelpunten is groot. De oplossingen/aanbevelingen die worden gegeven in de literatuur zijn over het algemeen niet gericht genoeg en/of er is nog weinig bekend over de toepasbaarheid en effectiviteit van de oplossingen. Het is op dit moment dus nog niet mogelijk om een basis te leggen voor een richtlijn voor de sociaal-medische begeleiding van niet-westerse allochtonen in de arbo-zorgverlening. Om in de toekomst toch tot een richtlijn te komen, is er voor gekozen om de knelpunten op een systematische manier te ordenen. Dit is gedaan op basis van de uitgevoerde literatuurstudie. Deze ordening van knelpunten kan worden gezien als een eerste poging om de complexe problematiek te structureren.

Aanbevelingen

Bij de verdere ontwikkeling van een richtlijn 'etnische diversiteit in de arbo-zorgverlening' is het van belang dat de organisatie Pacemaker rekening houdt met de volgende punten:

- Nauwkeuriger bestuderen van de in de literatuur gesignaleerde knelpunten. Het is vooral van belang om te kijken wat de invloed is van de knelpunten op het proces van de sociaal-medische begeleiding van allochtone werknemers.
- Bedrijfsartsen vanaf het begin nauw betrekken bij de ontwikkeling van de richtlijn.
- Naast de bedrijfsartsen ook andere partijen (werkgevers, overheid) betrekken bij de verbetering van de sociaal-medische begeleiding aan niet-westerse allochtonen.
- Er moet rekening worden gehouden met de diversiteit binnen de doelgroep willen de aangedragen oplossingen effect hebben. De 'niet-westerse allochtoon' bestaat niet.
- Naast de implementatie van een richtlijn kunnen andere interventiemogelijkheden als training en scholing van bedrijfsartsen ook een bijdrage leveren aan de verbetering van de SMB van allochtone werknemers.
- Toetsing en evaluatie van de richtlijn is noodzakelijk voordat de (landelijke) richtlijn kan worden ingevoerd.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	6
1.1 Achtergrond van het probleem en aanleiding tot het onderzoek	6
1.2 De organisatie Pacemaker	6
1.3 Hoofdvraag en onderzoeksvragen	7
1.4 Onderzoeksmethoden	7
2. Verkenning van het onderzoeksterrein	10
2.1 Arbeids(on)geschiktheid en de nieuwe wetgeving	10
2.2 Arbodiensten, bedrijfsartsen en de sociaal-medische begeleiding	10
2.3 Kwaliteitszorg een 'hot item'	11
2.4 Richtlijn als instrument voor kwaliteitsverbetering	12
2.5 Kwaliteit in de Arbo-zorgverlening	12
2.6 Verbetering van de SMB van niet-westerse alloctonen	14
2.7 Samenvatting	15
3. Knelpunten uit de literatuur	16
3.1 Communicatie	16
3.2 Sociaal-culturele context	17
3.3 Onbegrepen gezondheidsklachten	19
3.4 Organisatorische factoren	21
3.5 Arbeidsfactoren	22
3.6 Conclusie	23
4. Oplossingen uit de literatuur	25
4.1 Communicatie	25
4.2 Sociaal-culturele context	26
4.3 Onbegrepen gezondheidsklachten	26
4.4 Organisatorische omstandigheden	27
4.5 Arbeidsfactoren	28
4.6 Conclusie	29
5. Analyse van de geconstateerde problemen en oplossingen	30
5.1 Grote diversiteit aan problemen	30
5.2 Passende oplossingen?	30
5.3 Het belang van een oplossingsgerichte aanpak voor de gesignaleerde knelpunten	31
6. Aanknopingspunten voor interventie	33

6.1 Cliëntgebonden factoren.....	34
6.2 Artsgebonden factoren	35
6.3 Contextgebonden factoren	36
6.4 Beter overzicht	36
7. Conclusies en aanbevelingen.....	37
Aanbevelingen.....	38
literatuurlijst	40

1. Inleiding

1.1 Achtergrond van het probleem en aanleiding tot het onderzoek

Uit de eerste rapportage nationaal verzuimstatistiek, een gezamenlijk initiatief van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en de Brancheorganisatie Arbodiensten (BOA), blijkt dat het ziekteverzuim onder niet-westerse allochtone werknemers gemiddeld hoger is dan onder autochtone en westerse allochtone werknemers. In 2003 was het ziekteverzuim onder niet-westerse allochtonen zes procent, terwijl het ziekteverzuim onder autochtonen en westerse allochtonen respectievelijk vier en vijf procent was. Binnen de groep niet-westers allochtonen hadden de Turkse en Marokkaanse werknemers het hoogste ziekteverzuim (CBS, 2004). In 2004 is het ziekteverzuim onder niet-westerse allochtonen gedaald naar 4,7 procent en onder autochtonen naar 3,9 procent. Voor 2005 geldt dat de cijfers voor het ziekteverzuim onder niet-westerse allochtonen licht gedaald zijn naar 4,5 procent terwijl het ziekteverzuim onder autochtonen onveranderd bleef (CBS, 2006). Hoewel de verzuimpercentages in 2004 en in 2005 een daling laten zien, blijft er een verschil waarneembaar tussen allochtonen en autochtonen werknemers.

De oorzaken van het hoge ziekteverzuim en de oververtegenwoordiging in de WAO (tegenwoordig WIA) heeft verschillende oorzaken. Volgens Pacemaker (2006) hangt het gemiddeld hogere ziekteverzuim en oververtegenwoordiging in de WAO/WIA voor een groot deel samen met de geringe mate waarin de arbo-zorgverlening in zijn geheel is afgestemd op een etnisch diverse beroepsbevolking. Zowel zorginhoudelijk als organisatorisch is de arbozorg niet goed afgestemd op de beroepsbevolking. Ten tweede zijn factoren als relatief laag opleidingsniveau en gemiddelde slechtere gezondheid van niet-westerse allochtonen ook van invloed op bovenstaande cijfers (Pacemaker, 2006). Kamphuis & Poppel (2003) geven als derde oorzaak in hun onderzoek aan dat de voornaamste oorzaak van de hoge WAO-instroom onder niet-westerse allochtonen gezocht moet worden in het type werk en de arbeidsomstandigheden.

De organisatie Pacemaker zet zich in om door middel van de verbetering van de arbo-zorgverlening het hogere ziekteverzuim en oververtegenwoordiging in de WAO/WIA te verminderen. Om het hogere percentage ziekteverzuim en de oververtegenwoordiging van niet-westerse allochtonen in de WAO/WIA te verminderen, is het volgens de organisatie noodzakelijk om meer te weten te komen over de begeleiding van deze groep. Immers, de wijze van begeleiding is van invloed op de instroom van allochtone werknemers in het zogenaamde sociale vangnet. Het verzamelen en vervolgens implementeren van praktijk relevante kennis die bij kan dragen aan een betere sociaal-medische begeleiding kan er toe leiden dat het ziekteverzuim en de WAO/WIA instroom onder niet-westerse allochtonen wordt verkleind. Het achterliggende doel van het verzamelen en implementeren van praktijk relevante kennis is het verbeteren van de kwaliteit van de arbo-zorgverlening.

1.2 De organisatie Pacemaker

Pacemaker in Global Health (in het vervolg afgekort tot Pacemaker) is een onafhankelijke stichting die in 2001 is opgericht en is gevestigd in Amsterdam. De doelstelling van Pacemaker is om met hun activiteiten de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren en de kwaliteit van zorg aan allochtonen te verhogen. De missie die hierbij hoort is: 'Het waar maken van het gelijkheidsbeginsel in de zorg' (Pacemaker, 2007).

Door middel van onderzoek naar gezondheid en zorg, het helpen verbeteren van het zorgaanbod van zorginstellingen en het adviseren van zorgaanbieders, financiers en zorgvragers probeert Pacemaker bij te dragen aan het gelijkheidsbeginsel in de zorg (Pacemaker, 2007).

Pacemaker wil door middel van het ontwikkelen van kennis op het gebied van etnische diversiteit in de arbo-zorgverlening onnodig lang ziekteverzuim en de gemiddeld hogere instroom van niet-westerse allochtonen in de WAO/WIA voorkomen. Om dit doel te bereiken is er een project opgestart waarbij beoogd wordt door middel van ontwikkeling en implementatie van kennis de zorg aan allochtone werknemers te verbeteren. De naam van het project is: 'etnische diversiteit in de arbo-zorgverlening'. Het project omvat vier deelprojecten. Dit bacheloronderzoek heeft betrekking op het deelproject: 'methodiek en richtlijnontwikkeling'. De doelstelling van dit deelproject is om een conceptueel model en een gemeenschappelijk referentiekader te ontwikkelen, waarin specifieke uitgangspunten, criteria, tips en handelingsopties voor een goede sociaal-medische begeleiding van niet-westerse allochtonen beschreven zijn (Pacemaker, 2006). Met behulp van dit conceptueel model wil Pacemaker in samenwerking met arbodiensten uiteindelijk een richtlijn ontwikkelen voor de sociaal-medische begeleiding van niet-westerse allochtonen in de arbo-zorgverlening.

1.3 Hoofdvraag en onderzoeksvragen

In opdracht van de organisatie Pacemaker zal in dit onderzoek gekeken worden wat een goede manier is om invulling te geven aan de basis voor een richtlijn voor de sociaal-medische begeleiding van niet-westerse allochtone werknemers in de arbo-zorgverlening. Van belang is om te kijken of de kennis die op dit moment al aanwezig is over de problematiek voldoende handvatten geeft voor het ontwikkelen van een praktische richtlijn voor de sociaal-medische begeleiding van de niet-westerse allochtone werknemers door de bedrijfsarts. Uit deze vraagstelling van het bedrijf is de volgende hoofdvraag afgeleid:

"Is het mogelijk om op basis van de aanwezige kennis over de sociaal-medische begeleiding van niet-westerse allochtone werknemers door de bedrijfsarts een eerste opzet te maken voor een richtlijn 'etnische diversiteit in de arbo-zorgverlening'?"

Om een antwoord te vinden op deze hoofdvraag zijn de onderstaande onderzoeksvragen geformuleerd:

- 1) *Wat wordt er in de bestaande literatuur geschreven over de specifieke knelpunten waar bedrijfsartsen mee te maken krijgen bij de sociaal-medische begeleiding van niet-westerse allochtone werknemer en welke oplossingen worden aangedragen voor de gesignaleerde knelpunten?*
- 2) *In hoeverre bieden de beschreven knelpunten en oplossingen aanknopingspunten voor een eerste opzet voor een richtlijn 'etnische diversiteit in de arbo-zorgverlening'?*

1.4 Onderzoeksmethoden

Om tot een beantwoording van de hoofdvraag te komen is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek, waarbij het literatuuronderzoek de grondvorm is. Kenmerkend voor de literatuurstudie is dat er een inventarisatie zal worden gemaakt van de al aanwezige kennis op het gebied van diversiteit in de arbo-zorgverlening. Naast het literatuuronderzoek zijn er regelmatig gesprekken gevoerd met inhoudelijke deskundigen op het gebied van de arbo-zorgverlening en diversiteit en zijn verschillende projectvergaderingen over het onderwerp bijgewoond.

1.4.1 Verkenning van het onderzoeksterrein

Voor de verkenning van het onderzoeksterrein is het projectplan uitgebreid bestudeerd. In dit plan wordt de achtergrond van het probleem geschetst en de beoogde doelstellingen van het project kort toegelicht. Na het lezen van het projectplan hebben er gesprekken plaats gevonden met de inhoudelijke begeleiders van Pacemaker, Karima Belhaj (projectleider) en Hayo Lasschuijt (bedrijfsarts), over de problematiek die wordt beschreven in het projectplan. Hierbij is meer

achtergrondinformatie verworven over de problematiek en werd het inzichtelijker hoe de arbo-zorgverlening (ook wel bedrijfsgezondheidszorg genoemd) eruit ziet en wat specifieke problemen zijn waar bedrijfsartsen tegenaan lopen bij de sociaal-medische begeleiding van niet-westerse allochtonen. Daarnaast is er gezocht naar aanvullende informatie over onder andere de wetgeving (WAO/WIA), het werk van de bedrijfsarts en kwaliteitsinstrumenten in de zorg. Hierbij is in eerste instantie gebruik gemaakt van de literatuur die Pacemaker in de loop der tijd heeft verzameld. Literatuur, projectanalyse en gesprekken met professionals zullen uiteindelijk bijgedragen aan een zorgvuldige verkenning van het onderzoeksterrein.

In de verkenning van het onderzoeksterrein zal ook aandacht worden besteed aan de vraag wat kwaliteitszorg inhoudt. Daarbij zal aangegeven worden op welke manieren op dit moment al aandacht wordt geschonken aan kwaliteit in de arbo-zorgverlening en welke initiatieven er tot op heden zijn genomen om de sociaal-medische begeleiding beter af te stemmen op een etnisch diverse bevolkingsgroep.

1.4.2 Onderzoeksvraag één

Voor het beantwoorden van de eerste deelvraag (*Wat wordt er in de bestaande literatuur geschreven over de specifieke knelpunten waar bedrijfsartsen mee te maken krijgen bij de begeleiding van niet-westerse allochtone werknemers en welke oplossingen worden aangedragen voor de gesignaleerde knelpunten?*) is uitgebreid literatuuronderzoek nodig. Door Pacemaker is in de loop van de jaren al redelijk veel informatie verzameld over het onderwerp arbeid, gezondheid en etnische diversiteit. Zo is er onder meer een website opgezet waarop belangrijke publicaties over dit onderwerp zijn te vinden. Als eerste zal deze al aanwezige literatuur geraadpleegd worden, vervolgens zal er gezocht worden of er aanvullende informatie over het onderwerp te vinden is. Binnen Pacemaker zijn er ook verslagen te vinden van eerdere expertmeetings over het onderwerp arbeid, gezondheid en etnische diversiteit. In totaal zijn er in 2004 vier 'expert-meetings' geweest. Aan deze expert-meetings hebben beleidsmakers en onderzoekers van onder andere de Erasmus Universiteit, IVA (wetenschappelijk instituut voor onderzoek), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), MedWerk (kenniskring arbeid en gezondheid), Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV), Steer (platform reïntegratie), Pacemaker en verschillende arbodiensten deelgenomen. De verslaglegging van deze expertmeeting zal ook bestudeert en gebruikt worden in dit onderzoek.

Omdat er in de eerstelijnszorg, waar de bedrijfsartsen onderdeel van uitmaken, meerdere disciplines werkzaam zijn, zal er ook naar literatuur gezocht worden waarin bijvoorbeeld huisartsen en/of apothekers knelpunten constateren in het contact met niet-westerse allochtonen patiënten. Daarbij is het van belang om na te gaan of deze problemen en eventueel genoemde oplossingen in alle waarschijnlijkheid ook voor bedrijfsartsen zullen gelden.

De breedte en diversiteit van de problemen vraagt om een categorisering, deze zal worden geïntroduceerd in hoofdstuk 3 bij de probleembeschrijving. Voor het overzicht is deze fide indeling ook gebruikt bij de uiteenzetting van de gevonden oplossingen.

1.4.2. Onderzoeksvraag twee

De tweede deelvraag van dit onderzoek luidt: *In hoeverre bieden de beschreven knelpunten en oplossingen aanknopingspunten voor een eerste opzet voor een richtlijn 'etnische diversiteit in de arbo-zorgverlening'?* Deze deelvraag is lastiger te beantwoorden dan voorgaande vraag. Dit heeft vooral te maken met het feit dat er gekeken moet worden in hoeverre bedrijfsartsen tijdens de sociaal-medische begeleiding van niet-westerse allochtonen belemmerd worden door de beschreven knelpunten en in hoeverre de oplossingen die aangedragen werden van toepassing kunnen zijn. Er is

center nog weinig bekend over de toepasbaarheid en effectiviteit van aangedragen oplossingen. Hiervoor moet nog onderzoek worden gedaan. Om toch een antwoord te krijgen op deze deelvraag is ervoor gekozen om op basis van de geraadpleegde literatuur (in deelvraag 1) een categorisering te maken van de problemen. Bij deze categorisering is gekeken bij welke betrokken partijen de oorzaak van het knelpunt ligt. Er bestaan nog geen modellen die gebruikt kunnen worden bij het categoriseren van dit soort problemen, vandaar dat er voor een eigen indeling is gekozen die gebaseerd is op de literatuurstudie. Wellicht kan deze indeling van knelpunten helpen naar het zoeken van bruikbare oplossingen. Deze indeling kan worden gezien als een eerste poging om de complexe problemen in de arbo-zorgverlening te structureren. Deze structurering kan daarnaast worden gebruikt voor de opstart van een discussie over de inhoud van de te ontwikkelen richtlijn; diversiteit in de arbo-zorgverlening.

