



ALLOCHTONEN IN DE SPREEKKAMER

**Verslag van een internationaal onderzoek
rond een gevoelig thema**

september 2005

P05/366

dr. Rienk Prins
drs. Wendy Heijdel

Bureau *ASTri*
Stationsweg 26
2312 AV Leiden

Tel.: 071 – 512 49 03
Fax: 071 – 512 52 47
E-mail: astri@astri.nl
Internet: www.astri.nl

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	5
	1.1 WAO-beoordeling en allochtonen	5
	1.2 Achtergrond en doelstelling van de verkenning	6
	1.3 Vraagstelling	7
	1.4 Landenkeuze	8
	1.5 Onderzoeksofzet en uitvoering	12
	1.6 Opbouw van het rapport	14
2	ZIEKTEVERZUIM, ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN ETNICITEIT	15
	2.1 Cijfers over verzuim en arbeidsongeschiktheid bij migranten en etnische minderheden	15
	2.2 Achterliggende problemen	20
	2.2.1 Conclusies uit Nederlandse bronnen	20
	2.2.2 In andere landen is de situatie niet veel anders	21
3	BELEID EN MAATREGELEN	25
	3.1 Algemeen beleid t.a.v. etnische minderheden	25
	3.2 Verbetering van informatievoorziening aan allochtonen	27
	3.3 Trainingen voor professionals	27
	3.4 Richtlijnen en aangepaste werkwijzen	28
	3.5 Inschakeling van tolken	29
	3.6 Inschakeling van deskundigen met dezelfde etnische achtergrond als verzekerde	31
4	CONCLUSIES IN EEN NEDERLANDSE CONTEXT	35
	4.1 De vraagstelling herbezien	35
	4.2 Vraagstelling 1: Cijfers en problemen	36
	4.3 Vraagstelling 2: Maatregelenrepertoire en ervaringen	37
	4.4 Vraagstelling 3: Beleid en maatregelen in Nederland	40
	LITERATUUR	43
	BIJLAGE 1 – GERAADPLEEGDE EXPERTS	47
	BIJLAGE 2 – QUESTIONNAIRE	49

1 INLEIDING

1.1 WAO-beoordeling en allochtonen

De toegang tot de WAO is in Nederland voor een belangrijke deel afhankelijk van de beoordeling door de verzekeringsarts en arbeidsdeskundige. Vanwege de groei van de WAO kreeg het beoordelingsproces de afgelopen jaren steeds meer aandacht en was er een toenemende behoefte om grip te krijgen op de factoren die een rol spelen in dit proces. Een deel van die factoren heeft betrekking op de interactie tussen beoordelaar en cliënt. Verschillende studies hebben hier aandacht aan besteed en lieten onder meer zien dat kenmerken van de verzekerde, de presentatie van en de communicatie met de cliënt een rol spelen (zie ondermeer: De Bont, 1999; De Boer, e.a., 2000; Snel, 2002). Hoewel de discretionaire ruimte die de regelgeving toelaat en de wijze van functie-invulling dergelijke invloeden oproepen, is het doorgaans de bedoeling om in de interactie tussen aanvrager en beoordelaar deze factoren te beheersen. Althans als ze de kwaliteit en uitkomsten van de keuring beïnvloeden en het principe van gelijke behandeling kunnen aantasten.

Een categorie van verzekerden, waarbij de WAO-claimbeoordeling specifieke problemen kan oproepen betreft allochtone verzekerden. In haar onderzoek constateert Harmsen (2003) dat verzekeringsartsen diverse knelpunten ervaren bij de claimbeoordeling van allochtonen. Deze hebben betrekking op de gebrekkige taalbeheersing van de allochtonen en een moeizaam verloop van de communicatie. Daarnaast bemoeilijken een andere klachtenbeleving (zoals absolute ziekterol, somatiseren van klachten) en een andere klachtenpresentatie (dramatisch, theateraal, vage klachtenbeschrijving) de beoordeling.

Ook andere Nederlandse literatuur wijst in deze richting. Zo zouden allochtonen nauwelijks te overtuigen zijn van het idee dat iemand ook gedeeltelijk arbeidsongeschikt kan zijn, of dat (gedeeltelijke) werkhervatting het herstel kan bevorderen (Van den Berg, 2002). De kwalitatieve analyse in het onderzoek van Snel bevestigt dit beeld. De gezondheidsbeleving van allochtonen is anders dan die van autochtonen in de ogen van de verzekeringsartsen; de communicatie verloopt vaak moeizaam en allerlei culturele conflicten leiden tot spanningen, waar cliënten ziek van worden maar die voor verzekeringsartsen moeilijk in te schatten zijn (Snel, 2002).

Zowel uit de bovengenoemde studies en de startnotitie van het UWV, alsmede onze eigen contacten met verzekeringsartsen¹ ontstaat het beeld dat allochtonen ervaren worden als cliënten met wie de communicatie moeizaam is en waarvan de arbeidsongeschiktheid (derhalve) nog al eens lastig te beoordelen is. Verzekeringsartsen hebben het idee weinig grip te hebben op de beoordeling van allochtone cliënten.

Cijfers van het CBS laten zien dat er ook in het gebruik van de WAO verschillen zijn tussen Nederlandse en allochtone verzekerden: gerelateerd aan hun arbeidsparticipatie blijken oudere mannen van Turkse en Marokkaanse afkomst oververtegenwoordigd zijn in de WAO. Hetzelfde geldt voor Turkse en Marokkaanse vrouwen, ongeacht hun leeftijd (Snel, 2002). Daarnaast blijkt dat het overgrote deel van de arbeidsongeschikte allochtonen (90%) een volledige WAO-uitkering heeft, terwijl dit voor autochtonen genuanceerder ligt. Met betrekking tot het voortraject van de WAO, het ziekteverzuim, is verder bekend dat de verzuimduur van allochtone werknemers gemiddeld langer is dan die van autochtone werknemers.

1.2 Achtergrond en doelstelling van de verkenning

Uit internationale contacten en onderzoek van *AStri* was bekend dat ook in enkele andere landen de beoordeling en begeleiding van werknemers met een allochtone achtergrond steeds meer aandacht krijgt. Zo was er enkele jaren geleden in het Verenigd Koninkrijk een parlementair onderzoek, naar aanleiding van beschuldigingen van discriminatie aan het adres van de 'Medische Dienst' die de arbeidsongeschiktheid beoordeelt. Het resultaat van het onderzoek was onder meer dat de medische dienst overstapte op het geven van 'culturally competent disability services'. En in Duitsland werden aan het eind der 90-er jaren, naar aanleiding van de thematiek van asielzoekers en gastarbeiders, door uitvoeringsorganen enkele studies gestart in verband met de toegang tot en beoordeling van aanspraken op zorgvoorzieningen voor allochtonen. Tenslotte blijkt dat in enkele 'traditionele' multiculturele samenlevingen buiten Europa (Australië, Canada, Verenigde Staten) al langer aandacht bestaat voor de thematiek van etnische minderheden, toegang tot en faire en gelijke behandeling in de (gezondheidszorg en) sociale verzekeringen.

¹ Het gaat hier om contacten die *AStri* heeft in het kader van de beroepsopleiding voor bedrijfs- en verzekeringsartsen verzorgd door de NSPOH (Netherlands School of Public and Occupational Health).

Gelet op het feit dat in enkele omliggende Europese landen ervaringen zijn gedocumenteerd over de omgang met de factor 'etniciteit' in het begeleidings- en beoordelingsproces, werd voor een onderzoeksvorstel rond dit thema aan het UWV een subsidieverzoek gericht. Het onderzoek heeft tot doel om de elders ervaren problemen, gekozen aanpak en oplossingsrichtingen in kaart te brengen en op relevantie en toepasbaarheid op de Nederlandse situatie te beoordelen. De verkenning kan een belangrijke pragmatische bijdrage leveren aan het beleid met betrekking tot verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming in Nederland.

1.3 Vraagstelling

De subsidieaanvraag werd gehonoreerd zodat een internationale verkenning kon worden gestart die tot doel heeft inzicht te krijgen in de knelpunten en gekozen oplossingen voor een adequate en faire beoordeling en begeleiding van cliënten met een allochtone achtergrond. Het vinden van instrumenten, procedures of benaderingen, die wellicht overdraagbaar zijn, kan een bijdrage leveren aan de deskundigheidsbevordering met betrekking tot het omgaan met ziektebeleving en claimgedrag van allochtonen. Verder kunnen de uitkomsten van nut zijn voor het verbeteren van de kwaliteit van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.

De vraagstelling van het onderzoek is in drie sub-vragen opgesplitst:

1. *Worden in omliggende landen ook problemen ervaren bij de verzuimbegeleiding en arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van allochtonen? Zo ja, welke en hoe manifesteren deze zich (bijv. in WAO toetredingscijfers, beroepszaken)?*
2. *Op welke wijze wordt bij de begeleiding van langdurig ziekteverzuim en beoordeling van arbeidsongeschiktheid omgegaan met deze knelpunten (communicatieproblemen, culturele verschillen en overige subjectieve factoren)?*
3. *Welke van de geïnventariseerde benaderingen of maatregelen zijn, eventueel met aanpassingen, nuttig en toepasbaar voor de Nederlandse situatie (verzuimbegeleiding, reïntegratie, arbeidsongeschiktheidsbeoordeling)?*

Ter toelichting kan het volgende worden aangegeven.