2. Verkenning van het onderzoeksterrein

2.1 Arbeids(on)geschiktheid en de nieuwe wetgeving

Vanaf 1 januari 2006 vervangt de WIA (Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen) de WAO (Wet Arbeids Ongeschiktheid). De reden voor vervanging van de WAO door de WIA is dat de wetgever van mening was dat de WAO te veel op de gedachte was gebaseerd dat een zieke werknemer 'zielig' is en dus moet worden ontzien. In plaats van af te vragen in welke mate een werknemer *arbeidsongeschikt* is moet men kijken in welke mate de werknemer nog *arbeidsgeschikt* is, ondanks zijn ziekte. Dit onderscheid tussen arbeidsongeschikt en arbeidsgeschikt wordt in de literatuur ook wel aangeduid als het oude en het nieuwe denken (Loonstra, 2007). De WIA kan volgens het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid gezien worden als het sluitstuk van het nieuwe stelsel rond ziekte op het werk, arbeids(on)geschiktheid en reïntegratie en moet er mede zorg voor dragen dat meer mensen aan het werk gaan en blijven (SZW, 2007).

In het nieuwe stelsel zijn werkgever en werknemer samen verantwoordelijk voor een gezonde werkomgeving. Verder moet zowel de werkgever als de werknemer zich meer inspannen om bij langdurige ziekte terugkeer naar de werkvloer mogelijk te maken. De nadruk komt daarbij te liggen op wat mensen nog wel kunnen en dus niet langer meer op wat mensen niet meer kunnen. Uitgangspunt hierbij is dat werken of weer gaan werken lonend is voor alle betrokken partijen (SZW, 2007).

Veranderingen ten opzichte van het oude stelsel zijn onder andere dat werkgevers en werknemers samen naar een oplossing moeten zoeken als de werknemer ziek is en dit langer gaat duren dan een paar dagen of weken. Vanaf 1 januari 2004 geldt dat de werkgever niet één jaar verantwoordelijk is voor het doorbetalen van het loon (voor ten minste 70%), maar zonnodig twee jaar. In tegenstelling met de WAO, waar een zieke werknemer na één jaar een uitkering zou krijgen, wordt er met de invoering van de WIA pas na twee jaar gekeken of men nog geschikt is om te werken of dat men in aanmerking komt voor een uitkering (SZW, 2007). De WIA kent drie klassen. Werknemers die met het verrichten van arbeid meer dan 65% van hun oude loon, het loon dat men ontving voorafgaande aan de periode van arbeidsongeschiktheid, verdienen komen niet in aanmerking voor de WIA. In klasse twee kunnen werknemers ten hoogste 65% van hun oude loon verdienen met aanvaarde arbeid. In dit geval spreekt men volgens de WIA van een *gedeeltelijk arbeidsgeschikte* werknemer. Als werknemers zelfs nog kunnen werken geldt de regeling WGA (Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten), welke ervoor zorgt dat een werknemer met een passende functie een aanvullende uitkering krijgt. Deze bedraagt 70% van het verschil tussen het oude en het nieuwe (lagere) loon. Als men geen passende functie heeft, dan bedraagt de uitkering 70% van het laatstverdiende loon. Door de aanvullende uitkering is het aantrekkelijker geworden om te blijven werken bij gedeeltelijk arbeidsongeschiktheid. De laatste klasse omvat alle werknemers die ten hoogste 20% van hun oude loon kunnen verdienen met aanvaard werk. In dit geval spreekt men van *volledig en duurzaam arbeidsongeschikte* werknemer. Voor deze werknemers geldt de regeling IVA (Inkomens Voorziening Arbeidsongeschikten). Men ontvangt dan een uitkering welke 75% is van het laatstverdiende loon (Loonstra, 2007).

2.2 Arbodiensten, bedrijfsartsen en de sociaal-medische begeleiding

Met de invoering van de WIA is de verantwoordelijkheid van de werkgever ten opzichte van zijn zieke werknemer toegenomen. Het is belangrijk dat zieke werknemers goed begeleid worden, zodat ze zo snel mogelijk weer aan het werk kunnen gaan. Het is dus aan te raden dat bedrijven een deskundige dienst inschakelen voor de preventie en begeleiding van zieke werknemers.

Arbodiensten hebben verschillende professionals in dienst die gespecialiseerd zijn in de begeleiding van zieke werknemers. De belangrijkste professional bij de arbodienst is de bedrijfsarts (ofwel arbo-arts), daarnaast kunnen er bijvoorbeeld bedrijfsverpleegkundigen, bedrijfsmaatschappelijk werkers en bedrijfspsychologen werkzaam zijn bij arbodiensten. In eerste instantie komen 'zieke' werknemers in contact met de bedrijfsverpleegkundigen. Deze verpleegkundigen maken een voorselectie, werknemers met complexe, onduidelijke problemen waarvan wordt geschat dat ze langer gaan duren dan gemiddeld worden doorgestuurd naar de bedrijfsarts. Kort gezegd is de bedrijfsarts verantwoordelijk voor het beoordelen of werknemers terecht verzuimen en om ze vervolgens te begeleiden bij de terugkeer naar de werkvloer. De bedrijfsarts probeert de werknemers in eerste instantie te begeleiden bij de terugkeer naar de eigen werkplek. Als dit echter niet lukt, zal er gekeken worden naar een andere geschikte werkplek in het eigenlijke bedrijf of indien nodig in een ander bedrijf. Het werk van bedrijfsartsen bestaat voornamelijk uit het voeren van gesprekken met de zieke werknemers. Daarnaast houdt de bedrijfsarts contact met de werkgever en eventuele andere hulpverleners, zoals huisartsen, psychologen en gespecialiseerde artsen (Meershoek et al., 2004).

In dit onderzoek staat het werk van de bedrijfsarts met niet-westerse allochtone werknemers centraal. De nageproefde definitie van het werk van de bedrijfsarts, de sociaal-medische begeleiding van zieke werknemers, die in het vervolg zal worden gebruikt, luidt als volgt:

'De sociaal-medische begeleiding (SMB) omvat het totaal aan inspanningen van het bedrijf, de arbodienst en de curatieve gezondheidszorg, om samen met de betrokken werknemer zijn belasting-belastbaarheidbalans in evenwicht te houden dan wel te krijgen' (Poppel & Kamphuis, 2003).

Uit de definitie blijkt dat er verschillende partijen betrokken zijn bij de sociaal-medische begeleiding (in het vervolg afgekort tot SMB): arbodiensten, curatieve gezondheidszorg, het bedrijf, en de werknemer. In dit onderzoek staat het contact tussen de bedrijfsartsen en de niet-westerse allochtone werknemers centraal. Met de belasting-belastbaarheidbalans wordt gekeken hoeveel werknemers kunnen werken die bijvoorbeeld last hebben van psychische of lichamelijke gebreken/problemen. Verder blijkt uit de definitie dat het niet enkel gaat om reïntegratie activiteiten, maar ook om preventieve activiteiten.

2.3 Kwaliteitszorg een 'hot item'

Met de invoering van de marktwerking in de gezondheidszorg is er veel aandacht gekomen voor het leveren van kwaliteit in de zorgsector. Zorginstellingen moeten met elkaar gaan concurreren. Naast prijs is kwaliteit één van de belangrijkste facetten waar zorginstellingen zich mee kunnen onderscheiden van de concurrent.

Er zijn verschillende definities over kwaliteit van zorg, de theoretische definitie volgens Harteloh en Casparie (2003) luidt als volgt: *'Er is sprake van kwaliteit, indien er een optimale verhouding bestaat van ervaringen ten opzichte van verwachtingen met betrekking tot een bepaald aspect van de (gezondheids)zorg'*. Deze definitie maakt duidelijk dat kwaliteit een abstract begrip is waar verschillende invullingen aan kunnen worden gegeven. Verder is kwaliteit ook een subjectgebonden begrip. Daarmee wordt bedoeld dat de concrete invulling van het begrip persoonsgebonden is. Daarnaast wordt in de literatuur aangegeven dat kwaliteit een primitief (primaire) begrip is. Iedereen heeft wel een beeld van wat kwaliteit is, maar het is heel moeilijk om dit eenduidig te verwoorden. Als laatste is op te merken dat het belangrijk is dat een subject (persoon, cliënt) een vergelijking maakt tussen verwachtingen en belevingen om een oordeel te geven aan de kwaliteit van het object (zorg). Kwaliteit ontstaat dus als er sprake is van interactie tussen een subject en object (Harteloh en Casparie, 2003).

Naast een theoretische definitie van kwaliteit geven Harteloh en Casparie (2003) ook een empirische definitie van kwaliteit, deze luidt als volgt: *'De mate waarin gezondheidszorg zowel voor het individu als voor de bevolking de kans vergroot op gewenste uitkomsten en waarbij de verleende zorg in overeenstemming is met gangbare medische kennis en inzichten'*. Deze definitie wordt in de praktijk vaker toegepast, omdat hierbij sprake is van een zogenaamde empirische schaal. Anders gezegd; er kan een maat gegeven worden aan kwaliteit, waardoor kwaliteit dus een meetbaar begrip wordt.

Het bovengenoemde begrip kwaliteit krijgt een invulling in de praktijk als er wordt gekeken naar kwaliteitszorg. Het begrip kwaliteitszorg duidt op een verzameling van methoden en technieken om de kwaliteit van de desbetreffende zorg te bewaken en te bevorderen. Bij kwaliteitsbewaking gaat het erom dat er wordt gekeken of een product, proces of dienst voldoet aan de eisen die vooraf zijn opgesteld. Bij kwaliteitsbevordering gaat het meer om het verbeteren van de technieken en activiteiten die worden toegepast bij een product of tijdens een proces (Harteloh en Casparie, 2003).

Door de invoering van de marktwerking kunnen mensen nu een bewustere keuze gaan maken waar zij naartoe gaan met hun zorgbehoeften. Voor zorginstellingen is het dus van belang dat zij aan kunnen tonen dat de zorg die zij leveren van een goede kwaliteit is. Om het voor (potentiële) klanten inzichtelijker te maken wat de kwaliteit van zorginstellingen is, worden er steeds meer keurmerken ingevoerd. Eén van de meest bekende keurmerken in de zorg is het Harmonisatie Kwaliteit Zorg Stichting-Keurmerk beter bekend als het HKZ-keurmerk. De stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector heeft kwaliteitseisen opgesteld op het gebied van de gezondheidszorg en welzijn. In de vorm van certificatieschema's worden deze beschikbaar gesteld voor organisaties. De schema's zijn afgeleid van de internationale norm voor kwaliteitsmanagementsystemen: ISO 9001. De meerwaarde van de certificatieschema's ten opzichte van de ISO 9001 norm is dat deze ook inhoudelijke eisen stelt aan de desbetreffende organisaties (keurmerkinstaat, 2007).

Er zijn verschillende manieren om de kwaliteit te verbeteren en wellicht een keurmerk in de wacht te slepen. De verschillende aandachtsgebieden waaraan gedacht kan worden als het gaat over kwaliteitsbevordering zijn bijvoorbeeld: beleid en strategie, protocollen en procedures, personeelsbeleid, cliëntenparticipatie, samenwerking, veiligheid enzovoort (Sluijs en Keijser, 2007).

2.4 Richtlijn als instrument voor kwaliteitsverbetering

In Nederland wordt in de gezondheidszorg veel gebruik gemaakt van richtlijnen. Deze moeten bijdragen aan het bevorderen van de kwaliteit van de zorg. Het idee is dat voorgeschreven wordt hoe in een bepaalde situatie een gewenst effect bereikt kan worden. Door het gebruik van een richtlijn hoopt men het verschil tussen het gewenste en daadwerkelijke effect/uitkomst zo klein mogelijk te maken. Het nut van deze richtlijnen is dat ze zorgen voor standaardisatie van behandelingen en dat cliënten dus niet meer afhankelijk zijn van de werkwijze van de individuele hulpverlener (Smeyers, 2006). Een andere reden voor het protocolleren van zorgprocessen is dat de praktijk van de hulpverlener transparanter wordt. Dit is bijvoorbeeld handig voor buitenstaanders, bijvoorbeeld managers, die de professionals zo beter kunnen beoordelen op hun werkwijze en prestaties. Aan richtlijnen zitten echter ook nadelen. Professionals kunnen zich klemgezet voelen, de naleving van protocollen kost veel tijd terwijl ze deze tijd liever besteden aan zorg op maat leveren voor de cliënt.

2.5 Kwaliteit in de Arbo-zorgverlening

De arbodiensten en de bedrijfsartsen moeten in Nederland voldoen aan een aantal eisen en regels die de kwaliteit van de sociaal-medische begeleiding zoveel mogelijk proberen te waarborgen. Voor het bewaken van de kwaliteit zijn een aantal instrumenten beschikbaar. Hieronder wordt aangegeven

welke instrumenten worden gebruikt voor de bewaking van de kwaliteit bij arbodiensten en voor bedrijfsartsen in het bijzonder.

De Nederlandse overheid eist van arbodiensten dat ze gecertificeerd zijn. Het 'certificaat arbodiensten' wordt aan een arbodienst afgegeven als ze voldoen aan verschillende eisen. De normering waaraan arbodiensten moeten voldoen stelt onder andere regels ten aanzien van deskundigheid, organisatie en kwaliteit van de dienstverlening (arbeidsinspectie, 2007). De eisen die aan de normering ten grondslag liggen, zijn vastgelegd in de Arbo-wet, Arbobesluit en Arboregeling. De arbodiensten worden getoetst door onafhankelijke private instelling, die door het ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid zijn erkend (Loonstra, 2007). Daarnaast kan een arbodienst er voor kiezen om zich te certificeren volgens de ISO normen (Arbomed, 2006).

De bedrijfsarts die in dienst is van een Arbodienst dient ook rekening te houden met een aantal eisen waaraan moet zijn voldaan om het beroep uit te mogen oefenen. Allereerst moet de bedrijfsarts opgeleid zijn als basisarts en vervolgens opgeleid en geregistreerd zijn als sociaal-geneeskundige met het specialisme Arbeid en Gezondheid. Daarnaast moet een bedrijfsarts voldoen aan de gestelde eisen voor specialisatie en registratie, zoals die door het College voor Sociale Geneeskunde (SCG) zijn geformuleerd (NVAB, 2004). Andere middelen die de kwaliteit van de bedrijfsartsen moeten garanderen zijn de beroepscode bedrijfsartsen en het statuut bedrijfsartsen. In de beroepscode worden onder andere gedragsregels beschreven waaraan de bedrijfsarts zich moet houden. De beroepscode moet bijdragen aan meer duidelijkheid over de professie van de bedrijfsarts (NVAB, 1989). Het professionele beroepsstatuut van de bedrijfsarts is gericht op de specifieke beroepsuitoefening van de arts. In dit statuut staat onder andere beschreven wat de verantwoordelijkheden zijn van de bedrijfsarts en wat de plichten van de bedrijfsarts zijn tegenover bijvoorbeeld werkgever en cliënt. In het statuut staat nadrukkelijk aangegeven dat het document verbonden is met het kwaliteitssysteem van de Arbodiensten. Verder moeten bedrijfsartsen zich ook houden aan de volgende wettelijke regelingen: de Wet op de Geneeskundige Behandeling Overeenkomst (WGBO), Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG), de Wet op de Medische Keuringen (WMK), de sociale verzekeringswetgeving en de geheimhoudingsplicht (NVAB, 2003). Deze wetgeving heeft als doel de kwaliteit van de arbozorg zoveel mogelijk te waarborgen.

Richtlijnen en intercollegiale toetsing kunnen ook gezien worden als instrumenten om de kwaliteit van de arbo-zorgverlening te garanderen. Op dit moment zijn er richtlijnen opgesteld in de volgende categorieën: psyche, huid, bewegingsapparaat, luchtwegen, zintuigen en overige. In de categorie zintuigen zijn bijvoorbeeld richtlijnen opgesteld voor oogonderzoek bij beeldschermmedewerkers en een richtlijn preventie beroepslethargendheid. Richtlijnen in de arbo-zorgverlening worden door de NVAB opgesteld. Deze worden gemaakt door projectteams waar bedrijfsartsen met wetenschappelijke en praktijk ervaring in zitten. Deze projectteamleden inventariseren allereerst de knelpunten in de praktijk, waarna ze door middel van literatuuronderzoek na gaan welke aanpak de beste is. Deze manier van zoeken naar de beste aanpak wordt aangegeven als Evidence Based Medicine (EBM). Vervolgens wordt de ontworpen richtlijn getest in de praktijk gedurende drie maanden en daarop volgend vindt er een evaluatie plaats, waarna eventuele aanpassingen aan de richtlijn kunnen worden gemaakt (NVAB, 2005). Er bestaat ook een protocol Sociaal Medische Begeleiding. In dit protocol staan de rechten en plichten van werkgevers, werknemers, arbodiensten en andere betrokkenen bij het ziekteverzuimbeleid. Daarnaast zijn er ook procedurele leidraden opgesteld door de Nederlandse Vereniging Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB, 2007). Daarbij kan gedacht worden aan een leidraad voor preventief medisch onderzoek van werkende (NVAB, 2007).

Als laatste kan genoemd worden dat sinds de invoering van de herregistratie in de sociale geneeskunde eind 1998 de Intercollegiale Toetsing (ICT) verplicht is. Intercollegiale toetsing kan worden gezien als onderdeel van de deskundigheidsbevordering, waarbij specialisten of andere professionals die werkzaam zijn in dezelfde branche het handelen van de desbetreffende bedrijfsarts reflecteren. In het kaderbesluit dat door het College Sociale Geneeskunde (CSG) is opgesteld, wordt vermeldt dat de intercollegiale toetsing moet voldoen aan eisen die door wetenschappelijke verenigingen zijn opgesteld (NVVG, 2005).

2.6 Verbetering van de SMB van niet-westerse allochtonen

Al eerder werd beschreven dat er onder niet-westerse allochtonen een relatief groter ziekteverzuim is dan onder autochtonen werknemers. Ook is er sprake van oververtegenwoordiging van niet-westerse allochtonen in de WAO/WIA. Eén van de oorzaken die hiervoor wordt gegeven is dat de arbozorg niet goed afgestemd is op een etnisch diverse beroepsbevolking. Hieronder zal kort worden toegelicht wat er al gedaan is op het gebied van de geschetste problematiek en ook zal er kort aandacht worden gegeven aan de huidige ontwikkelingen.

Zoals in de inleiding al werd aangehaald zijn verschillende organisaties betrokken bij de problematiek, Pacemaker, arbodiensten, NVAU e.a. In de afgelopen jaren hebben verschillende organisaties zich bezig gehouden met het onderwerp arbeid en etnische diversiteit. Deze organisaties zijn onder andere het reïntegratie platform Stecr, FORUM; instituut voor multiculturele ontwikkeling, PSW (arbeidsmarktadvies) en Pacemaker. Vanaf 2003 is er een ontwikkeling gaande waarin men steeds meer aandacht wil krijgen voor de SMB van allochtone werknemers. Door Stecr is in 2003 een rapport opgesteld waarin de aanzet werd gegeven tot een discussie over de SMB van allochtonen. Dit document is tevens ook bedoeld om arbo-professionals en directeurs van arbodiensten te stimuleren tot een adequaat aanbod van SMB aan allochtone cliënten. In de zomer van 2006 is Pacemaker begonnen met het project: 'etnische diversiteit in de arbo-zorgverlening'. Het doel van dit project is om de arbozorg beter af te kunnen stellen op een etnisch diverse beroepsbevolking. Dit willen we realiseren door meer kennis te verwerven, waarmee professionals de kwaliteit van de zorgverlening aan allochtonen kunnen verbeteren. Een deelproject hiervan is om een richtlijn te ontwerpen waarin specifieke uitgangspunten, criteria, tips en handelingsopties voor een goede SMB van allochtonen beschreven staan. De looptijd van het project is van september 2007 tot september 2008. In de zomer van 2008 zijn de eerste contacten met arbodiensten gemaakt die graag mee willen werken aan de ontwikkeling van een richtlijn, zodat zij de kwaliteit van de zorg aan allochtonen kunnen verbeteren. Samen met arbodiensten probeert Pacemaker de kennis in kaart te brengen die nodig is voor het opstellen van een dergelijke richtlijn.

Bij de ontwikkeling van meer kennis op het gebied van etnische diversiteit in de arbo-zorgverlening richt Pacemaker zich op de zogeheten 'niet-westerse allochtoon'. De definitie die het Centraal Bureau voor de Statistiek voor het begrip allochtoon hanteert is: 'een persoon van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren'. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen personen die zelf in het buitenland zijn geboren (de eerste generatie) en personen die in Nederland zijn geboren (de tweede generatie). Deze definitie is zeer breed; heel veel Nederlanders vallen hieronder. Daarom maakt het CBS onderscheid tussen twee categorieën allochtonen: westers en niet-westers. Tot de categorie 'niet-westers' behoren allochtonen uit Turkije, Afrika, Latijns-Amerika Azië, met uitzondering van Japan en Indonesië. Op grond van hun sociaal-economische en culturele positie worden allochtonen uit deze twee landen tot de westerse allochtonen gerekend. Het Nederlandse integratiebeleid is vooral gericht op niet-westerse allochtonen (art. 1, 2004). Bij dit onderzoek worden in het vervolg dus de niet-westerse allochtone werknemers bedoeld als er wordt gesproken over allochtone werknemers.

2.7 Samenvatting

In dit hoofdstuk is allereerst kort uiteengezet hoe de arbo-zorgverlening in elkaar zit. Vervolgens is het belang van de verbetering van de kwaliteit van de zorg aangehaald. Voor de arbo-zorgverlening geldt dat het van belang is dat de SMB van allochtone werknemers verbeterd moet worden. Pacemaker wil in samenwerking met verschillende arbodiensten de kwaliteit van de SMB van allochtone werknemers verbeteren door middel van de ontwikkeling van een richtlijn. Een richtlijn is volgens Pacemaker en arbodiensten noodzakelijk om de kwaliteit van de SMB aan allochtonen te bevorderen en te bewaken.

3. Knelpunten uit de literatuur

Volgens Pacemaker (2006) is een goede begeleiding door de bedrijfsarts van belang om ervoor te zorgen dat allochtone werknemers minder verzuimen van het werk en minder snel in de WAO/WIA terecht komen. Er zijn de afgelopen jaren verschillende rapporten opgesteld over arbeidsongeschiktheid en etniciteit en de problemen die hieruit volgen (Poppeel & Kamphuis, 2003; Hijmans, 2003; Meershoek et al., 2004 e.a.). Daarnaast zijn er artikelen te vinden over etnische diversiteit op andere terreinen in de gezondheidszorg (Visser, 2005; Schaatsma, 2002 e.a.). In dit hoofdstuk zullen de knelpunten (ook wel aangegeven als problemen en/of valkuilen) worden beschreven die gesignaleerd zijn bij de begeleiding van allochtone werknemers in de arbozorg en in de (eerstelijns) gezondheidszorg. De geconstateerde problemen in de eerstelijns gezondheidszorg die naar waarschijnlijkheid ook een rol spelen in de arbo-zorgverlening zijn meegenomen in de knelpunten analyse.

Bij het bestuderen van de bestaande literatuur is gebleken dat er veel verschillende knelpunten zijn waar bedrijfsartsen mee te maken krijgen bij de sociaal-medische begeleiding van allochtone werknemers. Deze knelpunten verschillen in omvang en in soort. Zo zijn er bijvoorbeeld specifieke ziektebeelden die bij allochtonen voorkomen, maar waar nog weinig over bekend is, waardoor het stellen van een goede diagnose wordt bemoeid. Op organisatorisch gebied worden heel andere soort problemen ervaren. Allochtonen zijn bijvoorbeeld vaak niet of slecht bekend met het werk van de bedrijfsarts.

Om de knelpunten zo systematisch mogelijk te beschrijven is er voor de volgende indeling voor de beschrijving van de knelpunten gekozen; communicatie, sociaal-culturele context, onbegrepen gezondheidsklachten, arbeidsomstandigheden en organisatorische factoren. Sommige knelpunten zijn lastiger in te delen in een categorie, omdat een knelpunt bijvoorbeeld in meerdere categorieën een rol van betekenis speelt. De plaatsing van een knelpunt in een categorie wil dus niet zeggen dat het gesignaleerde probleem geen rol van betekenis heeft in de overige categorieën.

3.1 Communicatie

Communicatie speelt een belangrijke rol in het werk van de bedrijfsarts. Het werk van bedrijfsartsen bestaat voornamelijk uit het voeren van gesprekken met (zieke) werknemers (Meershoek et al., 2004). Een goede communicatie tussen bedrijfsarts en zijn cliënt is noodzakelijk voor het stellen van een juiste diagnose. Bovendien bevordert een goede communicatie tussen bedrijfsarts en cliënt het genezingsproces. Hijmans (2002) stelt in zijn onderzoek dat ook dat een gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal door allochtonen een belangrijke hinderpaal is bij een goede sociaal-medische begeleiding. Als er sprake is van misverstanden die veroorzaakt worden door een onvolledige communicatie wordt er gesproken van miscommunicatie. Uit het onderzoek van Poppeel & Kamphuis (2003) blijkt dat bij de SMB van allochtone werknemers geldt dat er zowel tijdens het contact tussen werknemer en de bedrijfsarts in het spreekuur als wel bij de afname van schriftelijke enquêtes sprake kan zijn van miscommunicatie. Belangrijk om hierbij op te merken is dat het begrip communicatie verder reikt dan alleen de beheersing van de Nederlandse taal. Uit onderzoek van het platform Steer (2003) blijkt dat bij communicatie om de interpretatie van een boodschap gaat. Daarbij zijn non-verbaal gedrag (kledingskeuze, lichaamstaal), taalkenmerken (stemhoogte, spreekritme, intonatie), beeldvorming en attitude ook van belang (Steer, 2003).

3.1.1 De taalbarrière

De taalbarrière heeft een grote impact op de communicatie tussen bedrijfsartsen en allochtone cliënten. Een slechte beheersing van de Nederlandse taal staat een goede begeleiding in de weg

(Steer, 2003). Als cliënten hun klachten niet goed onder woorden kunnen brengen, is het voor de bedrijfsarts lastig om een goede anamnese af te nemen en vervolgens de juiste diagnose en een passend behandelplan op te stellen.

Verder beperkt de taalbarrière ook op andere manieren een goede SMB van allochtone werknemers. Een voorbeeld; in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) wordt gesteld dat patiënten op een adequate wijze voorgelicht moeten worden over hun ziekte en de behandelingsmogelijkheden (Giessen & Zandbergen, 2006). Het idee hierachter is dat cliënten mee kunnen denken en beslissen over de behandeling van de ziekte (KNAW, 2006). Bij allochtone cliënten die de Nederlandse taal niet of nauwelijks beheersen zorgt dit voor een probleem. Op welke manier moet de bedrijfsarts een allochtone werknemer, welke de Nederlandse taal niet of nauwelijks beheerst, inlichten over zijn/haar ziekte en de mogelijkheden voor behandeling?

Het gebruik van tolken wordt in de literatuur vaak als oplossing aangedragen. Het gebruik van tolken kan ook negatieve effecten hebben. Hijmans (2002) merkt in zijn onderzoek op dat ingeschakelde of door de cliënt meegebrachte tolk (meestal een familielid) soms slecht of onvolledig vertalen. Bedrijfsartsen hebben in hetzelfde onderzoek van Hijmans (2002) aangegeven dat ze ervaring hebben met tolken die partijdig zijn en/of op treden als belangenbehartiger van de allochtone werknemer. Dergelijke tolken worden door Hijmans (2002) aangeduid als 'tolk met koffertje'. Poppel & Kamphuis (2003) voegen hieraan toe dat het inschakelen van tolken als tijdrovend en onpraktisch wordt ervaren door bedrijfsartsen.

3.1.2 Verschillende soorten miscommunicatie

Zoals hierboven al kort werd aangehaald, zorgt niet alleen mondelinge communicatie voor miscommunicatie. De slechte beheersing van de schriftelijke taal zorgt ook voor problemen. Uit onderzoek van Poppel & Kamphuis (2003) blijkt dat bij het afnemen van Periodiek Arbeids Gezondheidskundig Onderzoek (PAGO) de slechte beheersing van de schriftelijke taal een belemmerende factor is. Aangegeven werd dat vragen soms bedreigend over kunnen komen en dat allochtone werknemers moeite hebben met het geven van ontkennende antwoorden. Daarnaast kost het volgens Poppel & Kamphuis (2003) cliënten die de Nederlandse taal niet goed beheersen ook veel moeite om de vragen op de juiste manier te interpreteren.

Opmerkelijk is dat uit een onderzoek naar diversiteit in de huisartsen praktijk blijkt dat de communicatie tussen huisartsen en tweede generatie allochtonen vaak slecht verloopt. Een verklaring die hiervoor wordt gegeven door Visser (2005), is dat deze categorie allochtonen letterlijk leeft tussen twee culturen. Het is voor hen lastig om te kiezen tussen de culturen. Er wordt benadrukt dat de huisarts extra alert moet zijn bij deze groep, ondanks dat deze mensen veelal goed Nederlands spreken. Het gevaar is dat de arts denkt dat de cliënt zijn/haar verhaal goed volgt en begrijpt, maar dat blijkt in de praktijk tegen te vallen (Visser, 2005). Omdat het werk van huisartsen en bedrijfsartsen op het gebied van een goede anamnese afnemer veel overeenkomsten vertoont, is het aannemelijk dat deze vorm van miscommunicatie ook geldt voor de bedrijfsartsen.

3.2 Sociaal-culturele context

In de literatuur die bestudeerd is, valt op te maken dat veel van de knelpunten te maken hebben met maatschappelijke en levensbeschouwelijke aangelegenheden. Hiermee wordt bedoeld dat de manier waarop verschillende culturele groepen één samenleving vormen, kan zorgen voor botsingen tussen of binnen deze groepen. Elke cultuur heeft namelijk zijn 'eigen' kenmerkende leefstijl, waarden en normen, tradities, opvattingen enzovoort. Als tijdens het begeleidingsproces blijkt dat bedrijfsarts en allochtone cliënt verschillen over de opvatting van medicijn gebruik, wat gedeeltelijk cultureel en sociaal bepaald is, dan kan dit aanleiding zijn voor een conflict. Het is van belang om dit soort

conflicten tussen verschillende sociale en culturele opvattingen te voorkomen, zodat het genezingsproces zo min mogelijk wordt benadeeld.

3.2.1 Onbekendheid van sociaal-culturele achtergrond van cliënten door bedrijfsarts

Uit het onderzoek van Hijmans (2002) valt op te maken dat bedrijfsartsen vaak niet of slecht bekend zijn met cliënten die een andere sociale of culturele achtergrond hebben. Dit kan gevolgen hebben voor de begeleiding van cliënten die bijvoorbeeld andere normen en waarden erop nahouden als de bedrijfsarts. Het niet herkennen of zelfs het ontkennen van culturele en sociale verschillen kan voor onbegrip en ontevredenheid zorgen bij cliënten, wat de begeleiding niet ten goede komt. Een andere bejegening en andere omgangsvormen spelen ook een rol als het gaat om het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de cliënt. Een voorbeeld hiervan is het schudden van de ander zijn hand bij de kennismaking. In Nederland is dit een gewoonte, maar in andere culturen wordt deze gewoonte niet gewaardeerd of is het zelfs verboden.