In het onderzoek is geen strikte definitie van allochtonen toegepast. In de (engelse) vragenlijst (zie bijlage 2) en in de communicatie met buitenlandse deskundigen of de literatuuranalyse is steeds de verzamelterm 'migrants and ethnic minorities' gebruikt, hetgeen geen problemen bleek op te leveren.

In de praktijk bleek dat de buitenlandse knelpunten en oplossingen vooral op niet-westerse allochtonen betrekking hebben. Westerse allochtonen komen elders in (eventuele) verzuim- en WAO-cijfers eigenlijk alleen aan de orde als minder interessante categorie en worden nauwelijks genoemd in verband met uitvoeringsproblemen (toegankelijkheid, communicatie, etc.).

Zoals uit de vraagstelling verder blijkt is deze inventarisatie niet beperkt tot het domein van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Ook de controle en begeleiding tijdens het traject dat aan een WAO-claim voorafgaat, het ziekteverzuimtraject, is in het onderzoek opgenomen. Indien er specifieke problemen en oplossingen zijn, zullen die ook al in de verzuimfase aan de orde (kunnen) komen. In Nederland gaat het daarbij om de arbodienst; in omliggende landen heeft de bedrijfsarts echter nauwelijks een rol bij het ziekteverzuim, maar deze dienst kan beroepshalve wel te maken krijgen met allochtone werknemers (zie par. 1.4). Aangezien allochtone werknemers oververtegenwoordigd zijn in de sectoren met relatief ongunstige veiligheids- en gezondheidsrisico's, zal verder – waar mogelijk – ook aandacht worden besteed aan de werkwijze van de uitvoerders van de (sociale) bedrijfsongevallenverzekeringen.

1.4 Landenkeuze

Op basis van reeds beschikbare literatuur en contacten van *AStri* door eerder internationaal onderzoek werden oorspronkelijk zeven landen in de verkenning opgenomen, namelijk Denemarken, Duitsland, Noorwegen, Oostenrijk, Verenigd Koninkrijk, Zwitserland en Zweden. Deze landen zijn qua economische bedrijvigheid en ontwikkeling van de sociale verzekeringen vergelijkbaar met Nederland. Ook hebben alle met etnische minderheden te maken of is er sprake van een multi-linguale samenleving (bijv. Zwitserland). Tenslotte was uit eerder internationaal onderzoek van *AStri* bekend, dat voor deze landen vrij gemakkelijk informatie over de knelpunten en oplossingsrichtingen kan worden verkregen. Over Oostenrijk werd echter minder informatie ontvangen dan beoogd, zodat dit land verder weinig aan de uitkomsten heeft bijgedragen.

De deelnemende landen hebben grote verschillen in niveau van ziekteverzuim en WAO-afhankelijkheid.

Hoewel recente cijfers van deze sectie van landen ontbreken mag men op basis van recente studies² aannemen, dat:

- a. het ziekteverzuim met name hoog is in Noorwegen en Zweden (en het laagst in België, Duitsland en Zwitserland).
- b. Ten aanzien van het aantal arbeidsongeschikten (per 1000 verzekerden) staat Nederland nog steeds aan de top, hoewel daarbij niet vergeten moet worden dat elders de WAO vaak een pensioenregeling is en gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid, laat staan in combinatie met werken, niet voorkomt (DK, D, N, UK, CH).

Zoals dit rapport zal illustreren laten deze verschillen in afhankelijkheid van inkomensregelingen voor ziekte en arbeidsongeschiktheid onverlet, dat uitvoeringsorganen in alle onderzochte landen problemen ervaren en maatregelen treffen om knelpunten in de beoordeling van allochtone verzekerden aan te pakken.

In Tabel 1 wordt een overzicht geboden van de organisaties en professionals die elders in het kader van ziekteverzuim, arbeidsongevallen en (blijvende) arbeidsongeschiktheid bij de beoordeling en begeleiding betrokken zijn.

Dit overzicht geeft aan dat er zowel ten opzichte van Nederland, als tussen de landen onderling, aanzienlijke verschillen bestaan wat betreft de actoren waarmee de allochtonen (en autochtone) verzekerde te maken krijgt.

In geval van "gewone" ziekte ligt bij de start van het ziekteverzuim de hoofdrol bij de huisarts (in Noorwegen evt. ook bij de bedrijfsarts). Deze verstrekt een medisch attest en is verantwoordelijk voor de begeleiding; de verzekeringsgeneeskundige checkt na verloop van tijd het (voort)bestaan van de (tijdelijke) arbeidsongeschiktheid. Reïntegratiemaatregelen worden in Duitsland en Zwitserland geïnitieerd en betaald door de pensioenverzekering, die het invaliditeitspensioen (= WAO) verzorgt.

De situatie is in alle landen anders (dan in Nederland) als het om een arbeidsongeval of beroepsziekte gaat. Op basis van het causaliteitsprincipe hebben landen buiten Nederland een aparte sociale verzekeringsregeling voor deze werkgebonden risico's gaat. Daarbij worden in drie landen (Denemarken, Duitsland en Zwitserland) medici van de private (alleen: Denemarken) of publieke verzekeraars ingeschakeld. Deze publieke verzekeraars hebben zelf revalidatie- en reïntegratiefaciliteiten.

² Bergendorff, S. (2004) *Sickness absence in Europe; a comparative study*, ISSA Research Conference; Bonto, L. & L. Lusiniyan (2004) *Work absence in Europe*, IMF Working Paper; Prins, R & W. Heijdel (2005). *Invalidenrenten infolge psychischer Beeinträchtigungen; Zahlen und Massnahmenvergleich in sechs Ländern*, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 7/05, Bern, Bundesamt für Sozialversicherung.

Ook illustreert de tabel dat bedrijfsgezondheidszorg in de geselecteerde landen voor minder werkgevers verplicht is voorgeschreven dan in Nederland. Bovendien is ziekteverzuimbeleid in omliggende landen doorgaans geen (hoofd-) taak voor de bedrijfsarts.

Aangezien bij het literatuuronderzoek ook nog interessante voorbeelden uit andere landen aan het licht kwamen, levert deze verkenning uiteindelijk uit meer dan de oorspronkelijk gekozen landen informatie op.

TABEL 1 - Enkele kenmerken van deelnemende landen

Aspect	Denemarken	Duitsland	Noorwegen	Ver. Koninkrijk	Zwitserland	Zweden
1.Ziekteverzuim						
-med.attest	HA	HA	HA, BA	HA	HA	HA
-beoordeling	Niet-med.Gem	VA-Ziekenf.	VA-UVI	VA-UVI	VA-Ziekenf.	Niet-Med.-UVI
-begeleiding	Idem./HA	HA	HA	HA	HA	Idem
-reïntegratie	Idem/ HA	Zie: Arb.onges.	VA, AD UVI	HA	Zie: Arb.onges	Idem
2.Arb.ongeval						
-beoordeling	VA-Ong.verz.	VA-Ong.verz.	VA-UVI	VA-UVI	VA-Ong.verz.	Niet-Med.-UVI
-begeleiding	VA-Ong.verz.	Idem	AD-UVI	HA	Idem	Idem
-reïntegratie	AD-Ong.verz.	Idem + AD.	AD UVI	HA	Idem + AD	Idem
3.Arb.Ongesch.						
-beoordeling	VA-Pens.verz.	VA- Pens.verz.	VA- Pens.verz.	VA-UVI	VA- Pens.verz.	VA-UVI
-reïntegratie	n.v.t.	VA + AD.	VA + AD.	AD-UVI	VA + AD.	n.v.t.
Arbodienst verplicht?	Grote bedr., alle bedr. specifieke risicosectoren	Grote bedr., alle bedr. specifieke risicosectoren	Grote bedr., alle bedr. specifieke risicosectoren	Bedrijven in specifieke risico-sectoren	Bedrijven in specifieke risico-sectoren	Grote bedr., alle bedr. specifieke risicosectoren

Legenda:

AD: arbeidsdeskundige; Gem,: gemeente; HA: huisarts; Ong.verz: arbeidsongevallenverzekering; Pens.verz.: pensioenverzekering; UVI: algemeen uitvoeringsorgaan; VA: verzekeringsgeneeskundige; Ziekenf.: Ziekenfonds.

1.5 Onderzoeksopzet en uitvoering

Het verzamelen van informatie over migranten en etnische minderheden, ervaren problemen en maatregelen in de beoordeling en begeleiding vond op de volgende wijzen plaats:

- a. literatuuronderzoek en benadering van deskundigen (voornamelijk per e-mail en telefoon);
- b. e-mailenquête (onder verzekeringsgeneeskundigen en deskundigen op het terrein van de arbozorg);
- c. telefonische interviews (met enkele deskundigen voor nadere toelichting).

In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van alle informanten, die het onderzoek mogelijk hebben gemaakt.

Het literatuuronderzoek concentreerde zich op algemene publicaties (over allochtonen/etnische minderheden en sociale verzekeringen, alsmede (werk-) documenten van uitvoerders. De literatuurstudie beperkte zich tot bronnen in de Nederlandse, Engelse, Duitse en Zweedse taal.

Aangezien het literatuuronderzoek een beperkte oogst opleverde, werden aanvullend in diverse landen enkele deskundigen (onderzoekers, sociale verzekeringsuitvoerders, bedrijfsartsen) benaderd met de vraag:

- "of het thema speelt" (allochtonen, ziekteverzuim/ arbeidsongeschiktheid, beoordeling/begeleiding/reïntegratie), en indien ja:
- wie daarover meer zou kunnen meedelen (maatregelen, effecten, ervaringen).