3.2.2 Therapietrouw

Uit onderzoek van Bijl, Grypdonck & Jong (2007) is gebleken dat vooral mensen met een lage Sociaal Economische Status (SES) en allochtonen slechter zijn dan de gemiddelde Nederlandse bevolking in zelfmanagement bij ziekte. Met zelfmanagement wordt de mate waarin mensen adequate om kunnen gaan met hun ziekte bedoeld. Als oorzaak voor het slechtere zelfmanagement worden onder andere aanpassing- en integratiefactoren ten aanzien van een nieuwe cultuur genoemd. Ook achterstand op scholing, taal en inkomen staan adequate zelfmanagement in de weg (Bijl, Grypdonck & Jong, 2007). Een voorbeeld waarin therapietrouw een belangrijke rol speelt is tijdens de Ramadan. Gedurende deze periode vasten moslims vanwege geloofsovertuiging. In de koran staat dat zieke mensen vrijstelling kunnen krijgen voor het vasten tijdens de ramadan, zodat zij onder andere hun medicijnen in kunnen nemen. Toch zijn er medicijngebruikers die desondanks mee willen doen aan het vasten. Religieuze en sociale factoren zouden bij deze beslissing van belang zijn. Het gevolg is dat mensen het medicijngebruik naar eigen inzicht aanpassen, waarbij men gezondheidsrisico's kan oplopen (Ramadan-medicijnen, 2005). Poppel & Kamphuis (2003) geven aan: dat in de praktijk blijkt dat 60-80% van de moslims tijdens de ramadan therapieontrouw handelt.

3.2.3 Ziektebeleving en gedrag

Opvallend vaak werd in de geraadpleegde literatuur het verschil in ziektebeleving en gedrag aangehaald. Poppel & Kamphuis (2003) zeggen hierover dat allochtone werknemers zwart/wit denken over ziek zijn. Je bent of ziek óf gezond, er is geen tussenweg. Dit wordt ook wel de aangeduid met de absolute ziekerol. Verder wordt aangegeven dat het bij allochtone werknemers vaker voorkomt dat medicijnen en hulpmiddelen worden gezien als legitimatie voor ziek zijn. Zolang een werknemer medicijnen slikt is hij niet in staat om terug te keren naar het werk. Ook het overdreven presenteren van klachten heeft waarschijnlijk te maken met verschil in ziektegedrag (Poppel & Kamphuis, 2003). Het is goed denkbaar dat het in andere culturen normaal is om de klachten, wat wij zouden kenmerken als overdreven, te presenteren. Als er geen rekening wordt gehouden met deze, voor een groot deel cultureel bepaalde, andere kachterpresentatie en belevingen kan dit voor misverstanden zorgen. De bedrijfsarts kan dan bijvoorbeeld het overdreven ziektegedrag niet serieus nemen, omdat hij/zij van mening is dat de werknemer zich aanstelt.

¹ Dat beide groepen in deze studie zijn samengevoegd heeft te maken met de overlap die er bestaat tussen beide groepen. Het aantal mensen met een lage SES is bij de meeste allochtone bevolkingsgroepen hoger dan onder de autochtone Nederlanders.

3.2.4 Stigmatisering en vooroordelen

In de literatuur wordt aangegeven dat er vooroordelen bij artsen zijn over bepaalde culturen (Hijmans, 2002). Elke cliënt die bij de bedrijfsarts komt is uniek, maar vaak worden mensen niet zo benaderd. Als de begeleiding slecht verloopt worden problemen veelal herleid op culturele omstandigheden. Meershoek et al. (2004) concludeert in zijn onderzoek dat als er problematische ervaringen in de praktijk met allochtone cliënten voordoen, etniciteit wordt opgevat als een geheel van vaststaande kenmerken of eigenschappen van het 'allochtoon' zijn. Daar tegenover staat dat als de begeleiding naar verwachting verloopt het begrip etniciteit een heterogeen en veranderlijk karakter heeft. Blijkbaar heeft het verloop van de begeleiding dus een grote impact op hoe er over etniciteit wordt gedacht door bedrijfsartsen. Het negatieve karakter wat gegeven wordt aan het begrip etniciteit door het labelen van cliënten als wel/geen allochtone cliënt duidt op stigmatisering. Vooroordelen als; allochtonen werken slecht mee of willen niet luisteren, liggen aan deze stigmatisering ten grondslag.

3.3 Onbegrepen gezondheidsklachten

Het niet op tijd herkennen van specifieke gezondheidsklachten van allochtone werknemers zorgt voor problemen bij de sociaal-medische begeleiding. Het gaat hierbij niet alleen om het niet herkennen van ziektebeelden, maar ook zeker als taboe op psychische klachten en de woon-woonsituatie spelen hier een rol.

3.3.1 Specifieke ziektebeelden

Het niet (op tijd) herkennen van specifieke ziektebeelden die bij allochtonen werknemers voor kunnen komen, speelt een rol bij de problematiek. Het gevaar bij deze onbekende ziekten is dat artsen vage klachten niet kunnen plaatsen en sneller kunnen gaan denken dat cliënten zich aanstellen. Vooral als de cliënt ook nog eens slecht de Nederlandse taal beheerst kan dit voor misverstanden zorgen. Op dit moment is er nog weinig aandacht voor de specifieke epidemiologie van allochtone werknemers. Uit eerdere expertmeetings (2005) blijkt overigens wel dat bedrijfsartsen hier meer over willen weten, ze geven aan hun kennis te willen vergroten. Kennis uitbreiding is hierbij noodzakelijk, omdat het niet herkennen van specifieke ziektebeelden leidt tot onderdiagnostiek.

Voor de allochtonen geldt dat zij een hogere kans hebben om bepaalde infectieziekten op te lopen, bijvoorbeeld als zij hun moederland bezoeken. Sommige van deze ziekten kunnen zich pas later openbaren als men weer in Nederland is. Daarnaast komen recessief overdraagbare aandoeningen, zoals sikkelcelanemie en thalassemie, onder allochtonen ook relatief vaker voor. Dit heeft voornamelijk te maken met het feit dat huwelijken tussen familieleden niet ongewoon zijn in sommige niet-westerse landen. Sikkelcelanemie en thalassemie zijn twee vormen van een veelvoorkomende erfelijke ziekte aan het eiwit hemoglobine. De meest ernstige klachten bij deze aandoening zijn verstopping van de kleine bloedvaten. De oorzaak van de aandoening is niet te behandelen, klachten kunnen onder andere met antibiotica worden verminderd (Oscar Nederland, 2005). Een andere relatief onbekende ziekte is de ziekte van Behçet welke een hoge incidentie kent in landen als India en Turkije. De klachten die bij deze ziekte horen openbaren zich aanvalsgewijs. De oorzaak hiervan is niet bekend, maar een snelle behandeling is hier wel noodzakelijk (Pacemaker, 2005).

3.3.2 Somatisering

Een belangrijk begrip wat gedeeltelijke ook te maken heeft met de categorie ziektebeleving en gedrag, is somatisering. Met de term somatisering wordt bedoeld dat mensen bepaalde symptomen ten onrechte aan een lichamelijke aandoening toewijzen en daarvoor medische hulp zoeken (BPV, 2007). Voor de bedrijfsarts houdt dit in dat cliënten met lichamelijke klachten komen, waar in eerste

instantie geen oorzaak voor aan te wijzen is. Poppel & Kamphuis (2003) schrijven in hun onderzoek dat allochtonen zich relatief vaak uiten door middel van lichamelijke klachten, oorzaak van de klachten wordt echter zelden gevonden. Ook Hijmans (2002) geeft aan dat allochtonen verhoudingsgewijs vaker niet-objectiveerbare klachten vertonen als autochtonen. Daarbij wordt ook vermeld dat psychische klachten, maar zelden als hoofdklacht worden benoemd door allochtone cliënten. Het somatiseren van psychische of psychosomatische problematiek speelt een belangrijke rol bij allochtone cliënten. Een reden voor het somatiseren van psychische klachten kan zijn dat er vaak een taboe rust op psychische klachten (Pacemaker, 2005). Een andere verklaring die Hijmans (2002) geeft is dat het in andere culturen niet vanzelfsprekend is dat lichamelijke klachten een psychische achtergrond kunnen hebben, en dat het bedrijfsartsen veel moeite kost om dit uit te leggen. In het zelfde onderzoek van Hijmans wordt gesteld dat vooral voor vrouwen geldt dat eenzaamheid, heimwee en isolement als ziekmakende factoren worden gezien. Volgens bedrijfsartsen worden de klachten vaak overdreven gepresenteerd om zo erkenning te krijgen van de arts (Hijmans, 2002). Het probleem is dat vaak geen medische oorzaak gevonden kan worden voor klachten. De culturele en sociale context waarin de klachten zich openbaren speelt hier blijkbaar ook een rol van betekenis.

3.3.3 Stress als ziekmakende factor

Volgens het platform Steer (2003) wordt stress bij allochtone werknemers gezien als de meest voorkomende specifieke reden van arbeidsongeschiktheid. Factoren als acceptatie, waardering, communicatie en discriminatie spelen hierbij een rol. Specifiek voor allochtonen geldt dat de manier waarop ze met stress omgaan, ook wel 'coping' genoemd, leidt tot arbeidsongeschiktheid. De 'token-status' wordt gezien als een belangrijke factor die bijdraagt aan stress. Het begrip token duidt op: 'groepen mensen die numeriek in een minderheidspositie verkeren.' Het tegenovergestelde begrip 'dominants' duidt de groep die in de meerderheid is in een samenleving aan. In dit geval worden de autochtone werknemers aangeduid als de zogenaamde 'dominants' en de allochtone werknemers als de 'tokens'. Deze status heeft een aantal gevolgen: de tokens zijn duidelijk zichtbaar, de dominants verwachten dat de tokens loyaal zijn en de status van een token wordt gelijk getrokken met de lage status van de 'stereotype token' (Steer, 2003).

Verder wordt door van Poppel & Kamphuis (2003) gesteld dat allochtonen vaker last hebben van lichamelijke belasting en psychische problemen ten gevolge van cultuurverschillen en familiestructuren. Druk om geld te verdienen voor achtergebleven familie kan ervoor zorgen dat men te hard werkt en daardoor last krijgt van psychische en lichamelijke klachten. Ook zorgt het gevoel dat men zich dubbel moeten bewijzen een rol bij het ontstaan van stress. Vaak hebben deze mensen ook laaggeschoold en zwaar werk, waardoor ze lichamelijk en psychische extra belast worden in vergelijking met autochtonen werknemers. Spanningen tussen de traditionele waarden en normen uit het land van herkomst en de modernere opvatting van de tweede generatie allochtonen speelt volgens Hijmans (2003) ook een rol bij het ontstaan van psychische klachten.

3.3.4 De invloed van de leef- en woonsituatie

De leef- en woonsituatie zijn twee belangrijke factoren die bijdragen aan het ziekteverzuim onder allochtone werknemers. Volgens Poppel & Kamphuis (2003) kunnen de leef- en woonsituatie bijdragen aan de verstoring van de belasting&belastbaarheidbalans. Verder wordt genoemd dat er vaak niet wordt gekeken naar de context van problemen, terwijl dit wel van belang zou zijn om een goede begeleiding mogelijk te maken. Voor iemands gezondheid is het bijvoorbeeld niet bevorderlijk als deze woont in een slechte woning, zonder verwarming.

3.4 Organisatorische factoren

In de literatuur die geraadpleegd is, worden ook enkele problemen beschreven die te maken hebben met de organisatie van de zorg en dan vooral van de arbozorg. Artsen en onderzoekers zien deze problemen als één van de oorzaken waarom de SMB van allochtone werknemers (nog) niet optimaal verloopt. Hierbij valt te denken aan bijvoorbeeld de onbekendheid van arbodiensten en bedrijfsartsen onder allochtonen, maar ook aan praktische zaken als hoeveel tijd er beschikbaar is per cliënt.

3.4.1 Onbekendheid met arbo-zorgverlening

Onbekendheid met de wijze waarop de gezondheidszorg, en de arbo-zorgverlening in het bijzonder, in Nederland is georganiseerd, wordt als problematisch ervaren door bedrijfsartsen (Hijmans, 2002). Uit dit onderzoek blijkt onder andere dat de kennis op het gebied van gezondheid en ziekte bij allochtone werknemers lager ligt als bij autochtone werknemers. Verder zijn allochtone werknemers vaak niet op de hoogte van de taken van de arbodienst en de bedrijfsartsen. Zo is gebleken dat Aziaten en Afrikanen geen arbodienst kennen in het land van herkomst, de taken en werkwijze van de arbodienst is dus niet bij deze categorie bekend. Ook in een land als Marokko heeft maar acht procent van de in de steden woonachtige beroepsbevolking toegang tot een arbodienst (Poppel & Kamphuis, 2003,). Daarnaast is gebleken dat de voorlichting gebrekkig is en dat het voorlichtingsmateriaal meestal niet beschikbaar is in meerdere talen. Omdat allochtonen niet vertrouwd zijn met de werkwijze en taken van de arbodiensten en de bedrijfsartsen is de drempel om naar de bedrijfsarts toe te gaan hoog (Stecr, 2003,). Onbekendheid met de arbodienst/bedrijfsarts leidt er vaak toe dat de wederzijdse verwachtingen onduidelijk zijn. Als wederzijdse verwachtingen niet duidelijk worden besproken heeft dit negatieve gevolgen voor de begeleiding (Pacemaker, 2004). De functie van de bedrijfsarts zorgt ook voor veel obstakels. Allochtone werknemers begrijpen vaak niet dat de rol van de bedrijfsarts niet is om mensen te genezen of geneesmiddelen voor te schrijven. Poppel & Kamphuis (2003) zeggen hierover dat het voor allochtone cliënten vreemd overkomt dat de bedrijfsarts hen weer naar de werkvloer wel terug sturen, zonder dat er bijvoorbeeld lichamelijk onderzoek wordt gedaan of medicijnen worden voorgeschreven. Daarbij komt ook kijken dat het in onze cultuur heel normaal is om weer te gaan werken, ook al is men nog niet voor de volle honderd procent genezen. De relatie tussen het begrip 'ziek zijn' in relatie tot 'n staat zijn om te werken' is veelal onbekend bij allochtone werknemers. Het kost de bedrijfsarts veel moeite om dit duidelijk te maken (Pacemaker, 2005).

3.4.2 Tijdgebrek

Een ander veel genoemd probleem is het tijdgebrek bij het begeleiden van allochtone werknemers. Er wordt aangegeven dat de SMB van allochtone werknemers over het algemeen meer tijd kost, mede door de taalbarrière. Het platform Stecr (2003) constateert echter dat er vaak geen extra tijd beschikbaar is, waardoor er geen onderscheid wordt gemaakt tussen allochtone en autochtone werknemers (Stecr, 2003, 7). De begeleiding is door tijdgebrek dus niet intensief genoeg om de gewenste doelstelling te bereiken. Uit onderzoek van Hijmans (2002) blijkt dat bedrijfsartsen het belangrijk vinden dat er een vertrouwensband wordt opgebouwd met de allochtone werknemer, maar dat kost over het algemeen wel meer tijd (Hijmans, 2002). Een ander gevolg van te weinig tijd is dat bedrijfsartsen niet in staat zijn om onbegrip en frustratie bij de cliënt weg te nemen (PSW, 2001).

3.4.3 Onnodige bureaucratie?

De bureaucratie zorgt voor frustratie. Uit het onderzoek van Meershoek et al. (2004) valt op te maken dat de begeleiding soms onnodig laat start, waardoor de kans dat werknemers in de WAO/WIA terecht komen onnodig groot wordt. Een te late start verergert vaak de situatie en maakt de terugkeer naar de werkvloer moeilijker. Zeer waarschijnlijk speelt bij dit probleem ook mee

dat allochtone werknemers niet bekend zijn met de zorg en dus niet weten waar ze naartoe moeten met hun klachten en hoe ze bijvoorbeeld aan de goede formulieren komen die nodig zijn om de juiste zorg te krijgen. Het is een taak van de Arbodiensten om mensen hierin te begeleiden en te ondersteunen.

Verder heeft van Meershoek et al. (2004) geconstateerd dat de communicatie binnen de gezondheidszorg ook niet altijd even optimaal verloopt (Meershoek et al., 2004). Het is van belang dat de juiste (medische) informatie van bijvoorbeeld de huisarts en de specialist waar de cliënt in behandeling is wordt doorgegeven naar de bedrijfsarts. Als het doorgeven van de informatie moeizaam verloopt, kan dit een negatieve invloed hebben op het begeleidingsproces van de cliënt.

3.5 Arbeidsfactoren

Volgens Hijmans is een belangrijk onderdeel in de SMB van allochtonen werknemers het overleg met de werkgever. Het overleg tussen de werkgever en de bedrijfsarts heeft invloed op de SMB van de zieke allochtone werknemer. Volgens Hijmans (2002) is de bedrijfsarts vaak de eerste persoon die te maken krijgt met werknemers die ziek zijn geworden door een conflict op de werkvloer. De bedrijfsarts kan in een dergelijke situatie bijvoorbeeld duidelijk maken wat de werkgever kan doen om de hervatting van de werkzaamheden door de zieke allochtoon te bevorderen. Het soort arbeid en de omstandigheden waarin de arbeid wordt verricht heeft namelijk invloed op het ziekteverzuim en eventuele arbeidsongeschiktheid die hieruit kan voortvloeien. Uit onderzoek van Poppel & Kamphuis (2003) blijkt dat dertig procent van het ziekteverzuim samenhangt met de arbeidsomstandigheden. Om deze reden is het van belang dat er ook wordt gekeken naar de arbeidsfactoren in de knelpunten analyse.

3.5.1 Arbeidsinhoud

Allochtone mannen zijn veelal werkzaam in de industrie, agrarische sector, reiniging of in dienst bij een gemeente of provincie. Voor allochtone vrouwen geldt dat zij voornamelijk werkzaam zijn in de zorg, reiniging of detailhandel (Snij, 2002). Dit zijn veelal de beroepen welke fysiek zwaar belastend zijn. Deze zware lichamelijke belasting zou een oorzaak kunnen zijn voor het relatief hoge arbeidsverzuim onder allochtonen. Daarbij komt dat deze arbeidsinhoud vaak als vies, zwaar, centonig enzovoort wordt omschreven door de werknemers zelf (Poppel & Kamphuis, 2003). Volgens Hijmans (2002) zorgt centonige arbeid daarnaast voor frustratie bij hoogopgeleide vluchtelingen.

3.5.2 Arbeidsverhoudingen

Uit onderzoek van Hubregtse (2000) blijkt dat allochtonen vaker aangeven last te hebben van discriminatie op de werkvloer. Het gaat dan bijvoorbeeld om zaken als het dragen van een hoofddoek tijdens het verrichten van de werkzaamheden. In de literatuur wordt aangegeven dat de reacties op discriminatie verschillen per persoon maar ook deel afhankelijk zijn van de cultuur. Hierbij wordt het voorbeeld gegeven dat Aziaten geneigd zijn discriminatie te normaliseren, iedereen discrimineert wel eens. Het blijkt daarnaast dat veel allochtonen geneigd zijn om discriminatie te 'slukken'. Een andere reactie is het meedoen of mee lachen. Dit alles om het gevoel te krijgen geaccepteerd te worden (Hubregtse, 2000). Discriminatie is volgens het platform Steer (2003) een determinant van werkstress. Dit wordt bevestigd door Kerkhoven (2005), zij geeft aan dat onjuiste bejegening van cliënten een belangrijke determinant is voor de belasting van allochtonen. Met een onjuiste bejegening wordt onder andere discriminatie, pesten en het ontbreken van respect bedoeld. In het onderzoek van Hijmans (2002) komt naar voren dat bedrijfsartsen niet meer conflicten ervaren bij allochtone als bij autochtone werknemers, maar dat de conflicten wel verschillen van karakter. Onbegrip en slechte communicatie spelen een belangrijke rol bij de conflicten.

3.5.3 Arbeidsvoorwaarden

In de wet is vastgelegd dat de werkgever ook de nodige verantwoordelijkheden heeft als het gaat om gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid van zijn werknemers. Als een werknemer zich ziek meldt en vervolgens gedeeltelijk arbeidsongeschikt wordt verklaard, voelt de werkgever dit in zijn portemonnee. Een dringende reden om zorgvuldig met personeel om te gaan. Toch blijkt uit de literatuur dat allochtonen problemen ervaren die (mede) veroorzaakt worden door de werkgever. Hijmans (2002) constateert in zijn onderzoek dat werkgevers weinig flexibel zijn en nauwelijks begrip tonen voor de specifieke cultureel bepaalde kenmerken van allochtone werknemers. Een voorbeeld hiervan is dat werknemers zich achtergesteld voelen op hun autochtone collega's als het gaat om arbeidsvoorwaardelijke zaken als uitbetalen van extra uren, ziektageloos en het opnemen van vrije dagen. Daarnaast blijkt dat werknemers in verpleeg- en verzorgingshuizen, waar relatief veel allochtone werknemers werkzaam zijn, zich significant vaker gediscrimineerd voelden door de leidinggevenden (Poppel & Kamphuis, 2003). Ook wordt door Poppel & Kamphuis (2003) aangegeven dat reïntegratie-inspanningen vanuit de kant van de werkgever vaak ontbreken, vooral als het gaat om psychische problematiek. Dit is zowel voor de cliënt vervelend als voor de bedrijfsarts die ook graag medewerking ziet van de werkgever. Kortom de arbeidsvoorwaarden opgesteld door de werkgever kunnen een belangrijke rol spelen bij het ziekteverzuim van de allochtone werknemer.

3.5.4 Arbeidsomstandigheden

De werksfeer is van invloed op hoe men het werk ervaart. Opvallende hierbij is dat allochtone minder positief zijn over de werksfeer dan hun autochtone collega's. Een reden die hiervoor gegeven wordt, is dat allochtone werknemers aangeven dat ze minder vaak hun eigen werktempo mogen regelen en minder vaak hun eigen verlof mogen bepalen (Poppel & Kamphuis, 2003). Op het gebied van de arbeidsomstandigheden spelen verder zaken als het ontbreken van veiligheids- en gezondheidsmaatregelen een rol. Ook psychische en fysieke problemen gerelateerd aan de werkzaamheden vallen volgens Kerkhoven (2000) onder deze categorie.

3.5.5 Onderwaardering

Uit een debat dat mede georganiseerd is door Forum over de kansen voor allochtonen op de Nederlandse arbeidsmarkt blijkt onder andere dat de sociale en arbeidsmarktbegeleiding regelmatig tekort schiet. Daarnaast wordt aangegeven dat de procedure voor de erkenning van diploma's die in het buitenland zijn gehaald door de Nederlandse overheid vaak veel moeite en tijd kost. Dit leidt ertoe dat allochtone werknemers arbeid onder niveau verrichten. Dit kan in bepaalde gevallen leiden tot stress, omdat men geen voldoening haalt uit het werk (Palet, 2001).

Een ander punt dat wordt benoemd is dat sommige allochtonen door migratie een leercachterstand hebben, maar wel gemotiveerd zijn om te studeren. Hierbij moet gedacht worden aan vluchtelingen die geen onderwijs hebben genoten in het land van herkomst. In Nederland is het echter zo geregeld dat mensen tot hun 27^{ste} recht hebben op studiefinanciering en daarna niet meer. Deze regel wordt gezien als een belemmering voor allochtonen om hoger op te komen (Palet, 2001).

3.6 Conclusie

Bij de analyse van de literatuur op het gebied van de SMB van allochtone werknemers is gebleken dat er vele soorten knelpunten worden beschreven. De literatuur geeft aan dat er op de volgende terreinen knelpunten worden ervaren die de SMB van allochtone werknemers door de bedrijfsarts belemmeren: communicatie, sociaal-culturele context, onbegrepen gezondheidsklachten, organisatorische factoren en als laatste ook arbeidsfactoren. De informatie uit het onderzoeken van Meershoek et al. (2004), Poppel en Kamphuis (2003) en Hijmans (2002) een grote bijdrage hebben geleverd aan het inzichtelijk maken van de knelpunten die worden ondervonden in de SMB van

allochtone werknemers in de arbo-zorgverlening. De knelpunten worden over het algemeen uitgebreid beschreven en geïllustreerd met casussen uit de praktijk en/of interviews met bedrijfsartsen die ervaring hebben met het begeleiden van allochtone werknemers. Veel van de informatie is afkomstig van belangenorganisaties, zoals het platform reïntegratie Steer en de organisatie Pacemaker, die zich bezig houden met de bevordering van de positie van allochtonen in de gezondheidszorg. Een enkele keer kon ook gebruik worden gemaakt van literatuur die beschikbaar was over andere gebieden in de eerstelijns gezondheidszorg waar men knelpunten ondervindt met allochtone cliënten.

4. Oplossingen uit de literatuur

Nadat in het voorgaande hoofdstuk de verschillende knelpunten die zich voordoen bij de SMB van allochtone werknemers uiteen zijn gezet, zal in dit hoofdstuk worden gekeken welke oplossingen worden aangedragen in de literatuur. In de geraadpleegde literatuur wordt namelijk ook aandacht besteed aan mogelijke oplossingen die bij kunnen dragen aan het verminderen of verhelpen van de hiervoor beschreven problemen. In de meeste gevallen gaat het in dit hoofdstuk om tips en aanbevelingen die worden gedaan in de literatuur. Deze moeten uiteindelijk bijdragen aan de verbetering van de sociaal-medische begeleiding van de doelgroep.

Voor de duidelijkheid zal hierna voor de beschrijving van de oplossingen dezelfde categorie indeling worden toegepast zoals in het vorige hoofdstuk bij de beschrijving van de problemen. Ook hier geldt weer dat oplossingen bij meerdere categorieën van belang kunnen zijn.

4.1 Communicatie

De meest voorkomende oplossing die bij deze categorie wordt genoemd is het inzetten van tolken. Maar daarbij wordt onder ander door Poppel & Kamphuis (2003) vermeld dat men slechte ervaringen heeft met de inzet van tolken. Een nadeel is dat de inzet van tolken veel tijd kost. Ook schuilt er gevaar dat tolken niet voldoende objectief zijn, dit staat een goede begeleiding in de weg. Het is dus van belang dat de tolken goed opgeleid worden en integer handelen. Bij het gebruik van tolken is het volgens Schaafsma (2002) van belang dat de bedrijfsarts nog wel praat tegen de cliënt en niet tegen de tolk, dit verbetert de communicatie. In de literatuur wordt ook aangegeven dat het kan helpen als hulpverleners worden ingezet die de taal van de doelgroep beheersen, zogenaamde Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC) (Pacemaker, 2004).

Naast het inzetten van tolken en professionals die de taal spreken van de allochtone werknemer worden er nog andere tips gegeven. Zo is het volgens Schaafsma (2002) van belang om langzaam en duidelijk te praten, korte zinnen te maken en dezelfde zin met andere woorden te herhalen. Ook is het nuttig om de cliënt het advies te laten herhalen, om er zeker van te zijn dat de boodschap goed is overgekomen. Zeker bij de tweede generatie allochtonen is het van belang om goed te controleren of de boodschap is overgekomen, zodat miscommunicatie zo veel mogelijk wordt voorkomen. Verder wordt door Visser (2005) gesteld dat begrip voor de allochtone werknemer de communicatie verbeterd en door het platform Steer (2003) wordt een open en respectvolle communicatie aangeraden. Daarnaast kan het volgens Visser (2005) van belang zijn om van tevoren excuses te maken voor eventuele onbeleefde vragen die gesteld kunnen worden.

Voor de schriftelijke communicatie raden Poppel & Kamphuis (2003) aan om gebruik te maken van vertaalde vragenlijsten voor bijvoorbeeld het PAGO. Als er toch wordt gekozen voor Nederlandse vragenlijsten is het volgens Schaafsma (2002) van belang dat de zinnen kort en duidelijk worden geformuleerd, zodat er zo min mogelijk interpretatie fouten kunnen worden gemaakt.

Zoals al eerder werd benadrukt is het begrip communicatie breder dan enkel de mondelinge en schriftelijke beheersing van een taal, in dit geval het Nederlands. Er wordt vermoed dat aandacht, erkenning en vertrouwen bijdragen aan een succesvolle communicatie tussen cliënt en bedrijfsarts (Hijmans, 2002; Platform Steer, 2003; Schaafsma, 2002; Visser, 2005). Daarbij wordt in de literatuur door Visser (2005) aangehaald dat het erg belangrijk is dat er meer aandacht wordt besteedt aan de begeleiding van cliënten. Belangrijk hierbij is dat er bijvoorbeeld gekeken wordt naar elementen in de communicatie die universeel zijn en telkens weer terugkomen in het contact tussen bedrijfsarts en cliënt. Voor allochtone cliënten zou in dit geval gekeken moeten worden of er kenmerkende

elementen te onderscheiden zijn in het contact tussen bedrijfsarts en cliënt en hoe deze elementen verbeterd kunnen worden om de SMB beter te laten verlopen. Verder wordt aangegeven dat het belangrijk is om te kijken naar de context waarin de communicatie plaatsvindt. Het maakt verschil of de communicatie plaats vindt onder vier ogen, via de computer of bijvoorbeeld over de telefoon (KNAW, 2006).

4.2 Sociaal-culturele context

Meerdere keren wordt in de literatuur aangegeven dat veel artsen niet weten hoe ze met sociaal-culturele verschillen om moeten gaan (Poppel & Kamphuis, 2003; Pacemaker, 2004 e.a.). In veel van de geraadpleegde literatuur wordt dan ook aanbevolen om meer te doen aan scholing, zodat de kennis wordt vergroot. Volgens Poppel & Kamphuis (2003) gaat het om de verbetering van praktische vaardigheden. Hoe zien de Turkse of Marokkaanse omgangsvormen er bijvoorbeeld uit? Hoe moet er om gegaan worden met de verschillen in de omgang met mensen; moet er vastgehouden worden aan de eigen omgangsvormen of is er ook ruimte voor andere omgangsvormen? Ook is het voor bedrijfsartsen van belang om bekend te zijn met de belangrijkste spelregels op cultureel en religieus gebied (Pacemaker, 2004). In het verkennend onderzoek van Hijmans (2002) wordt aangegeven dat een juiste begreep van de cliënt zeer belangrijk is. Ook het platform voor reïntegratie. Steer, heeft in 2003 al benadrukt dat het van belang is om cultuurverschillen te bestuderen, dit zou een open en respectvolle communicatie kunnen bevorderen. Visser (2005) geeft aan dat het nuttig kan zijn om als cliënten hun godsdienst gebruiken als excuus om iets niet of juist wel te doen, het gebruik van de eigen godsdienst kan zorgen voor meer respect.

Door Schaafsma (2002) wordt gesteld dat het van belang is dat de professional zich bewust is van zijn eigen culturele achtergrond. Voor de begeleiding van cliënten is het ook van belang dat de professional beseft dat waarden en normen op het gebied van geneeskundige zorg per land kunnen verschillen. Als deze waarden en normen een goede begeleiding van de cliënt in de weg staat, is het van belang dat deze respectvol wordt afgewezen en dat cliënten overtuigd worden van andere zienswijze. Verder wordt in dit artikel besproken dat het belangrijk is om een vertrouwensband te creëren, dit kan bijvoorbeeld door informele gesprekken te voeren, zodat de cliënt zich op zijn gemak voelt (Schaafsma, 2002). In het rapport 'state of the art' van Pacemaker (2005) wordt aangeraden een serieuze, integere en respectvolle houding aan te nemen als de cliënt zijn/haar klachten beschrijft om zo het vertrouwen te bevorderen.

Voor een goede begeleiding van allochtonen is het van belang dat de ziekterol en het ziektegedrag bespreekbaar gemaakt worden. Hierbij moet duidelijk worden gemaakt dat het in de Nederlandse cultuur vanzelfsprekend is dat men toch probeert te werken, ondanks ziekte. Dit staat ook wel bekend als de graduele ziekterol. In de probleemanalyse werd aangehaald dat de relatie tussen 'ziek zijn' en 'in staat zijn om te werken' in veel culturen niet bekend is (Pacemaker, 2005). Voor een succesvolle begeleiding terug naar de werkvloer van allochtone werknemers is het van belang dat de eenkijwze achter deze relatie duidelijk wordt gemaakt.