Dank zij de medewerking van de EUMASS (European Union of Medicine in Assurance and Social Security) kon verder een e-mailenquête worden gehouden onder de nationale vertegenwoordigers van deze internationale vereniging. De vragenlijst bestond uit een toelichtende tekst (over doel van de studie, problematiek in Nederland, opdrachtgever, etc.) alsmede een viertal vragen (zie bijlage 2):

1. over de informant en zijn taak of positie in de uitvoering of bedrijfsgezondheidszorg;
2. of er statistische gegevens beschikbaar zijn over verschillen in ziekteverzuim, arbeidsongevallen, arbeidsongeschiktheidsclaims e.d. tussen allochtone en autochtone werknemers/verzekerden en zo ja, aan welke factoren deze verschillen worden toegeschreven;
3. welk soort maatregelen ondernomen worden of in voorbereiding zijn (bijv. herformuleren beleid, voorlichtingsbeleid, werkmethoden en procedures, training, etc.) en met welke ervaringen.

De slotvraag betref de bereidheid om eventueel aan een telefonisch interview mee te werken, als men - vanuit Nederlands perspectief - over interessante maatregelen of ontwikkelingen in de enquête had gemeld.

De resultaten van de inzet van de diverse instrumenten zijn zeer gevarieerd.

1. Het literatuuronderzoek leverde slechts een bescheiden aantal bronnen op. Over toegankelijkheid en benutting van de gezondheidszorg door etnische minderheden is (zeer) veel geschreven, over ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en over arbozorg of uitvoering echter aanzienlijk minder en dan blijkt het nog vaak om 'grijze literatuur' te gaan. De meeste literatuur werd opgespoord via de benaderde deskundigen en via degenen die aan de enquête meewerkten.
2. De enquête werd door het secretariaat van de EUMASS bij verzekeringsgeneeskundigen uit 15 landen uitgezet. Daarnaast is de enquête uitgezet bij diverse internationale contacten in acht van deze landen (op het terrein van bedrijfsgezondheidszorg, alsmede bij buitenlandse ziekteverzuim- en WAO-onderzoekers). Na twee maanden volgde een rappel. Uiteindelijk werd van deskundigen uit acht landen een reactie ontvangen, waarvan 1 meedeelde dat het thema niet speelde en 3 aangaven dat er over het thema nauwelijks of geen gegevens beschikbaar zijn. De overige reacties leverden bruikbare informatie op.
3. Gezien de lage response werden halverwege het project de deskundigen en uitvoerders, waarvan bekend was dat ze meer over het thema wisten, telefonisch benaderd om het onderzoek nader onder de aandacht te brengen. Dit leidde in zes gevallen tot een telefonisch interview en nazending van documentatie.

Uit een evaluatie van de reacties bleek dat het onderzoek en de wijze van enquêtering op enige reserves waren gestoten:

- a. uit enkele landen werd gemeld dat het een gevoelig thema betrof, waarover geen statistieken bestaan en waarover niet veel is gepubliceerd. Enkele informanten hadden daarom, na de vraag over cijfers over de omvang van de problematiek, de vragenlijst (dan ook) terzijde gelegd;
- b. ook deelden enkele informanten mee (o.a. Duitse bedrijfsartsen), dat het thema niet speelde, "omdat iedereen gelijk wordt behandeld". Daarop gevraagd hoe men dan in de arbozorg met taal- en culturele verschillen omging, konden enkele artsen aanvullend wel enig inzicht in de dagelijkse gang van zaken geven (bij zeer grote bedrijven);
- c. een enkele uitvoerder liet doorschemeren dat alleen op schriftelijke wijze

over het thema informatie mocht worden gegeven (maar door drukte zou het er niet van komen).

Anderzijds kan ook vermeld worden dat het thema niet overal zo bescheiden behandeld wordt: in het onderzoekprogramma van het Zweedse uitvoeringsorgaan is het thema etniciteit juist als zwaartepunt voor 2005 gekozen.

De extra inzet van het telefonische benadering in de gekozen landen leidde er tenslotte toe dat, in combinatie met literatuur, voor de meeste van de oorspronkelijk gekozen landen een redelijk beeld van de thematiek en van het beleid bij uitvoeringsorganen kon worden verkregen. Dit betekent niet dat een representatief beeld wordt gegeven; veeleer is het gelukt om op deze wijze een aantal activiteiten en instrumenten in kaart te brengen, die wellicht inspiratie bieden voor de aanpak in Nederland.

1.6 Opbouw van het rapport

Na deze inleiding wordt in het tweede hoofdstuk aandacht besteed aan de vraag of in andere landen allochtonen, vergeleken met de autochtone bevolking, een groter beroep doen op de sociale verzekeringen (in geval van ziekte, arbeidsongeval of arbeidsongeschiktheid). Hoofdstuk drie bespreekt een zestal soorten maatregelen om met culturele verschillen om te gaan of om de communicatie tussen verzekerde en uitvoeringsorgaan bij de claimbeoordeling te verbeteren. Ook gaan we in op activiteiten die werden gerapporteerd over arbeidsreïntegratie. In het slothoofdstuk (hoofdstuk 4) worden de uitkomsten besproken, in het licht van de Nederlandse situatie en mogelijkheden.

2 ZIEKTEVERZUIM, ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN ETNICITEIT

2.1 Cijfers over verzuim en arbeidsongeschiktheid bij migranten en etnische minderheden

Cijfers over allochtonen en sociale verzekering

Etnische achtergrond is een gegeven dat in vele landen niet in de administratie van de uitvoeringsinstellingen aanwezig is. Voor Nederland geldt bijv. dat pas door een koppeling van de gegevens van het UWV met die van de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) enige kwantitatieve informatie over het aantal allochtonen in de WAO kan worden gegeven (CBS, 2000).

Wat betreft de beschikbaarheid van cijfers over allochtonen en sociale verzekering kan men twee categorieën landen onderscheiden:

- a. landen waar (standaard) weinig of geen cijfers beschikbaar zijn over allochtonen. Vanuit privacyoverwegingen wordt etnische herkomst niet geregistreerd of men is zeer voorzichtig met het "uitdraaien" van dergelijke cijfers uit angst voor discriminatie. De meeste Europese landen lijken tot behoren tot deze groep. Uit de reacties op de e-mailenquête bleek duidelijk dat het onderwerp bij de meeste landen gevoelig ligt;
- b. landen waar wel kwantitatieve gegevens zijn over allochtonen of migranten, zowel wat betreft hun aandeel in de (beroeps-)bevolking of verzekerdenpopulatie, als onder uitkeringsontvangers. Dit zijn vaak de multiculturele landen die van oudsher in hun bevolking te maken hebben met groepen migranten of etnische minderheden. In Europa behoort het Verenigd Koninkrijk tot deze groep. Maar ook Zweden beweegt zich sinds enkele jaren in de richting van deze categorie, mede vanwege de 'Longitudinal Immigrant Database' die men recent heeft ingericht. Buiten Europa gaat het bijvoorbeeld om de Verenigde Staten en Australië, waar expliciet over etnische achtergrond en afhankelijkheid van uitkeringen wordt gerapporteerd.

Nederland kan tot de eerste groep worden gerekend, waar pas in gericht onderzoek materiaal over verschillen tussen allochtone en autochtone werknemers kan worden verkregen.

Nederland

In Nederland is het aantal personen met een uitkering onder de niet-westerse minderheden veel hoger dan onder autochtonen: 23 tegen 12 procent (Klaver e.a., 2005). Het verschil tussen de groepen zit vooral in de bijstandsuitkeringen. Wat betreft ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zijn de verschillen niet zo groot, maar er is wel variatie. Het hoogste aantal uitkeringen is te vinden onder

de Turkse en Marokkaanse beroepsbevolking. Bijna eenderde van de 15 tot 64-jarigen geniet een uitkering, in het bijzonder in het kader van de arbeidsongeschiktheid en de bijstand. Ook voor de Caribische groepen geldt een relatief hoge uitkeringsafhankelijkheid, waarbij het vooral gaat om bijstandsuitkeringen. De uitkeringsafhankelijkheid van de overige niet-westerse minderheden (waaronder vluchtelingen) ligt iets dichterbij die van de autochtone beroepsbevolking. Daarbij moet bedacht worden dat zij vaak geen arbeidsverleden hebben opgebouwd, waardoor ze ook geen recht hebben op uitkeringen als WW.

Een arbeidsongeschiktheidsuitkering komt - vergeleken met verzekerden met de Nederlandse nationaliteit - vooral voor bij Turkse en Marokkaanse verzekerden (Snel, 2002). Terwijl minder dan zeven WAO'ers per honderd personen (tussen 14 en 65 jaar) bij autochtonen voorkomen, zijn bij de Turkse groep twaalf per honderd verzekerden WAO'er. De Marokkanen hebben relatief evenveel WAO'ers als allochtone verzekerden, maar bij een uitsplitsing naar geslacht blijken Marokkaanse mannen oververtegenwoordigd te zijn in de WAO. Twaalf van de 100 Marokkaanse mannen heeft een WAO-uitkering tegenover acht van de 100 bij autochtonen. Ander onderzoek heeft aangetoond dat de verschillen tussen WAO-toetreding bij autochtonen en Turken niet is toe te schrijven aan de slechtere arbeidsomstandigheden. Onderzoek bij Turkse en Nederlandse steigerbouwers toont aan dat de verschillen ook bestaan tussen migranten en autochtonen met dezelfde arbeidsomstandigheden (Elders e.a., 2002).