4.3 Onbegrepen gezondheidsklachten

Er is meer kennis nodig over specifieke ziekten die bij allochtonen voorkomen. Epidemiologisch onderzoek is noodzakelijk om inzicht te krijgen in deze ziektebeelden (Pacemaker, 2004). Als er meer bekend is over deze specifieke ziektebeelden is het vervolgens van belang dat de professionals hiervan op de hoogte worden gebracht.

Bij de begeleiding van allochtone werknemers met een complexe problematiek is het van belang dat er een multidisciplinaire aanpak wordt gehanteerd. Dit houdt in dat meerdere professionals betrokken worden bij de behandeling. De multidisciplinaire aanpak zou kunnen helpen bij het beter

begrijpen van de gezondheidsproblematiek bij allochtone werknemers. Daarnaast wordt overleg tussen hulpverleners als een noodzakelijke voorwaarde gezien om tot een eenduidig handelingsbeleid te komen (MedWerk, Pacemaker en TNO, 2004).

Voor psychische risicofactoren is het noodzakelijk dat er een uitgebreide analyse van de individuele problematiek wordt afgenomen. Een specifiek instrument naar werkbeleving en werkstress voor allochtonen wordt hiervoor aangeraden. Dit omdat de determinanten die voor stress zorgen voor allochtonen en autochtonen uiteen kunnen lopen. (Hubregtse, 2000). Zo stelt Huijbregtse dat de volgende factoren van invloed zijn op stress bij allochtone werknemers: lage sociaal-economische klasse, migratie en potentiële stressoren gerelateerd aan bepaalde culturele gewoonten en gebruiken.

Zoals werd beschreven bij onbegrepen ziektebeelden is het soms erg lastig voor de bedrijfsarts om vast te stellen of iemand echt ziek is. Het moeilijk kunnen beschrijven van de klachten of het overdreven presenteren van klachten door allochtone werknemers kan ervoor zorgen dat klachten niet serieus worden genomen door de bedrijfsarts. Een oplossing die gegeven wordt, is om de behandeling van de klachten in eerste instantie wel voor te zetten, ondanks dat er geen directe resultaten zijn. In de literatuur wordt ook kort ingegaan op het toestaan van een second opinion in land van herkomst. Een second opinion zou vooral van belang zijn om het vertrouwen van de allochtone cliënt te winnen. (MedWerk, Pacemaker en TNO, 2004).

Het is ook van belang om de ziekerol bespreekbaar te maken. Hierin kan bijvoorbeeld duidelijk worden gemaakt dat psychische klachten normaal zijn (in de Nederlandse cultuur), en ook wel de oorzaak kunnen zijn voor de lichamelijke klachten. Klachten over hoofdpijn kunnen net zo goed veroorzaakt worden door stress (psychisch) als door een hersenschudding (medisch). Het bespreekbaar maken van psychische klachten en het vertrouwen winnen van allochtone werknemers zou volgens MedWerk, Pacemaker en TNO (2004) kunnen bijdragen aan het eerder herkennen van ziektebeelden.

4.4 Organisatorische omstandigheden

Om ervoor te zorgen dat allochtone werknemers beter bekend worden met de taken van de arbodienst en in het bijzonder de bedrijfsarts worden verschillende oplossingen aangedragen. Zo is uit expert-metingen die door Pacemaker in 2004 zijn georganiseerd, gebleken dat het gebruik van schriftelijk voorlichtingsmateriaal in de taal van herkomst wordt aangeraden om onder andere de taken van de arbodienst en de bedrijfsarts duidelijk te maken. Een belangrijk punt is dat het duidelijk wordt wat de rol van de bedrijfsarts is. Voor veel allochtone werknemer is het vreemd dat een bedrijfsarts geen lichamelijk onderzoek uitvoert en ook geen medicijnen voorschrijft. Daarnaast is het van belang dat onder andere de route van terugkeer naar het werk inzichtelijk worden gemaakt en wat daarbij de rol is van de verschillende instanties. Daarbij moet aandacht worden besteed aan de rechten en plichten van de werknemer (Pacemaker, 2005). Het is dus van belang dat de wederzijdse verwachtingen duidelijk worden gemaakt. Een andere oplossing die wordt aangedragen voor het herkenbaarder maken van arbodienster en bedrijfsartsen onder allochtone werknemers zijn (landelijke) voorlichtingscampagnes (Pacemaker, 2004).

Om de samenwerking tussen de bedrijfsartsen en andere professionals in de zorg te bevorderen worden verschillende aanbevelingen gedaan in de literatuur. Zo wordt aangeraden om regelmatig specifiek overleg over de problematiek rond de begeleiding van allochtonen te houden met andere betrokken hulpverleners (PSW, 2001). Ook interactie met andere collega bedrijfsartsen is gewenst, om te leren van elkaars ervaringen en kennis. Netwerken zouden volgens het platform Steer (2003) hierbij een belangrijke rol kunnen vervullen.

Oplossingen voor wat betreft het tijdgebrek worden nauwelijks genoemd. Door het platform Steer (2003) wordt wel een enkele tip gegeven voor Arbodiensten. Deze luidt dat er andere afspraken gemaakt zouden moeten worden met bedrijven waar veel allochtonen werkzaam zijn. Deze afspraken zouden onder andere kunnen gaan over langere consulten voor de allochtone werknemers.

Oplossingen voor de trage of zelfs geheel ontbrekende implementatie van al ontwikkelde instrumenten worden niet aangedragen. Wel wordt door Bohlmeijer & Ingen (2000) een projectmatige en integrale aanpak aanbevolen voor de begeleiding van groepen allochtonen.

4.5 Arbeidsfactoren

Uit het onderzoek van Kerkhoven (2002) blijkt dat allochtone werknemers op het gebied van arbeidsgerelateerde psychische problematiek vooral behoefte hebben aan curatieve en preventieve interventies zoals; consultatie, voorlichting, bemiddeling en integratie. Professionals hebben daarentegen volgens Kerkhoven vooral behoefte aan de volgende interventies; opzetten van behandelprotocollen, consultatie, integratie en het betrekken van de familie bij de behandeling. Hierbij wordt door Bohlmeijer en Ingen (2000) aangegeven dat het van belang is dat bij de preventie van arbeidsgerelateerde psychische problematiek allochtonen als een specifieke doelgroep benaderd worden.

Op het gebied van discriminatie onder werktijd is het volgens Udenhout (2000) gebleken dat cliënten er baat bij hebben om de ervaringen over discriminatie en achterstelling te kunnen delen met lotgenoten. In het zelfde onderzoek werd ook aangegeven dat multi-culturalisering in een bedrijf aan de top begint. Hiermee wordt bedoeld dat het voor werkgevers belangrijk is dat ze discriminatie voorkomen en zelf dus ook niet discrimineren. Het zou dus aan te raden zijn dat het ontmoedigen van discriminatie als managementvaardigheid meer wordt benadrukt. Kortom de attitude van de werkgever tegenover allochtone medewerkers is mede bepalend voor de werksfeer in het bedrijf.

Bohlmeijer en Ingen (2000) raden aan dat bedrijfsartsen maar zeker ook werkgevers gaan samenwerken met migrantenorganisaties. Migrantenorganisaties zijn belangrijke vertegenwoordigers van allochtonen en dus van belang om deze doelgroep te bereiken.

Voor werkgevers wordt het ook aangeraden om cursussen te volgen als; stress-signalering bij (allochtone) werknemers. Het verminderen van discriminatie en het verbeteren van de arbeidsomstandigheden voor allochtonen zou een bijdrage kunnen leveren aan het verminderen van aan werk gerelateerde stress (Bohlmeijer & Ingen, 2000).

Wat betreft de onderwaardering van allochtonen werden ook verschillende aanbevelingen gegeven in de literatuur. Zo zou een betere begeleiding van allochtone werknemers op het gebied van de arbeidsmarkt aan te raden te zijn. Verruiming van de Nederlandse regelgeving, zoals het sneller en soepeler erkennen van buitenlandse diploma's, is volgens het forum Palet (2001) zinvol. Verder wordt door dit forum ook aangeraden om de regeling voor studiefinanciering rondom de specifieke situatie van allochtonen aan te passen.

4.6 Conclusie

Voor veel van de knelpunten die werden beschreven in het vorige hoofdstuk waren in de literatuur ook tips, aanbevelingen en oplossingen beschreven. Bij dit gedeelte van het literatuuronderzoek bleek ook het rapport van Poppel & Kamphuis weer veel informatie te verschaffen. Daarnaast werden veel van de oplossingen aangedragen door de 'platform organisaties'. Het platform Steer heeft bijvoorbeeld een handleiding geschreven waarin onder andere aandachtspunten worden beschreven voor de SMB van allochtonen en daarnaast hebben ze ook een kader geschetst voor interculturele gespreksvoering. Uit de verslaglegging van export-metingen (met verschillende afgevaardigden van belangenorganisaties) die in 2004 door Pacemaker zijn georganiseerd kwamen ook een aantal oplossingen naar voren. Door het instituut voor multiculturele ontwikkeling (FORUM) is in 2000 een boekje samengesteld met een aantal onderzoeken over diversiteit en werkstress. Een aantal van de oplossingen voor knelpunten van arbeidsfactoren die in deze onderzoeken benoemd zijn, kunnen eveneens bijdragen aan een betere SMB van allochtone werknemers door de bedrijfsarts. Dit omdat sommige klachten ook te maken kunnen hebben met bijvoorbeeld het soort werk of de houding van de werkgever ten opzichte van allochtone werknemers.

5. Analyse van de geconstateerde problemen en oplossingen

In hoofdstuk 3 is een uitgebreid overzicht gegeven van de verschillende soorten knelpunten die een negatief effect kunnen hebben op de SMB van allochtone werknemers. Vervolgens is in hoofdstuk 4 gekeken naar de verschillende oplossingen die aangedragen worden in de literatuur om de knelpunten te vermindere(n) en/of te verhelpen. In dit hoofdstuk zal worden gekeken naar de relevantie van de knelpunten en de bruikbaarheid van de aangedragen oplossingen.

5.1 Grote diversiteit aan problemen

Bij de bestudering van de geconstateerde problemen blijkt dat er een grote diversiteit aan problemen kan worden onderscheiden. Uit de literatuur blijkt dat vooral de gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal als een belangrijke belemmering wordt gezien voor de SMB van allochtone werknemers. Verder worden in de literatuur veel problemen aangehaald die te maken zouden hebben met bijvoorbeeld de sociaal-culturele achtergrond van allochtonen of de arbeidsomstandigheden.

Opvallend is dat de meeste literatuur vooral een inventarisatie geeft van mogelijke problemen of een verkenning van de problematiek bij de SMB van niet-westerse allochtonen in de arbo-zorgverlening. In de meeste onderzoeken is aan bedrijfsartsen gevraagd naar hun ervaringen met cliënten uit de doelgroep. Vervolgens zijn de verschillende knelpunten geïnventariseerd en werden soms mogelijke oorzaken van de knelpunten benoemd. In de literatuurstudie die gedaan is voor dit onderzoek zijn bijna geen onderzoeken gevonden waarin dieper wordt ingegaan op de causaliteit tussen knelpunten en hun negatieve effect op de SMB van allochtone werknemers door de bedrijfsarts. Een voorbeeld van een onderzoek waarin men wel een diepere analyse heeft proberen te geven van de problematiek is het onderzoek van Meershoek et al. (2004). In dit onderzoek wordt geprobeerd aan te tonen hoe er om wordt gegaan met etniciteit in de handelingspraktijk van onder andere bedrijfsartsen. Het ontbreken van diepgang in de onderzoeken maakt het lastig om aan te geven wat de impact van de verschillende knelpunten is op de sociaal-medische begeleiding van allochtone werknemers. Een van de vragen die bijvoorbeeld naar boven komt bij de analyse van de problemen, is of het niet herkennen van specifieke ziektebeelden onder allochtone werknemers een grotere negatieve impact heeft op de SMB dan bijvoorbeeld de mondelinge taalbarrière? Uit de bestudering van de literatuur lijkt in eerste instantie dat de mondelinge taalbarrière een grotere impact heeft op de SMB, dit omdat dit knelpunt vaker benoemd wordt in de literatuur. Tussen de knelpunten onderling zou het ook mogelijk kunnen zijn dat er nog verbanden bestaan. Misschien wordt het niet herkennen van specifiek ziektebeelden ook nog wel beïnvloed door de taalbarrière. Bij het zoeken naar bruikbare literatuur zijn er geen onderzoeken gevonden waarin onderzoek is gedaan naar de effecten van oplossingen en mogelijke onderlinge verbanden tussen knelpunten, vandaar dat op dit soort vragen nog geen duidelijk antwoord kan worden gegeven.

5.2 Passende oplossingen?

Net als bij de beschrijving van de knelpunten is de lijst van oplossingen erg lang en zeer divers. Wat direct opvalt, is dat de breedte van de gegeven oplossingen behoorlijk varieert. Als er bijvoorbeeld naar de oplossingen wordt gekeken die worden aangedragen om de communicatie tussen de allochtone werknemer en de bedrijfsarts te bevorderen valt op dat de oplossingen gevarieerd zijn. Er wordt aangeraden om gebruik te maken van hulpverleners die bekend zijn met de taal en cultuur van de allochtone werknemer, zogenaamde Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC'ers). Deze oplossing vraagt om het opleiden van dergelijke hulpverleners. Daarnaast moet de bedrijfsarts van tevoren een afspraak maken met de hulpverlener, zodat deze aanwezig is bij het

consult met de allochtone werknemer. Ook de kosten voor een consult zullen stijgen, aangezien er meerdere hulpverleners worden ingeschakeld bij de SMB van de allochtone cliënt. Een andere oplossing die wordt aangeraden in deze categorie is aandacht schenken aan het opbouwen van een vertrouwensband tussen de bedrijfsarts en zijn cliënt. Bij deze oplossing is het wellicht van belang dat de bedrijfsarts bijscholing volgt om zich meer bewust te worden van de manier waarop hij/zij communiceert met allochtone cliënten. Duidelijk wordt dat beide oplossingen van elkaar verschillen, ook de maatregelen die moeten worden genomen om de oplossing te laten werken lopen uiteen.

Naast dat de bandbreedte van de aangedragen oplossingen varieert, valt ook op dat er weinig aandacht wordt besteed aan de haalbaarheid van de aangedragen oplossingen. Een aantal van de aangedragen oplossingen kan daarnaast worden gekarakteriseerd als 'opendeur oplossingen'. Een voorbeeld hiervan is dat voor het geconstateerde probleem van tijdgebrek bij de begeleiding van allochtone werknemers de oplossing wordt gegeven van extra tijd beschikbaar maken. In de literatuur wordt vervolgens niet ingegaan op de vraag of er bijvoorbeeld wel voldoende financiële middelen zijn om de consulten te verlengen. Een andere punt hierbij is dat niet onderzocht is wat het effect is van langere consulten op de SMB van niet-westerse allochtonen. Er wordt in de literatuur niet of nauwelijks aandacht besteed aan de haalbaarheid van aangedragen oplossingen. Een oorzaak voor de vele 'opendeur oplossingen' die worden gegeven zou te maken kunnen hebben met wat er in het begin van dit hoofdstuk werd vermeld over de knelpunten. Onderzoek heeft nog niet duidelijke uitgewezen welke knelpunten daadwerkelijk de SMB van allochtone werknemers belemmeren. Als de oorzaken niet duidelijk in beeld zijn, is het niet mogelijk om duidelijke oplossingen te geven die kunnen bijdragen aan een verbetering van de SMB. Daarnaast gaat het bij de sociaal-medische begeleiding om een breed en complex probleem. Het is dus de vraag of 'de oplossing' wel bestaat.

Naast de 'opendeur oplossingen' worden er in de literatuur ook tips en aanbevelingen gegeven waarvan niet duidelijk is hoe deze moeten worden ingevuld. Vooral in de categorie sociaal-culturele context worden veel van dit soort onduidelijke oplossingen gegeven. Bewustwording van eigen cultuur door de bedrijfsarts, is bijvoorbeeld een aanbeveling waarvan wordt aangegeven dat dit zou kunnen bijdragen aan een betere SMB van allochtone werknemers. Er wordt echter niet uitgewerkt hoe een bedrijfsarts zich beter bewust kan worden van zijn eigen culturele achtergrond. Een ander voorbeeld is dat in de literatuur wordt aangegeven dat een juiste bejegening van de allochtone werknemers van groot belang is. Maar wat wordt er precies bedoeld met het begrip 'bejegening' en is voor elke allochtone werknemer dezelfde bejegening ook daadwerkelijk de juiste of bestaan er meer soorten van juiste bejegening? Hetzelfde geldt voor een serieuze, integere en respectvolle houding, wanneer weet een bedrijfsarts of hij een cliënt bijvoorbeeld respectvol genoeg behandelt?

5.3 Het belang van een oplossingsgerichte aanpak voor de gesignaleerde knelpunten

Uit bovenstaande analyse van de knelpunten en bijbehorende oplossingen komt naar voren dat er een grote diversiteit aan knelpunten kan worden afgeleid uit de literatuur. Er bestaat echter nog onduidelijkheid over de impact van de verschillende knelpunten op de SMB van allochtone werknemers. Het probleem dat geschetst wordt is breed en zeer complex. Dit heeft blijkbaar ook effect op de kwaliteit van de gegeven oplossingen die zijn vermeld in de literatuur. De oplossingen zijn vaak niet concreet en er is nog maar weinig bekend over het effect van de oplossingen op de SMB van allochtone werknemers.

Met het oog op het ontwikkelen van een richtlijn voor de SMB van allochtone werknemers in de arbozorgverlening is het van belang dat er in de nabije toekomst (betere) gerichte oplossingen worden gevonden die bij kunnen dragen aan het verminderen van de problematiek. Om goede oplossingen te vinden, is het belangrijk dat er meer inzicht komt in de knelpunten die op een negatieve manier

bijdragen aan de SMB van allochtone werknemers. Omdat wetenschappelijk onderzoeken op dit moment nog ontbreken, zal er op andere manier gekeken moeten worden wat voor soort oplossingen kunnen bijdragen aan het verminderen van het ziekteverzuim en de oververtegenwoordiging van allochtone werknemers in de WAO/WIA. In het volgende hoofdstuk zal daar een begin mee worden gemaakt.

6. Aanknopingspunten voor interventie

Het voorgaande hoofdstuk eindigde met de conclusie dat het op basis van de literatuurstudie nog niet goed mogelijk is om oplossingen aan te dragen die bij kunnen dragen aan het verbeteren van de sociaal-medische begeleiding van allochtone werknemers door de bedrijfsarts. Dit is niet mogelijk, omdat er nog weinig bekend is over de haalbaarheid en de effectiviteit van de oplossingen. Zoals in hoofdstuk 2 a. werd aangegeven is het bij de ontwikkeling van een richtlijn door de NVAB (beroeps vereniging voor bedrijfsartsen) gebruikelijk dat naar aanleiding van een geconstateerd probleem uitgebreid literatuuronderzoek verricht wordt om te kijken of een bepaalde aanpak bewezen de beste is. Deze manier van zoeken naar informatie over de doeltreffendheid en haalbaarheid van oplossingen wordt ook wel aangeduid als Evidence Based Practice (EBP). In de gezondheidszorg bestaat EBP ook wel bekend als Evidence Based Medicine (EBM).

Bij de analyse van de knelpunten en oplossingen die gevonden zijn in de literatuurstudie bleek dat het beter inzichtelijk maken van de verschillende soorten knelpunten kan bijdragen aan het vinden van passende oplossingen. In dit hoofdstuk zal een eerste poging worden gedaan om de knelpunten te ordenen naar afkomst. Hiermee wordt bedoeld dat zal worden gekeken welke betrokken partijen de 'meeste verantwoordelijkheid' hebben voor het bestaan van een bepaald knelpunt. Met verantwoordelijkheid wordt bedoeld dat de betrokken partij naar inschatting de meeste mogelijkheden heeft om het knelpunt te verminderen. Deze inschatting zal worden gemaakt op basis van het literatuuronderzoek wat beschreven is in het eerste deel van dit verslag. De schema's kunnen daarnaast ook worden gezien als een aanzet tot structurering van het brede veld; de sociaal-medische begeleiding van allochtone werknemers. De indeling kan later getoetst en aangepast worden door bedrijfsartsen en andere professionals te vragen naar hun ervaringen en meningen over de SMB van allochtonen.

Bij de indeling van de knelpunten zal de volgende indeling van betrokken partijen (personen/instanties) worden gebruikt; cliëntgebonden, artsgebonden en contextgebonden factoren. De direct betrokken partijen in dit onderzoek zijn namelijk de allochtone werknemer (cliënt) en de bedrijfsarts (arts). Alle andere partijen zoals arbodiensten, werkgevers, overheidsinstanties zijn indirect betrokken bij de sociaal-medische begeleiding, in die zin dat ze niet een gesprekspartner zijn in de spreekkamer van de bedrijfsarts. Problemen die te herleiden zijn naar deze overge personen/instanties vallen onder de categorie contextgebonden factoren.

Op de volgende pagina's volgt een drietal tabellen waarin de problemen zijn ingedeeld naar herkomst van het probleem. Omdat er geen model bestaat waarin criteria worden gegeven voor de weging van het in kaart brengen van knelpunten in een sociaal-medisch vraagstuk, is er geprobeerd een oordeel te vellen over zwaarte van de knelpunten, op basis van het literatuuronderzoek wat in het eerste deel van dit verslag centraal stond. Per categorie (sociaal-culturele context, communicatie, onbegrepen gezondheidsklachten, organisatorische factoren en arbeidsfactoren) is gekeken of het probleem een zeer belangrijke (+), een matige (+/-), of onbelangrijke (-) rol van betekenis heeft op de instandhouding van de bestaande problematiek rondom de SMB van allochtone werknemers in de arbo-zorgverlening. Door middel van een normering van de knelpunten wordt een poging gedaan om meer inzicht te krijgen in welke mate de verschillende knelpunten een bijdrage leveren aan de geschatte problematiek. Per tabel zal een aantal voorbeelden worden gegeven.

6.1 Cliëntgebonden factoren

Een groot deel van de SMB van allochtonen hangt af van factoren die direct betrekking hebben op de cliënt. Met andere woorden; de cliënt is voor een groot deel zelf verantwoordelijk voor een goede begeleiding terug naar de werkvloer. In tabel 1.1 zijn de knelpunten waar de 'zieke' werknemer vooral zelf invloed op kan uitoefen opgesomd en is er een scoring van de knelpunten per categorie toegekend. Een voorbeeld; Als een cliënt, om wat voor reden dan ook, zich niet houdt aan de voorgeschreven therapie is dat een probleem wat bij de cliënt zelf ligt. De bedrijfsarts kan de cliënt stimuleren om de therapie te volgen, maar verder kan de bedrijfsarts niet verantwoordelijk worden gehouden voor de therapietrouw van zijn cliënten. Ook ziektebeleving is iets wat bepaald wordt door de cliënt zelf. Zoals in de literatuurstudie naar voren kwam hangt het af van de cultuur waarin mensen opgroeien hoe en naar ziekte wordt gekeken en hoe er mee om wordt gegaan. Als de cliënt gewend is om de klachten op een overdreven manier te presenteren tegenover een dokter in het land van afkomst, dan zal hij/zij dat ook doen tegenover een bedrijfsarts.

Tabel 6.1 Cliëntgebonden factoren

	Sociaal-culturele context	Communicatie	Onbegrepen gezondheidsklachten	Organisatorische factoren	arbeidsfactoren
Mondellinge taalbarrière	-		-/-	-	-
Schriftelijke taalbarrière		-			
Generatiekloof (1ste en 2de generatie)	-	-	-/-		
Onbekendheid arbodienst en bedrijfsartsen		-/-		+/	
Therapietrouw (zelfmanagement)		-/-	!	-	-
Ziektebeleving en presentatie	-	-/-	+		
ziektegedrag	-	-/-	+		
Relatie 'ziek zijn en werken'	-		+		-/-
somatisering			!	-	-
Taboe psychische klachten			!	-	-
Medische klachten tgv cultuur- en familiestructuren			!	-	-

Uit de literatuur valt op te maken dat veel van de problemen te maken hebben met de sociaal-culturele context, communicatie en onbegrepen gezondheidsklachten. Dit is in de tabel terug te zien, in de betreffende kolommen komen de meeste plussen en plus/minnen voor. Uit de literatuur die geraadpleegd is blijkt verder dat de knelpunten die te maken hebben met organisatorische- en arbeidsfactoren voor de groep cliënten nauwelijks een rol van betekenis spelen. Dit zou dus betekenen dat cliënten vooral verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor de knelpunten die betrekking hebben op sociaal-culturele context, communicatie en onbegrepen gezondheidsklachten. Voor de knelpunten in de categorieën organisatorische- en arbeidsfactoren kunnen de cliënten niet of nauwelijks verantwoordelijk worden gehouden volgens het bovenstaande schema.

6.2 Artsgebonden factoren

De bedrijfsarts heeft de taak om de zieke allochtone werknemer te begeleiden in het proces dat terugkeer naar de werkvloer mogelijk maakt. Naast de allochtone werknemer (cliënt) is de bedrijfsarts (arts) dus een belangrijk persoon die een invloed uit kan oefenen op het proces van de SMB. Een aantal knelpunten in de SMB van allochtone werknemers kunnen worden toegewezen aan de verantwoordelijkheid van de bedrijfsarts. Een voorbeeld is de onbekendheid van specifieke ziekten die bij allochtone cliënten voorkomen. Als een bedrijfsarts merkt dat hij/zij weinig kennis heeft over bepaalde ziektebeelden die bij allochtone werknemers relatief vaker voor komen, is het aan hem/haar om zich te verdiepen in deze ziektebeelden. Ook als een bedrijfsarts vooroordelen heeft over mensen met een bepaalde afkomst, is dit een probleem waarvoor de bedrijfsarts verantwoordelijk is. Anders gezegd, de bedrijfsarts kan alleen de vooroordelen wegnemen door zijn denkbeeld(en) aan te passen om zo de SMB beter te laten verlopen.

Tabel 6.2 Artsgebonden factoren

	Sociaal-culturele context	Communicatie	Onbegrepen gezondheidsklachten	Organisatorische factoren	arbeidsfactoren
Vooroordelen en stigmatisering	-	+/-	+		
Onbekend zijn /ontkennen van sociaal- culturele achtergrond van de cliënt	-	+	+/-		
Onbekendheid specifieke ziektebeelden	+/-		+	+/-	
Tijdgebrek	-	+/	+/		-
Communicatie met curatieve sector	-	+	+/		-
Slechte implementatie bestaande instrumenten	-	-	+/		-
Slecht voorlichtingsmateriaal		+/	+/	-	

Uit Tabe. 1.2 is af te lezen dat vooral in de categorie 'organisatorische factoren' de gesignaleerde knelpunten hoog scoren. Daarnaast spelen de categorieën sociaal-culturele context, communicatie en onbegrepen gezondheidsklachten een belangrijke rol. De categorie arbeidsfactoren speelt hier geen rol van betekenis. De belangrijkste knelpunten die voornamelijk aan de verantwoordelijkheid van de bedrijfsarts toegewezen aan worden zijn; vooroordelen en stigmatisering, onbekendheid/ontkennen van sociaal-culturele achtergronden van de cliënt en communicatie met de curatieve sector.

6.3 Contextgebonden factoren

Een aantal van de gesignaleerde knelpunten in de literatuur worden niet of nauwelijks door de cliënt of de bedrijfsarts beïnvloed. Deze knelpunten hebben bijvoorbeeld te maken met de arbeidsomstandigheden, leerachterstand en late start van de begeleiding. Deze knelpunten worden voornamelijk door andere partijen zoals arbodiensten, werkgevers en de overheid beïnvloed. De bedrijfsarts en de allochtone werkgever hebben bijvoorbeeld weinig invloed op de arbeidsvoorwaarden zoals die door de werkgever zijn opgesteld. Een ander voorbeeld is de onderwaardering van buitenlandse diploma's. De bedrijfsarts en zijn cliënt zijn niet degene die de regels hebben opgesteld voor de erkenning van de diploma's. De Nederlandse overheid kan verantwoordelijk worden gehouden voor dit knelpunt, alleen zij kan ervoor zorgen dat de regels rond de erkenning van buitenlandse diploma's aangepast worden.

Tabel 6.3 Contextgebonden factoren

	Sociaal-culturele context	Communicatie	Onbegrepen gezondheidsklachten	Organisatorische factoren	arbeidsfactoren
Late start begeleiding				–	
Arbeidsinhoud	–/–				–
Attitude werkgever (onjuiste bejegening)			+/	–	
Arbeidsvoorwaarden					–
Arbidsomstandigheden	–	–	+/	–	
Onderwaardering buitenlandse diploma's	–/–		–/–	–	–
Leerachterstand	–/–	–/–		–/–	–

Uit tabel 1.3 blijkt dat vooral dat de problemen hoog scoren in de categorie arbeidsfactoren. Verder wordt er ook een paar keer hoog gescoord in de categorie organisatorische factoren. Het knelpunt wat gaat over de attitude van de werkgever (onjuiste bejegening) scoort hoog in deze tabel.

6.4 Een eerste aanzet voor structurering

In dit hoofdstuk is geprobeerd de verschillende knelpunten die in de literatuur zijn benoemd te structureren. Een betere structurering van het brede, complexe probleem biedt mogelijk aanknopingspunten voor het ontwikkelen van interventies voor de verbetering van de SMB van allochtone werknemers in de arbo-zorgverlening. De voorgestelde structurering kan als discussie dienen voor professionals zoals bedrijfsartsen, en andere professionals die betrokken zijn bij de ontwikkeling van de richtlijn.

7. Conclusies en aanbevelingen

In opdracht van de organisatie Pacemaker is er onderzoek gedaan naar de kennis die nodig is om een richtlijn te ontwikkelen voor de sociaal-medische begeleiding van niet-westerse allochtone werknemers in de arbo-zorgverlening. De hoofdvraag die bij dit bacheloeronderzoek centraal stond is:

"Is het mogelijk om op basis van de aanwezige kennis over de sociaal-medische begeleiding van niet-westerse allochtone werknemers door de bedrijfsarts een eerste opzet te maken voor een richtlijn 'etnische diversiteit in de arbo-zorgverlening'?"

In dit hoofdstuk zal aan de hand van de weergave van de conclusies op de onderzoeksvragen een antwoord worden gegeven op de hoofdvraag.

Uit de analyse van de gesignaleerde problemen is naar voren gekomen dat er een grote diversiteit aan knelpunten kan worden onderscheiden bij de SMB van allochtone medewerkers. Dit komt doordat het probleem zeer breed is en daarnaast ook complex, verschillende soorten factoren kunnen een belemmering vormen tijdens de SMB. Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen knelpunten die te maken hebben met de communicatie, sociaal-culturele context, onbegrepen gezondheidsklachten, organisatorische- en arbeidsfactoren. Naast de beschrijving van de knelpunten worden er ook veel oplossingen voor de verbetering van de SMB van allochtone werknemers aangedragen in de literatuur. De oplossingen worden meestal gegeven in de vorm van tips en aanbevelingen.

Over de aangedragen oplossingen, tips en aanbevelingen uit de literatuur kan gezegd worden dat deze meestal algemeen geformuleerd zijn ('opendeur oplossingen'). Daarnaast is de invulling van de aanbevelingen niet altijd even duidelijk en wordt er weinig vermeld over de haalbaarheid van de voorgestelde oplossingen. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de aangedragen oplossingen. Hierdoor is het niet mogelijk om iets te zeggen over de 'beste oplossingen'. Daarnaast is het de vraag of 'de beste oplossing' wel bestaat voor een dergelijk complex probleem.

In de literatuurstudie worden de knelpunten en oplossingen wel beschreven. Het is echter nog niet mogelijk om op basis van deze aanwezige kennis over de knelpunten en oplossingen een praktische richtlijn te ontwikkelen voor bedrijfsartsen. Voor de ontwikkeling van een richtlijn is het noodzakelijk dat er eerst meer onderzoek wordt gedaan naar de impact van de verschillende knelpunten op de SMB van allochtone werknemers. Vervolgens moet ook onderzoek worden gedaan naar de oplossingen. Daarbij moet gekkeken worden naar de effectiviteit en de haalbaarheid van de oplossingen. Dit is noodzakelijk omdat in de uiteindelijke richtlijn de bewezen beste aanpak ook wel 'evidence based medicine' genoemd, moet worden beschreven.