Uit recente cijfers van het CBS blijkt dat de uitstroom uit de WAO van allochtonen groter is dan van autochtonen. De uitstroom van niet-westerse allochtonen bedroeg in 2001 5,2%, tegenover 3,7% van de autochtonen. Ook na correctie voor leeftijd bleef de uitstroom van de niet-westerse groep allochtonen hoger. Dit verschil geldt zowel voor het aandeel dat uitstroomde naar werk, als het aandeel dat na uitstroom geen werk had. De groep Turken en Marokkanen vormen een uitzondering op deze groep niet-westerse allochtonen. De uitstroom van oudere Turkse en Marokkaanse arbeidsongeschikten lag onder die van oudere autochtonen.

Denemarken

Door een van de experts die meewerkte aan de e-mailenquête zijn ziekteverzuimcijfers verzameld over de situatie in Denemarken. Daarbij blijken geen grote verschillen te bestaan in het ziekteverzuim van autochtonen en etnische minderheden: het verzuim van migranten ligt slechts een fractie hoger dan dat van de autochtonen. Resultaten van de "Danish National Cohort Study" (onderzoek onder een representatieve steekproef van de beroepsbevolking) laten zien dat in 2000 Deense mannen 5,7 dagen per jaar verzuimen en Deense vrouwen 7,5 dagen. Bij

de migranten (uit niet geïndustrialiseerde landen) verzuimen mannen gemiddeld 6,3 dagen en vrouwen 6,0. Wanneer gebruik wordt gemaakt van een andere databron, de betaling van ziekengeld (een uitkering die betaald wordt na twee weken ziekte) blijkt er wel verschil te zijn tussen autochtonen en migranten. Denen krijgen in 2004 deze uitkering gemiddeld zeven weken betaald en migranten 10,3 weken.³

Duitsland

In Duitsland bestaan er verschillen tussen de WAO-instroom van autochtonen en migranten. De meeste recente gepubliceerde cijfers die we hebben gevonden betreffen het jaar 1996. Toen lag de 'WAO-instroom' van migranten (9,7 per 1000 verzekerden) hoger dan de WAO-instroom van autochtonen (7,6 per 1000). Vooral bij de oudere leeftijdscategorieën zijn de verschillen groot. Zo is de instroom van autochtonen bij werknemers van 50-54 jaar 17,6 tegenover 23,2 van migranten. Bij werknemers van 55-59 jaar is dit verschil nog groter (29,7 autochtoon, 50,3 allochtoon). De hoogste leeftijdscategorie laat het grootste verschil zien. De instroom van autochtonen werknemers van 60-64 jaar is 19,2 en bij migranten is dit 67,7 (per 1000 verzekerden). Volgens geïnterviewde verzekeringsgeneeskundigen lopen de acceptatiepercentages voor Duitse en Turkse of Servokroatische claimindieners niet uiteen.⁴

Wat betreft het ziekteverzuim lag het niveau bij migranten tot de tachtiger jaren onder dat van de (West-) Duitse werknemers. Nadien hebben allochtone werknemers een hoger ziekteverzuim en meer arbeidsongeschiktheid dan de allochtone verzekerden (Razum, e.a., 2004). In 1986 hadden Turkse werkneemsters een verzuim dat twee keer zo hoog was als dat van andere migrantengroepen en West-Duitse collega's (Yildirim-Fahlbusch, 2003).

Tenslotte is geconstateerd dat allochtone verzekerden veel minder gebruik maken van medische revalidatiemaatregelen en reïntegratie (die de sociale verzekeraar betaalt), vergeleken met autochtone verzekerden (Hackhausen, 1999).

Oostenrijk

Oostenrijkse bronnen zijn schaars en geven aan dat werknemers van buitenlandse origine qua werkloosheidsuitkering en ziekengeld minder uitkeringen ontvangen dan de gemiddelde Oostenrijkse bevolking (Helping Hands Salzburg, 2000). Dit zou o.a. samenhangen met administratieve uitkeringsbepalingen (m.b.t. verblijfsduur).

³ Verklaringen voor de verschillen tussen de data zijn dat het ziekengeld ook wordt uitbetaald aan mensen zonder werk. Migrantten hebben doorgaans meer moeite om een baan te vinden, vanwege hun lage opleidingsniveau en taalproblemen.

⁴ Dit zijn de twee belangrijkste categorieën 'Arbeitsmigrantten' onder Duitse 'WAO-verzekerden'.

Verenigd Koninkrijk

Uit cijfers van de Britse overheid blijkt dat 28% van de allochtonen een inkomstengerelateerde uitkering heeft, tegenover 18% van de autochtone verzekerden. Er blijken met name bij de oudere leeftijdscategorieën verschillen te bestaan tussen autochtonen en allochtonen (DWP, 2003a). Ook als we de verschillen beschouwen tussen autochtonen en allochtonen bij arbeidsongeschiktheid valt hetzelfde beeld op. Verschillen tussen de groepen bestaan vooral bij de oudere leeftijdscategorieën. Zo heeft 18% van de werkzame autochtonen van 35-49 jaar een arbeidsongeschiktheidsuitkering, tegenover 26% van de mensen met een gemixte etniciteit, en 24% van de Aziatische migranten. Zwarte werknemers in die leeftijdscategorie komen overeen met de autochtonen, eveneens 18% heeft een WAO-uitkering. Bij de hoogste leeftijdscategorie zijn de verschillen met alle groepen allochtonen groot. Van de autochtonen van 59-64 jaar heeft 33% een WAO-uitkering. Bij de Aziaten is dit 44% en bij de zwarten is dit 43% (data over de groep gemixte etniciteit zijn niet beschikbaar).

Echter, door sommige minderheden worden juist minder uitkeringen aangevraagd. Dit wordt ten dele aan specifieke culturele factoren toegeschreven. Zo blijkt uit onderzoek dat verzekerden met een Chinese of Bangladeshi achtergrond door trots en angst voor stigmatisering negatief denken over het aanvragen van een uitkering. Ook de complexiteit van de administratieve procedures en het gebrek aan vertalers speelt hierbij een rol (Law et al., 1994).

Zweden

Een onderzoek naar de ziekingelduitkeringen bij migranten tussen 1981 en 1991 laat zien dat de verschillen tussen migranten en autochtonen redelijk groot zijn (Bengtsson & Scott, 1999). Verder kunnen ook hier de allochtonen niet over een kam worden geschoren, want er bestaan aanzienlijk verschillen tussen diverse groepen migranten. Migranten uit de Verenigde Staten en Duitsland ontvangen ongeveer even vaak een uitkering als autochtonen. Maar verzekerden afkomstig uit de gastarbeiderslanden als Griekenland, Turkije en voormalig Joegoslavië ontvangen vaker een uitkering. Vluchtelingen blijken tussen beide groepen in te vallen. Verklaringen hiervoor wijzen er op dat migranten, met name gastarbeiders, voornamelijk werkzaam zijn in de traditionele, monotone, industriële beroepen en een ongunstiger gezondheidstoestand hebben dan de Zweden. Gerner (1994) vond verder dat vrouwelijke verzekerden van Griekse herkomst in de leeftijd van 45 en 49 jaar een negen keer hogere incidentie (arbeidsongeschiktheidsuitkering) hadden dan vergelijkbare Zweedse vrouwen.

Uit een nationaal overzicht naar de instroom in de arbeidsongeschiktheidsregelingen blijkt dat allochtonen over de jaren 1990 - 2000 een hoger instroomrisico hebben dan autochtonen; het surplus varieert van +30% tot +110%.

Over de jaren heen is de kans op instroom in de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor allochtonen weinig veranderd (Riksförsäkringsverket, 2004). Echter: migranten uit andere Scandinavische landen doen meer een beroep op deze uitkeringen dan allochtonen die uit Mediterrane landen afkomstig zijn.

Een studie onder verzekerden naar hun wens een beroep te doen op een arbeidsongeschiktheidspensioen laat zien, dat (bij de tweedeling Zweeds-andere nationaliteit) meer buitenlanders een dergelijke uitkering wensen dan Zweedse verzekerden. Tenslotte blijkt uit de statistieken over dat personen met een niet-Zweedse achtergrond na langdurig ziekteverzuim minder reïntegratiemaatregelen ('rehabilitation support') ontvangen dan werknemers met een Zweedse nationaliteit.

Zwitserland

In de Zwitserse bedrijfsongevallenverzekering wordt geconstateerd dat allochtonen oververtegenwoordigd zijn wat betreft het claimen en ontvangen van een tijdelijke of blijvende arbeidsongeschiktheidsuitkering. Ze maken bijna 20% uit van de beroepsbevolking, maar vormen een kwart van de slachtoffers van bedrijfsongevallen (Ludwig, 2003). Een studie onder oudere migranten van Spaanse en Italiaanse herkomst laat zien, dat bij degenen ouder dan 55 jaar 15% van de mannen en 9% van de vrouwen een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt. Dit is drie keer zo hoog als bij de vergelijkbare leeftijdsgroepen in de doorsneebevolking (Fibbi, e.a., 1998). Verder wordt in de verzekering voor bedrijfsongevallen geconstateerd, dat het reïntegratie van migranten na een bedrijfsongeval moeilijker en minder succesvol verloopt dan bij autochtone werknemers (Ludwig, 2003).