Voor de ontwikkeling van een richtlijn is het mijns inziens van belang dat er een duidelijker beeld komt van de verschillende soort knelpunten. Aangezien er nog geen model is ontwikkeld waarmee een beter overzicht van de problematiek kon worden geschetst, is er naar eigen inzien een ordening gemaakt van de knelpunten. Uit deze indeling, gebaseerd op de literatuurstudie, blijkt dat de allochtone werknemers vooral problemen ervaren op het gebied van de sociaal-culturele context, communicatie en onbegrepen gezondheidsklachten. De knelpunten die bedrijfsartsen ervaren, hebben vooral te maken met organisatorische factoren. Daarbij spelen de knelpunten die te maken hebben met de sociaal-culturele context, communicatie en onbegrepen gezondheidsklachten ook een belangrijke rol bij de bedrijfsartsen. Knelpunten die niet goed ondergebracht konden worden bij de cliëntgebonden factoren of artsgebonden factoren zijn ondergebracht onder de noemer

contextgebonden factoren. Hier blijkt dat de knelpunten vooral op het gebied van de arbeidsfactoren liggen.

De schematische ordening van de knelpunten kan mogelijk bijdragen aan een discussie tussen bedrijfsartsen en andere betrokkenen over de invulling van de richtlijn. Uit deze ordening blijkt bijvoorbeeld dat niet elk knelpunt opgelost/verminderd kan worden door de bedrijfsarts. Bij de ontwikkeling van een richtlijn voor bedrijfsartsen is het van belang dat er naar die knelpunten wordt gekeken die vooral veroorzaakt of in stand gehouden worden door de bedrijfsartsen (tabel 6.2). Voor deze knelpunten moet gericht worden gezocht naar oplossingen. Uit tabel 6.2 valt af te lezen dat vooroordelen, en stigmatisering, onbekendheid/ontkennen van sociaal-culturele achtergrond van cliënten en communicatie met de curatieve sector de belangrijkste knelpunten zijn waar een oplossing voor moet worden gevonden. De knelpunten die onderverdeeld zijn in de categorie cliëntgebonden en contextgebonden factoren zijn in eerste instantie minder van belang om mee te nemen in de ontwikkeling voor een richtlijn voor bedrijfsartsen. Dit betekent niet dat deze knelpunten geen belemmering vormen voor de SMB van allochtone werknemers, maar deze knelpunten vragen om een andere aanpak. De knelpunten worden veroorzaakt door de allochtone werknemer (de cliënt) zelf of de knelpunten worden veroorzaakt door bijvoorbeeld ander betrokken actoren als de arbo-dienst, de werkgever en in sommige gevallen ook de Nederlandse overheid.

Concluderend kan worden gesteld dat de aanwezige kennis over de SMB van allochtonen werknemers nog niet toereikend is om een richtlijn op te stellen. De conceptualisering van de knelpunten zoals die in hoofdstuk 6 is beschreven geeft mogelijk wel aanknopingspunten voor de ontwikkeling van een richtlijn of eventuele andere interventiemethoden.

Aanbevelingen

Om de kwaliteit van de SMB van niet-westerse allochtonen in de arbo-zorgverlening te verbeteren door middel van de ontwikkeling van een richtlijn voor bedrijfsartsen zijn de volgende aandachtspunten voor Pacemaker van belang om bij stil te staan;

- Voordat men kan beginnen van het opstellen van een richtlijn is het van belang om nog eens goed naar de afkomst van de knelpunten te kijken. In dit onderzoek is een begin gemaakt door de cliëntgebonden, artsgebonden en contextgebonden factoren te onderscheiden. Het is aan te bevelen om te kijken of bedrijfsartsen en andere professionals tot de zelfde indeling komen van de knelpunten of dat er wellicht een betere indeling is van de knelpunten. Het achterliggende idee is dat er gericht kan worden gezocht naar oplossingen. Door middel van het organiseren van consensusbijeenkomsten kan de indeling zoals die in dit onderzoek is beschreven worden getoetst.
- Voor de volgende fase van het project, het ontwikkelen van een richtlijn voor de SMB van allochtone werknemers in de arbo-zorgverlening, is het van belang dat bedrijfsartsen nauw betrokken worden bij het proces. Er moet zoveel mogelijk terugkoppeling naar de praktijk van bedrijfsartsen zijn, om de richtlijn te laten aansluiten op deze praktijk. Alleen als een richtlijn aansluiting vindt bij de praktijk, zal deze ook zijn werking hebben.
- Bij het invoeren van een richtlijn voor de SMB van allochtone werknemers door bedrijfsartsen moet men ervan bewust zijn dat niet alle knelpunten worden aangepakt. Het is van belang dat ook andere actoren worden betrokken bij de verbetering van de SMB van niet-westerse allochtonen. Hierbij moet gedacht worden aan de rol van bijvoorbeeld arbo-diensten en werkgevers. Het is bijvoorbeeld aan te raden dat arbo-diensten andere afspraken maken met bedrijven waar veel allochtone werknemers in dienst zijn dan met een

bedrijf waarbij vooral autochtone personeel werkzaam is. Door rekening te houden met de invloed van andere actoren op de problematiek van de SMB van allochtone werknemers, wordt voorkomen dat er te eenzijdig naar het probleem en mogelijke oplossingen wordt gekeken.

- In de literatuur wordt een paar keer aangegeven dat men bij de beschrijving van de probleemsituatie van allochtone werknemers in de arbo-zorgverlening moet oppassen voor generalisatie. Binnen de groep niet-westerse allochtone werknemers is zeer veel diversiteit; een man uit Irak is niet te vergelijken met een man uit India enzovoort. Kort gezegd; 'de niet-westerse allochtoon' bestaat niet. Bij een aanpak van de knelpunten moet er rekening worden gehouden met de diversiteit binnen de doelgroep willen de aangedragen oplossingen ook daadwerkelijk een positief effect hebben. Dit pleit dus voor training van bedrijfsartsen op het gebied van inter-culturalisatie.
- Uit de indeling die in dit onderzoek is gebruikt, blijkt dat bedrijfsartsen vooral belemmerd worden door vooroordelen/stigmatisering en onbekendheid met andere sociaal-culturele achtergronden. Naar mijn mening is dit een belangrijk aandachtspunt bij de ontwikkeling van een richtlijn 'diversiteit in de arbo-zorgverlening'. Een oplossing voor deze knelpunten is namelijk niet zozeer van bovenaf te regelen. Actoren in het veld als arhodiensten kunnen een richtlijn opstellen met daarin het advies dat bedrijfsartsen moeten letten op het voorkomen van stigmatisering, maar de vraag is of dit effect zal hebben. Het invoeren van een richtlijn geeft geen garantie dat bedrijfsartsen zich bewust worden van hun eigen opvattingen en geloofsovertuiging bijvoorbeeld. Andere interventies, zoals bijscholing en training, hebben hier waarschijnlijk meer effect dan de invoer van een richtlijn.
- De laatste aanbeveling is zeker niet de onbelangrijkste. Voordat een richtlijn 'diversiteit in de arbo-zorgverlening' wordt ingevoerd, is het van belang dat deze getoetst wordt in de praktijk en vervolgens ook geëvalueerd wordt. Bij toetsing moet vooral gekeken worden of de inhoud van de richtlijn aansluit vindt in de praktijk van bedrijfsartsen. Daarnaast moet ook worden geëvalueerd in hoeverre bedrijfsartsen vertrouwen hebben in de richtlijn en of er eventuele slechte ervaringen zijn met de richtlijn. Bij de toetsing is het ook van groot belang dat de uitkomsten meetbaar en transparant zijn. Dit om uiteindelijk te komen tot een werkwijze die bewezen de beste is (evidence based practise).

Literatuurlijst

- Arbeidsinspectie (2007). *Arbodiensten een verplichting*.
http://arbeidsinspectie.szw.nl/index.php?fuseaction=dsp_rubriek&rubriek_id=20004.
(geraadpleegd op 7 september 2007).
- Arbo.ed (2006). *Vraag en antwoord: arbodienst*. <http://www.arbo.ed.nl/service/vraag-en-antwoord/arbodienst/>. (geraadpleegd op 7 september 2007).
- Art.1 (2004). *De definitie van 'allochtoon'*. <http://www.art1.nl/?node=1376> (geraadpleegd op 28 augustus 2007).
- Bijl, van der J.J. Grypdonck, M.H.F. & Jong, de C.C. 4.6.2. *(in)adequaat zelfmanagement bij chronisch zieken allochtonen en chronisch zieken met een lage sociaal-economische status*.
<http://www.levv.nl/uploaded/FILES/sota%20studie/Hoofdstuk%204-6-2%20Inadequaat%20zelfmanagement%20chronisch%20zieke.pdf> (geraadpleegd op 25 september 2007).
- Bohlmeijer, E. Ingen, van A. (2000). Slotbeschouwing, de onmacht overwinnen. In E. Bohlmeijer (Red.), *Diversiteit en werkstress*. Utrecht: FORUM. pp 55-63.
- BPV (2007). *Medicalisering en demedicalisering*. <http://www.bpv.nl/doc/mcdmed.pdf> (geraadpleegd op 14 november 2007).
- CBS (2004). *Ziekteverzuim gedaald tot 4,7 procent*. <http://www.artsenapotheker.nl/152306> (geraadpleegd op 4 januari 2008).
- CBS (2006). *Ziekteverzuim in 2005 onveranderd*.
<http://www.arboportaal.nl/onbeker.d/onbekend/actueel/ziekteverzuim-in-2005-onveranderd?curwerkgever=werkgever> (geraadpleegd op 4 januari 2008).
- Giessen van der, J.A.M en Zandbergen, A.E. (2006). *Interculturele communicatie in het UMC Utrecht, een inventarisatie bij de divisies*. Utrecht: UMC.
- Harteloh, P.P.M. en Casparie, A.F. (2003). *Kwaliteit van zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Hijmans van den Bergh, A. (2002). *Sociaal-medische begeleiding van allochtonen, een verkennend onderzoek*. Utrecht: FORUM, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling.
- Hubregtse, H. (2000). Determinanten van werkstress bij allochtonen: een inventarisatie. In E. Bohlmeijer (red.), *Diversiteit en werkstress*. Utrecht: FORUM. pp 9-31.
- Kerkhoven, N. (2000). Arbeidsgerelateerde psychische problematiek bij allochtonen. In E. Bohlmeijer (Red.), *Diversiteit en werkstress*. Utrecht: FORUM. Pp. 32-47.
- Keurmerkinstituut (2007). *Keurmerken in de zorgsector*.
<http://www.keurmerk.nl/Accommodatie/Zorg/Keurmerken.html> (geraadpleegd op 17 augustus 2007).
- KNAW onderzoeksinformatie (2006). *Het hulpverleningsproces: onderzoek naar communicatie in de gezondheidszorg*. <http://www.onderzoeksinformatie.nl/nl/oi/nod/onderzoek/OND1299655/> (geraadpleegd op 25 september 2005).

Loonstra, C.J. (2007). *Hoofdstukken sociaal recht*. Groningen: Wolters-Noordhoff (editie 2007).

Meerhock, A. Et al. (2004). *Arbeidsongeschiktheid, reïntegratie en etniciteit*. Maastricht: Universiteit Maastricht: sectie Gezondheidswet en Wijsbegeerte

MedWerk, Pacemaker en TNO (2004). *"gezamenlijk werken aan een betere afstemming van de sociaal-medische begeleiding van allochtone werknemers": Valkuilen en aandachtspunten*

NVAB (1989). *Beroepscode voor bedrijfsartsen*.
http://nvab.artsennet.nl/uli/?uli-AMGATE_6059_340_TICH_L664433438.
(geraadpleegd op 7 september 2007).

NVAB (2003). *Professioneel statuut van de bedrijfsarts*.
<http://www.ohcbv.nl/hulp Pagina/documenten/Professioneel%20statuut%20van%20de%20bedrijfsarts.pdf> (geraadpleegd op 7 september 2007).

NVAB (2004). *Beroepsprofiel van de bedrijfsarts*.
http://nvab.artsennet.nl/content/resources/AMGATE_6059_340_TICH_L1335785279/AMGATE_6059_340_TICH_R138623171557721/ (geraadpleegd op 7 september 2007).

NVAB (2005). *Over richtlijnontwikkeling*.
http://nvab.artsennet.nl/content/resources/AMGATE_6059_340_TICH_L580368038/AMGATE_6059_340_TICH_R138040420533155/ (geraadpleegd op 6 januari 2008)

NVAB (2007). *Richtlijnen en leidraden*.
http://nvab.artsennet.nl/content/resources/AMGATE_6059_340_TICH_L751137064/AMGATE_6059_340_TICH_R15809826490277/ (geraadpleegd op 11 september 2007).

NVVG (2005). *Intercollegiale toetsing in de sociale geneeskunde*.
<http://www.nvvg.nl/index.php?page=69> (geraadpleegd op 11 september 2007).

Oscar Nederland, Multi- etnische stichting voor patiënten en dragers van sikkelcelanemie en thalassemie (2005). *Wat is sikkelcelziekte*. <http://www.sikkelcel.nl/sikkelcel/index.php?page=sikk> (geraadpleegd op 7 januari 2007).

Pacemaker (2004). *Expertineeting: Onderzoek en beleid over sociaal-medische begeleiding van allochtonen*. (geraadpleegd op datum expertineeting: 17 juni 2004)

Pacemaker (2005). *State of the Art: Etnische Diversiteit Arbeid & Gezondheid*. Amsterdam: Pacemaker in Global Health (eerste concept).

Pacemaker (2006). *Omschrijving project: etnische diversiteit in de arbo-zorgverlening*

Pacemaker (2007). <http://www.pacemaker.nl>

Palet, Brabant Balie, Forum(2001). *Allochtoon en toch succesvol, kansen en belemmeringen voor gekleurde Nederlanders*.
<http://www.palet.nl/publicaties/Allochtoon%20en%20toch%20succesvol.pdf> (geraadpleegd op 25 september 2007).

Poppel, J. & Kamphuis, P. (2003). *Arbozorg en allochtonen: literatuurstudie naar het functioneren van de arbozorg in Nederland en andere Europese landen*. Tilburg: IVA

PSW (2001). *Allochtone arbeidsgehandicapten, verkenning naar de problematiek van de doelgroep*. 's Hertogenbosch: PSW arbeidsmarktadvies.

Ramadan-medicijn. *Ramadan en gezondheid*. <http://www.ramadan-medicijnen.nl/index.htm> (geraadpleegd op 25 september 2005).

Schaatsma, E.S. (2002). Zorg op maat, ondanks cultuurverschillen. *Pharmaceutisch Weekblad* 5, Pp 169-172.

Sluis, E., Keijser, A., Wagner, C. (2007). *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen, de stand van zaken in 2005*, NIVEL.

Snel, E. (2002). *In de fuik, turken en Marokkanen in de WAO*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Sincijsters, H. (2006). Vakmanschap is meesterschap, de professional als middelpunt van management en onderzoek. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, vol. 61, no. 11, p. 930-941.

STECR, Platform Reïntegratie (2003). *Assist: Sociaal-medische begeleiding allochtonen*. Hoofddorp: STECR.

SZW (ministerie Sociale zaken en werkgelegenheid) (2007). *Werken naar Vermogen*. <http://www.werkennaarvermogen.nl/regelgeving.htm> (geraadpleegd op 28 augustus 2007).

Udenhout, M. Karsten, C. (2000). Een cursus werkstresspreventie voor allochtonen. In E. Bohlmeijer (red.) *Diversiteit en werkstress*. Utrecht: FORUM pp 48-55.

Visser, G.J. (2005). Geen wit, geen zwart. *Medisch contact* 29/30, p.p 1200-1203.

Zibb.nl/human resources (2005). G. Mooij. *De WLA in dertien vragen*. http://www.zibb.nl/web/humanresourcesartikel/de_wla_in_dertien_vragen.htm (geraadpleegd op 21 augustus 2007).