Concluderend blijkt dat in de meeste Europese landen verschillen worden gevonden tussen autochtonen en allochtonen wat betreft ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Alleen in Denemarken lijken deze te ontbreken en in Oostenrijk lijken allochtonen minder te verzuimen dan autochtonen. In de overige onderzochte landen (Nederland, Duitsland, Zweden, Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk) verzuimen allochtonen meer dan autochtonen en zijn zij vaker arbeidsongeschikt. Hierbij is er wel verschil tussen diverse etnische groepen. Met name de werknemers afkomstig uit mediterrane landen (die gastarbeiders hebben geleverd) hebben een hoger verzuim dan de autochtone bevolking. Anderzijds wordt voor Zweden geconstateerd dat verzekerden uit Scandinavische buurlanden nog hogere instroomcijfers in de "WAO" hebben dan verzekerden met een mediterrane herkomst.

2.2 Achterliggende problemen

In deze paragraaf wordt beschreven welke achterliggende problemen een verklaring kunnen bieden voor de verschillen in ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid tussen migranten en autochtonen.

2.2.1 Conclusies uit Nederlandse bronnen

Snel (2002) noemt in zijn onderzoek de volgende mogelijke verklaringen voor de oververtegenwoordiging van allochtonen in de WAO in Nederland:

1. Gezondheidskundige factoren, zoals:
 - een minder goede gezondheid door de sociaal-economische status, voedingspatroon of stress van het migrantenbestaan;
 - een relatief hoog aandeel psychische arbeidsongeschiktheid. Dit hangt deels samen met onvrede en conflicten op het werk;
 - het bestaan op zichzelf als allochtoon (incl. woonomstandigheden) kan een oorzaak van mentale spanning en gezondheidsproblemen zijn.
2. Culturele conflicten, speciaal bij Turkse en Marokkaanse vrouwen, zoals spanningen als gevolg van de tegengestelde verwachtingen van twee culturen.
3. Werkomstandigheden, zoals:
 - a. fysiek zwaar werk in combinatie met een relatief laag opleidingsniveau;
 - b. relatief een hoog aantal is werkzaam in bedrijfssectoren met een hoog arbeidsongeschiktheidsrisico;
 - c. relatief vaak werkzaam zijn in tijdelijke banen.
4. Factoren in de begeleiding en uitvoering, zoals:
 - a. een andere gezondheidsbeleving van allochtonen; ziek zijn is totaal ziek zijn en dus niet te combineren met (gedeeltelijk) kunnen werken;
 - b. communicatieproblemen tussen allochtonen en de verzekeringsarts.

Verschillende studies hebben aandacht besteed aan de beoordeling en begeleiding van allochtonen in het kader van verzuimbeleid of de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Problemen die zich bijvoorbeeld voordoen bij de claimbeoordeling zijn:

- a. andere klachtenbeleving, zoals absolute ziekterol, somatiseren van klachten, teveel in hun klachten blijven hangen (Harmsen, 2003; Meershoek, van Poppe, 2003; 2004; Snel, 2002);
- b. andere klachtenpresentatie: dramatisering klachten, theateraal, vage klachtenbeschrijving (Harmsen, 2003; Snel, 2002);
- c. moeizame communicatie, moeizaam verloop van informatieverstrekking (Harmsen, 2003; Meershoek, 2004);

- d. gebrekkige taalbeheersing (Harmsen, 2003; Meershoek, 2004);
- e. afwachtende houding, weinig initiatief nemen (Meershoek, 2004);
- f. bepaalde onderwerpen uit de privé-situatie zijn niet bespreekbaar (Meershoek, 2004);
- g. het kost meer tijd voor de verzekeringsarts om een totaalbeeld te krijgen (Harmsen, 2003; Meershoek, 2004).

Niet alleen de verzekeringsartsen ervaren moeilijkheden bij de beoordeling van allochtonen, maar ook bedrijfsartsen constateren problemen bij de verzuimbegeleiding van allochtonen werknemers (van Poppel, 2003). Ook daar gaat het met name gaat om de communicatie, klachtenbeleving en –presentatie. Allochtone werknemers blijken vaak slecht geïnformeerd te zijn over de taken en werkwijze van de arbodienst. Van de mogelijkheid om naar de bedrijfsarts te gaan, wanneer men een probleem heeft op het gebied van arbeid en gezondheid, wordt nauwelijks gebruik gemaakt (van Poppel, 2003). De drempel om naar een bedrijfsarts te gaan is te hoog door:

- a. onbekendheid met de dienstverlening van de arbodienst;
- b. gebrekkige voorlichting van de kant van de werkgever;
- c. onduidelijkheid over de functie van de bedrijfsarts ('controledokter');
- d. taal- en cultuurproblemen.

Bij veel organisaties op het gebied van sociaal-medische begeleiding en reïntegratie wordt – mede door tijdgebrek – geen speciale benadering gekozen ten aanzien van allochtonen. Wel is men zich bewust van speciale knelpunten in de begeleiding van allochtonen (van Poppel, 2003).

2.2.2 In andere landen is de situatie niet veel anders

Uit de literatuur en telefoongesprekken blijkt dat ook in de landen die in deze studie zijn opgenomen, de beoordeling, begeleiding en de reïntegratie van langdurig zieke allochtonen werknemers op knelpunten stuit. Factoren die hierbij van belang worden geacht, komen grotendeels overeen met de bovengenoemde factoren die in Nederland zijn vastgesteld. Daarbij is het relevant te beseffen dat er – vergeleken met omringende landen – Nederland twee opvallende kenmerken heeft:

- a. elders heeft slechts een deel van de werknemers een bedrijfsarts, die bovendien zich meestal niet met verzuimbeleid bemoeit (zie par. 1.4). De behandelende arts, de verzekeringsgeneeskundige en de werkgever of personeelsfunctionaris zijn doorgaans de belangrijkste betrokkenen, naast de werknemer. Derhalve is er in de buitenlandse literatuur relatief weinig over de bedrijfsarts en allochtone werknemers te vinden;

- b. in de meeste landen heeft de verzekeringsgeneeskundige jarenlang als medisch specialist gewerkt (of is nog als zodanig werkzaam). De literatuur van verzekeringskundige auteurs uit met name de Duitssprekende landen gaat derhalve uitgebreid in op levensomstandigheden, morbiditeit of knelpunten in de diagnostiek en behandelingsproces.

Als men de opgespoorde literatuur over achtergronden van verhoogd gebruik van ziektewet en arbeidsongeschiktheidsregeling overziet, blijken grotendeels dezelfde oorzaken te worden aangeduid als hierboven genoemd. Toch waren er enkele aspecten die in de literatuur van elders opvielen.

Zo wordt de *slechte taalbeheersing en communicatie* ook in andere landen als een probleem gezien bij de claimbeoordeling of verzuimbegeleiding. Daarbij wijst men ook op analfabetisme. Vooral bij oudere verzekerden komt het regelmatig voor dat zij geen enkele taal kunnen lezen of schrijven. Vertalen van folders of formulieren biedt in dat geval geen oplossing voor de taalproblemen, terwijl het inschakelen van familieleden als tolk evenmin een oplossing lijkt (Zweden, Duitsland). Met name in de Duitstalige literatuur wordt er op gewezen dat communicatieproblemen op diverse aspecten uitwerken: de diagnostiek, therapie, prognose, revalidatie en reïntegratiemogelijkheden. Ook worden verzekeringsgeneeskundigen er door hun uitvoeringsorganisatie voor gewaarschuwd, dat door slecht onderling begrip het gevaar dreigt dat de medicus te snel 'aggravatie', 'simulatie' en 'Renteneurose' aanneemt, waardoor het principe van gelijke behandeling van verzekerden in het gedrang kan komen.

In verscheidene landen (Duitsland, Zwitserland, Zweden) komt wat betreft de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van allochtone werknemers als grootste probleem naar voren: onderzoek, communicatie en evaluatie van *psychische problematiek* (zowel psychosomatische als psychiatrische). In Duitsland werd daarom (al in 1994) de "Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit", waar ook verzekeringsgeneeskundigen deel van uitmaken.⁵

Verder wordt met name uit Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk melding gemaakt van het gebrek aan *begrip over de inrichting van de uitkeringsregelingen*. In beide landen wordt dit echter ook expliciet in verband gebracht met ondergebruik van uitkeringen en voorzieningen door bepaalde etnische groeperingen (zie

⁵ In Duitsland moeten verzekeringsgeneeskundigen een opleiding tot medisch specialist hebben gevolgd.

bijv. House of Commons, 2005). In het Verenigd Koninkrijk, waar al langer aandacht aan deze thematiek wordt besteed, blijken daarbij voor verzekerden van Chinese, Bangladeshi en Pakistaanse herkomst culturele factoren en sociale druk een rol te spelen (afhankelijkheid van een uitkering leidt tot stigmatisering).

Diverse Duitse bronnen en informanten maken attent op de bijzonder belasting van *vrouwelijke allochtonen*: naast het verrichten van grotendeels ongeschoolde of laag gekwalificeerde arbeid wordt deze categorie verzekerden in de privé-situatie geconfronteerd met dubbele belasting vanwege kindertal, taakverdeling in huishouding, etc.

Ook wijzen Duitse, Zweedse en Zwitserse bronnen er op dat bij een deel van de allochtone verzekerden of werknemers *traumatische ervaringen* een sterke rol kunnen spelen, hetgeen ook eisen stelt aan de beoordeling (zie par. 3.6). Dit geldt bijvoorbeeld voor werknemers met een Joegoslavische herkomst, die bloot gesteld werden aan oorlogshandelingen en martelingen.

Gerner (1994) constateerde in haar interviews met Griekse vrouwen, die na toekenning van een invaliditeitspensioen (op relatief jonge leeftijd) naar Griekenland terugkeerden, dat er tijdens de verzuimperiode *onvoldoende aandacht en contact* is geweest *vanuit de sociale verzekering* met de cliënten. Verder blijkt de mening van de partner en de steun van de behandelende artsen van groot belang geweest te zijn voor de vrouwen om een uitkering aan te vragen.

Tenslotte is in het Verenigd Koninkrijk geconstateerd dat niet-westerse allochtonen ook aanzienlijke problemen hebben met *bezwaarschriften en beroepsprocedures*. Daarbij gaat het zowel om de "papierwinkel" en het in acht nemen van termijnen, als onbegrip over de reactie van het uitvoeringsorgaan: in plaats van een nieuw medische onderzoek (dat meestal als antwoord op het bezwaarschrift wordt verwacht) vindt in de regel slechts een administratieve check plaats.

3 BELEID EN MAATREGELEN

Uit het literatuuronderzoek en uit de (telefonische) gesprekken met de deskundigen kwamen diverse maatregelen tevoorschijn die in andere landen worden genomen om de problemen te verminderen bij (verzuim-) begeleiding of beoordeling van verzekerden/werknemers uit etnische minderheden. De maatregelen zijn in te delen in een zestal groepen:

1. herformulering en uitvoering van een *algemene beleid* ten aanzien van de omgang met of dienstverlening aan werknemers of verzekerden uit etnische minderheden. Dit gaat verder dan een aangepaste keuringsmethodiek, maar heeft veeleer te maken met "cultural competent" beleid, of de "race equality policy" van het uitvoeringsorgaan;
2. maatregelen gericht op betere *informatievoorziening* aan allochtone cliënten, zoals voorlichting over de regels, procedures en rechten, bijvoorbeeld met behulp van meertalige brochures, helpdesk of websites;
3. *training* van de professionals over communicatie, interculturele gedragingen en achtergronden van gedragsverschillen, zodat zij "culturally competent" of "interkulturell" hun werk kunnen doen;
4. aanpassen van *richtlijnen en procedures* voor professionals bij beoordeling en begeleiding van cliënten van etnische minderheden;
5. inschakelen van leken- en professionele *tolken* bij het consult of het keuringsonderzoek;
6. werkzaamheden laten uitvoeren door *professionals met een zelfde etnische achtergrond* of met (voldoende) kennis van de taal van de cliënt.

Voor elk van deze categorieën maatregelen zullen we de belangrijkste instrumenten, achtergronden en ervaringen weergeven.

3.1 Algemeen beleid t.a.v. etnische minderheden

(Alleen) in het Verenigd Koninkrijk is een duidelijk voorbeeld te vinden van het aanpassen van het algemeen beleid van het uitvoeringsorgaan met betrekking tot etnische minderheden. Dit wordt ingegeven door wettelijke maatregelen die voor alle publieke organisaties gelden, namelijk die van de "Race Relations Amendment Act" van 2000. Deze verplicht alle publieke organisaties om raciale discriminatie te voorkomen, alsmede rassengelijkheid ('race equity') en goede raciale verhoudingen te bevorderen. Dit geldt zowel voor het terrein van de beleidsvorming en dienstverlening als voor de werkgelegenheid (i.c. personeelsopbouw van een dienst).

Zo heeft ook het 'Departement for Work and Pensions' (dat de sociale verzekeringen uitvoert) een "Race Equality Scheme" opgesteld; hetzelfde geldt voor de "Medical Services" (verantwoordelijk voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling).

In dit beleidsplan zijn doelstellingen (incl. targets), in te zetten instrumenten, budgetten, actieplannen, etc. opgenomen. In het "Race Equality Plan" van de sociale verzekeringsuitvoerder en zijn medische dienst wordt bijvoorbeeld ingegaan op:

1. relevante achtergronden en processen in de communicatie met werknemers of cliënten afkomstig uit etnische minderheden;
2. etnische verschillen in prevalentie, presentatie, verloop en perceptie van ziekte en verzuim, zoals bijvoorbeeld het moeilijk bespreekbaar maken van psychische klachten;
3. behoeften en plannen voor training in "race equality and multicultural awareness" voor loketpersoneel en verzekeringsartsen (zie ook par. 3.3). Dit betekent o.a. dat men er (meer, weer) bewust van wordt, dat ziekten of gebreken mogelijk een andere impact hebben op bepaalde etnische groeperingen dan in de allochtone bevolking. Of om zeker te stellen dat het oordeel van artsen alleen gebaseerd is op professionele standaards (DWP, 2003b);
4. "ethnic monitoring of clients" maakt ook deel uit van het programma: daarbij gaat het om het publiceren van gegevens over uitkeringsaanvragen, dienstverlening en het bereiken van servicedoelstellingen, waarbij naar etniciteit van cliënten moet worden onderscheiden;
5. de verplichte "ethnic monitoring of staff" betreft het jaarlijkse onderzoek en rapportage over de "ethnic make up" van het personeel van de dienst, incl. in het promotiebeleid en ontslagbeleid (met ander woorden het "diversiteit-beleid").

Inmiddels is een "Impact Assessment Tool" (IAT) ontwikkeld om de stand van zaken van het bovenstaande beleid (zelf) te kunnen vaststellen en evalueren.⁶ Blijkens een recent onderzoek van het parlementaire Work and Pensions Committee loopt het nog niet zo vlot met dit beleid. Weliswaar zijn diverse doelstellingen bereikt (bijv. trainingen, nieuw voorlichtingsmateriaal), maar het diversiteitbeleid komt moeilijk van de grond, mede als gevolg van reorganisatie en personeelsinkrimping (House of Commons, 2005).

Uit andere Europese landen werd geen melding gemaakt van een dergelijk anti-discriminatie- en diversiteitbeleid bij de uitvoeringsorganen.

⁶ Zie website www.cre.gov.uk/reia

3.2 Verbetering van informatievoorziening aan allochtonen

Een van de traditionele middelen om de communicatie met de verzekerden uit etnische minderheden te verbeteren is het geven van voorlichtingsmateriaal in de moedertaal. In het Verenigd Koninkrijk is dit het verst ontwikkeld, terwijl – als contrast - uit België werd gerapporteerd dat men alleen informatie in het Nederlands, Frans, Engels en Duits heeft.

In Duitsland wordt door de ziekenfondsen en door de overheid (in enkele “Länder”) in het Turks voorlichting gegeven over gezondheidszorg en uitkeringen (zowel schriftelijk als op websites). In veel uitvoeringskantoren van de arbeidsongeschiktheidsverzekering zijn brochures in het Turks beschikbaar, maar in andere kantoren zou dit niet zo zijn. Ook blijken in beide landen (Duitsland en Verenigd Koninkrijk) meer en meer andere organisaties de voorlichtingstaken (ook over sociale verzekeringen) op zich te nemen. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om belangenorganisaties van cliënten of minderheden, of om raadslieden in buurtcentra. Juist deze “informele middelen” spelen in op een probleem dat uit beide landen wordt gemeld: het analfabetisme dat nog in aanzienlijke mate onder sommige categorieën migranten bestaat.

In het Verenigd Koninkrijk, waar recent het voorlichtingsbeleid aan migranten door een parlementaire commissie als ‘te verbeteren’ werd beoordeeld, worden de mogelijkheden verkend om meer gebruik te maken van:

- a. informele (en vaak vrijwillige) adviesdiensten in wijkcentra, ontmoetingsplekken van allochtonen, etc.;
- b. ‘etnische radiostations’ (in de grote steden).

Met uitzonderingen van de situatie in Duitsland (met name in de grote steden) en het Verenigd Koninkrijk geldt voor de andere landen, dat de voorlichting aan minderheidsgroepen zich nog grotendeels concentreert op veeltalig schriftelijk voorlichtingsmateriaal voor “de foldermolen in de hal van de uitvoerder”.

3.3 Trainingen voor professionals

Een onderdeel van het “Race Equality Scheme” in het Verenigd Koninkrijk (zie par. 3.1) is de “cultural awareness training” die alle professionals moeten doorlopen. In een onlangs verschenen evaluatie van het “Race Equality Scheme” worden ook dergelijke trainingen van de professionals geëvalueerd.

Een aantal leerervaringen en aanbevelingen over het trainen van het personeel die werden genoteerd (DWP, 2005) zijn:

1. het doel van de training moet haalbaar zijn. Als het doel bijvoorbeeld is om een goed beoordelingsgesprek te hebben met iemand die geen Engels spreekt, dan moet dit ook mogelijk zijn; ook als dit inhoudt dat het gesprek meer tijd kost en dat hierdoor de doelstelling wat betreft verminderen van wachttijden in het gedrang komt;
2. schriftelijke trainingen moeten worden voorkomen. Een grote hoeveelheid nieuwsbrieven en e-mails zal niet het gewenste effect hebben. Schriftelijke informatie kan alleen dienen ter ondersteuning van een training;
3. de training moet relevant zijn voor de etnische diversiteit waar het personeel mee te maken krijgt;
4. tenslotte wordt er voor gepleit om na de training te toetsen en na te gaan of het volgen van de training ook echt een verbetering oplevert voor de claim-beoordeling.

Ook uit andere landen wordt gerapporteerd dat verzekeringsgeneeskundigen "op training" gaan. In België kunnen verzekeringsartsen (uitvoerders van "Ziektewet en WAO") de cursus "omgaan met allochtonen" volgen.

In Duitsland wordt voor verzekeringsgeneeskundigen de driedaagse cursus "Transkulturelle Begutachtung" gemoderniseerd. Evaluaties van cursisten hadden aangetoond dat hiermee in een grote behoefte wordt voorzien. Een belangrijk deel van de training is gewijd aan culturele en methodische aspecten van psychische aandoeningen, daar deze in de keuringspraktijk de meeste problemen opleveren.

Ook uit Zwitserland werd bericht dat met dergelijke cursussen voor artsen is begonnen.

Verder kan talenkennis een rol krijgen bij de uitvoering. In Duitsland kunnen in de Turkse taal en cultuur geïnteresseerde verzekeringsartsen namens de werkgever een taal cursus volgen. Na afsluiting besteden zij een (aanzienlijk) deel van hun tijd aan de beoordeling en begeleiding van de Turkse verzekerden. Daarnaast worden de deze "etnisch gespecialiseerde" beoordelaars vaak ook actief buiten het uitvoeringskantoor, namelijk in studiegroepen over multiculturele gezondheidszorg of dienstverlening.

3.4 Richtlijnen en aangepaste werkwijzen

In het kader van de uitvoering van de Zwitserse invaliditeitsregeling wordt over nadere richtlijnen gesproken voor het beoordelen van de uitkeringsclaim of reïntegratiemaatregel van allochtone aanvragers (Ebner, 2000). Daarbij gaat het in

eerste instantie om een betere beoordeling van allochtone cliënten met psychische klachten of problematiek. In de voorstellen wordt ondermeer aanbevolen de anamnese en diagnostiek (steeds) in de moedertaal van de verzekerde uit te voeren, en wel door een medicus die de taal en cultuur kent of met behulp van een gekwalificeerde tolk (zie verder par. 3.6).

In de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling in Duitsland worden cliënten met een allochtone achtergrond en slechte taalbeheersing gelijkmatig verdeeld over verzekeringsartsen die wel, en zij die niet de taal van de verzekerde kennen. Artsen die daarbij behoefte hebben aan intercollegiaal overleg, kunnen daartoe telefonisch een beroep doen op een collega die wel de taal en cultuur van de cliënt enigszins kent.

Verdere middelen die hen ten dienste staan (naast inschakeling van een tolk, zie volgende paragraaf) zijn:

- het aanvragen van aanvullend medisch onderzoek door een medisch specialist die bekend is met (bijvoorbeeld) de Turkse cultuur, of daar zelf uit afkomstig is;
- het nemen van meer tijd voor het verzekeringsgeneeskundige onderzoek van een allochtone verzekerde. Dit kan ook betekenen dat de verzekerde een tweede keer moet komen om het beoordelingsonderzoek af te maken.

Als instrument om het arbeidsongeschiktheidsbeoordeling minder cultuurgevoelig te maken wordt in Duitsland momenteel gedacht aan het invoeren van (meer) non-verbale tests. Een werkgroep is ingesteld om dienaangaande met voorstellen te komen.

3.5 Inschakeling van tolken

Uit de enquête en literatuur blijkt dat in vrijwel alle landen tolken worden ingeschakeld als een der methoden om de taalproblemen te verminderen. Dienaangaande zijn er verscheidene gemeenschappelijke ervaringen, maar ook unieke werkwijzen:

- a. het inschakelen van lekentolken komt nog relatief vaak voor, maar geniet weinig populariteit. Het gaat daarbij voornamelijk om familieleden, die met de aanvrager meekomen, of om een vertrouwenspersoon uit de plaatselijke etnische gemeenschap (die bijvoorbeeld ook al bij de schriftelijke aanvraag heeft geholpen). Vertaalwerk door familieleden wordt algemeen als slechte oplossing beschouwd. Men kent de medische terminologie onvoldoende, vertaalt op samenvattende wijze in plaats van letterlijk (zoals vereist), is partijdig of

er manifesteert zich tijdens de beoordeling sociale controle of de interfamiliale spanningen. Bovendien wil de tolk ook nog wel eens het gesprek sturen, aldus diverse informanten. Desalniettemin wordt deze "oplossing" gedoogd, met name in regio's waar weinig professionele tolken beschikbaar zijn (Duitsland, Zwitserland). In sommige Duitse uitvoeringskantoren wordt pas een lektolk in een tweede gesprek of onderzoek ingezet, om de onduidelijkheden van het eerste gesprek, dat de arts alleen doet, op te lossen;

- b. gebruik maken van gediplomeerde tolken blijkt ook beperkingen op te roepen: bronnen in Duitsland, Oostenrijk en Zwitserland geven aan dat deze professionals meestal onvoldoende van de sociaal-medische terminologie op de hoogte zijn. Ook wordt er in de literatuur en gesprekken herhaaldelijk gewezen op het grote verschil in sociaal-economische positie van tolk en verzekerde, waardoor tolken zich wel eens deskundiger achten dan de - vaak laaggeschoolde - landgenoot die een beroep doet op de sociale verzekering;
- c. verder wordt er op gewezen dat de aanwezigheid van een tolk bij bepaalde verzekeringsgeneeskundige taken, zoals klinisch onderzoek, problemen kan opleveren, bijv. in het geval van vrouwelijke cliënten;
- d. een meer pragmatische beperking is dat gediplomeerde tolken meestal alleen in de grote steden te vinden zijn;
- e. een praktisch probleem dat tenslotte wordt gemeld betreft budgettaire beperkingen, waardoor het uitvoeringskantoor onvoldoende van tolken gebruik kan maken (Duitsland, Zwitserland).

Een tweetal oplossingen om bovenstaande problemen aan te pakken zijn in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk ingevoerd.

In het land Niedersachsen is te Hannover het "Ethnomedizinisches Zentrum e.V." opgericht dat o.a. tolken ter beschikking stelt, die:

1. vertrouwd zijn met medisch-culturele aspecten, terminologie en uitdrukingswijzen van de etnische groep waarvoor ze vertalen (en waaruit ze zelf vaak afkomstig zijn), en
2. een basistraining kregen over de uitvoering van de sociale verzekeringen, asielrecht, gezondheidszorg, etc.

Momenteel staan bij dit centrum, dat evenwel alleen in Noord-Duitsland werkzaam is, voor uitvoeringskantoren en gezondheidszorginstellingen 160 tolken ter beschikking die in 74 talen en dialecten kunnen vertalen.

In het Verenigd Koninkrijk worden sinds enige jaren getracht de taal- en communicatiebarrières te bestrijden door de inzet van meertalige medewerkers (zie ook par. 3.6.). Een tweede hulpmiddel is sinds 2000 de zgn. "Language Line". Dit is een gecontracteerde (particuliere) telefonisch vertaaldienst, ten behoeve van de medewerkers in de uitvoering en in arbeidsbureaus (maar niet voor cliënten). Het laatste jaar is 1 miljoen pond door de uitvoeringskantoren van de sociale verzekeringen besteed aan het inschakelen van deze telefonische dienst (House of Commons, 2005). Belangengroepen van cliënten pleiten er voor, dat deze dienst ook voor de aanvrager van een uitkering gebruikt kan worden.

Tenslotte kan echter ook een positieve ervaring met de inschakeling van leken-tolken worden genoemd. In de Duitse automobielindustrie, waar werknemers uit tientallen etnische groepen werkzaam zijn, wordt door de arbodienst, in geval van een 'zeldzame taal' eventueel een professionele tolk ingeschakeld. Gaat het echter om een gesprek met een (van de vele) werknemers van Turkse afkomst, dat wordt 'het Turkse OR- lid' bij het gesprek geroepen. Dit heeft niet alleen als voordeel dat adequaat wordt vertaald, maar ook dat dit gebeurt door een persoon waarin de werknemer vertrouwen heeft. De ervaringen met deze werkwijze werd door het hoofd van een (interne) arbodienst als gunstig beoordeeld.

3.6 Inschakeling van deskundigen met dezelfde etnische achtergrond als verzekerde

Maatregelen op dit terrein hebben met name betrekking op twee specifieke functionarissen: het loketpersoneel en de medici.

De staf aan het loket

In het Verenigd Koninkrijk wordt, mede ingegeven door de Race Relations Act, er naar gestreefd de loketstaf dezelfde etnische samenstelling te geven als de totale bevolking (zie ook par. 3.1). Dit betekent dat in regio's met omvangrijke etnische minderheden, ook personeel uit deze categorieën gerekruteerd en aange-steld wordt. Momenteel worden deze pogingen belemmerd door de inkrimpingen (waarbij ook weer op etnische samenstelling moet worden gelet). Desalniettemin gaat men er van uit dat deze lijn de komende jaren wordt voortgezet.

De beoordelende medicus

Uit België werd gerapporteerd dat in het kader van de uitvoering van de ziekte- en invaliditeitsregeling een (aanvullende) expertise kan worden gevraagd van een medisch specialist met zelfde etnische achtergrond als de cliënt. Ook in de uitvoering in Duitsland wordt expliciet op deze mogelijkheid gewezen (zie par. 3.4).

Verder is in Duitsland de inschakeling van medici met een specifieke etnische achtergrond of talenkennis meer geïnstitutionaliseerd dan elders (Hackhausen, 2000).

Het uitvoeringskantoor Niederbayern-Oberpfalz is bijvoorbeeld "gespecialiseerd" in de beoordeling van arbeidsongeschiktheid (of van de noodzaak van revalidatiemaatregelen) voor verzekerden die afkomstig zijn uit het voormalige Joegoslavië. Bij deze dienst zijn o.a. medisch specialisten werkzaam, die zelf uit (voormalige) Joegoslavische deelstaten afkomstig zijn, en verder Duitse artsen die de Servokroatische taal beheersen.

Verzekerden die niet in de buurt van deze dienst wonen worden door hun een verzekeringsarts op hun regionale kantoor beoordeeld. Deze arts kan bij onduidelijkheden in (telefonisch) overleg treden met de verzekeringsartsen van dit gespecialiseerde kantoor.

Een andere constructie in dit land, is het (meer) in dienst nemen van – met name – artsen met een Turkse achtergrond, die evenwel in Duitsland zijn opgegroeid en hun opleiding hebben gehad (tweede generatie).

Wat betreft de ervaringen met beide constructies blijkt er geen systematische evaluatie te zijn gehouden, maar de overheersende mening is positief. Uit enkele interviews komt het volgende naar voren:

- een der informanten merkt op dat bij de als laatste genoemde constructie wel eens de indruk ontstaat dat Duitse artsen met meer sympathie tegenover de Turkse verzekerde staan dan de in Duitsland opgeleide arts van Turkse origine, die meer een (zeer) strikte houding zou aannemen;
- bij het op Ex-joegoslavische werknemers gespecialiseerde centrum waren aanvankelijk de gevolgen van de etnische conflicten zichtbaar: Kroatische verzekerden weigerden zich te laten keuren door een arts van Servische afkomst. En werknemers met een Armeense achtergrond wensden niet onderzocht te worden door een arts met een Turkse achtergrond.

Door voorlichting aan verzekerden en goede supervisie van de betreffende artsen wordt getracht deze problemen te vermijden. Ook op een ander terrein werden soortgelijke knelpunten geconstateerd, namelijk bij de revalidatie en reïntegratie. In Duitsland wordt momenteel geëxperimenteerd met een neurologische kliniek voor verzekerden uit Ex-Joegoslavië met medische staf die uit hetzelfde land afkomstig is. Ook hier bleken nationalistische gevoelens aanvankelijk mee te spelen in het opnamebeleid.

Op het terrein van de bedrijfsgezondheidszorg werd alleen voor het Verenigd Ko-

ninkrijk een voorbeeld aangetroffen van inschakeling van deskundigen met dezelfde etnische achtergronden als de werknemers. In sommige regio's wordt vanuit de gemeentelijke Public Health Authority een BME uitgevoerd: een "Black and Minority Ethnic Workplace Health Programme" (Sheffield Occupational Health Advisory Service, 2004). Achtergrond is de vaststelling dat er in het algemeen onvoldoende aandacht is voor werkgerelateerde gezondheidsproblemen van allochtone werknemers. Deze problemen worden veroorzaakt door gebrek aan kennis over werknemersrechten, arboregelingen, culturele knelpunten en taalbarrières. Vrijwilligers uit 'black and minority ethnic communities' krijgen een training om vervolgens werkgevers, lokale (etnische) organisaties en patiënten te bezoeken om de bewustwording over gezondheids- en veiligheidsaspecten te vergroten.

4 CONCLUSIES IN EEN NEDERLANDSE CONTEXT

4.1 De vraagstelling herbezien

De exploratieve studie die in de eerste helft van 2005 plaats vond in zeven landen had tot doel na te gaan, of de problemen die in Nederland optreden bij de beoordeling en begeleiding van (niet-westerse) werknemers elders herkenbaar zijn, alsmede wat men onderneemt om deze knelpunten te verbeteren. De vraagstelling van het onderzoek was in daartoe in de volgende subvragen opgesplitst:

1. *Worden in omliggende landen ook problemen ervaren bij de verzuimbegeleiding en arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van allochtonen? Zo ja, welke en hoe manifesteren deze zich (bijv. in WAO toetredingscijfers, beroepszaken)?*
2. *Op welke wijze wordt bij de begeleiding van langdurig ziekteverzuim en beoordeling van arbeidsongeschiktheid omgegaan met deze knelpunten (communicatieproblemen, culturele verschillen en overige subjectieve factoren)?*
3. *Welke van de geïnventariseerde benaderingen of maatregelen zijn, eventueel met aanpassingen, nuttig en toepasbaar voor de Nederlandse situatie (verzuimbegeleiding, reïntegratie, arbeidsongeschiktheidsbeoordeling)?*

Als het ware via een sleepnetmethode is getracht een beeld te krijgen van de aard van de problemen en soort oplossingen. Daarbij maakte de studie ook attent op verschillen tussen landen wat betreft de bredere context van het thema "allochtonen en beoordeling/begeleiding en reïntegratie."

Dit leverde een gevarieerd beeld op: in sommige landen ligt het thema gevoelig en is men terughoudend met statistische of andere informatie over gebruik van uitkeringsregelingen of knelpunten in de bejegening van allochtone werknemers (in sociale verzekering, in arbozorg). In andere landen is grotere openheid, zowel in de statistiek als in de (publieke en parlementaire) aandacht voor de positie en benadering van allochtonen. Deze laatste benadering komt hoofdzakelijk voor in landen die traditioneel al een multiculturele samenstelling hebben (USA, Australië, Verenigd Koninkrijk). Maar ook Zweden heeft op dit terrein "de luiken opengezet", en bijv. een uitgebreid monitoring-systeem opgebouwd.

De overige Europese landen in deze studie hanteren echter (nog) een omzichtig of terughoudende benadering.

Allereerst geven we kort weer wat elders word geconstateerd over verschillen tussen allochtone en autochtone werknemers of verzekerden (par. 4.2). Daarbij beperken we ons tot het gebruik van de gezondheidsgerelateerde uitkeringsregelingen (ziekte, arbeidsongeval, arbeidsongeschiktheid) en reïntegratiemaatregelen.

Kern van dit hoofdstuk is het overzicht van maatregelen, die elders zijn genomen of op stapel staan. Ook wordt ingegaan op de ervaringen die met sommige activiteiten of maatregelen in enkele landen werden opgedaan (par. 4.3). Het laatste deel is gewijd aan de toepasbaarheid van de besproken maatregelen in een Nederlandse context. Daarbij komen vragen aan de orde van overdraagbaarheid van "buitenlandse" oplossingen, of randvoorwaarden die relevant voor toepassing in Nederland zijn.

4.2 Vraagstelling 1: Cijfers en problemen

De vraag of zich ook in andere landen systematische verschillen voordoen in ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid van allochtone en autochtone werknemers kan positief beantwoord worden. De informatie uit de deelnemende landen overziende blijkt het volgende:

- a. onder migranten en etnische minderheden komt in het algemeen meer en langduriger ziekteverzuim en meer arbeidsongeschiktheid voor dan onder autochtone werknemers. Ook blijken de eerstgenoemde meer risico te lopen slachtoffer te worden van een arbeidsongeval. Blijkens enkele studies verdwijnen deze verschillen niet als men rekening houdt met de leeftijdsopbouw en soort werk van beide categorieën werknemers;
- b. dit beeld moet echter genuanceerd worden, aangezien er aanzienlijke onderlinge verschillen zijn tussen etnische minderheden. Allereerst zijn het met name de niet-westerse bevolkingsgroepen, waarvoor de bovenstaande constatering geldt. Voor minderheden afkomstig uit naburige landen (en dus vaak met minder of geen taalproblemen) geldt meestal een ziekteverzuim en WAO-niveau als van de autochtone bevolking. Voor de hier opgenomen landen hebben de knelpunten met name betrekking op werknemers met een mediterrane achtergrond;

- c. een tweede relativering wordt vanuit het Verenigd Koninkrijk aangereikt. In dit land met een relatief zeer diverse etnische samenstelling is geconstateerd dat er onder allochtone verzekerden ook groepen voorkomen, die juist minder afhankelijk zijn van uitkeringen dan de doorsnee bevolking. Verzekerden met bijvoorbeeld een Pakistaanse of Chinese herkomst blijken, met name uit angst voor schande en stigmatisering in eigen kring, relatief weinig gebruik te maken van alle sociale verzekeringen.

De speurtocht naar informatie over de mogelijke achtergronden van deze verschillen leidt tot een overzicht van factoren die sterk lijkt op wat ook al in Nederland is vastgesteld of wordt vermoed (Maassen, 2004). Daarbij gaat het in grote lijnen om culturele verschillen, sociaal-economische omstandigheden en het migrantenbestaan, die verantwoordelijk zijn voor de relatief hogere cijfers. Toegespitst op claimbeoordeling en begeleiding gaat het om knelpunten door verschillen in klachtenbeleving en -presentatie, gebrekkige taalbeheersing en communicatie, of meer passiviteit en afhankelijkheid van medische autoriteiten. In Nederland en de andere onderzochte landen leidt dit voor de verzekeringsgeneeskundige met name tot:

- communicatieproblemen en langduriger onderzoek ten behoeve van diagnostiek, prognose en reïntegratie;
- complexere beoordeling en begeleiding van met name verzekerden met psychische problematiek, of (hetgeen met name uit Duitsland Zwitserland en Zweden werd gerapporteerd) van werknemers met traumatische ervaringen (vanwege oorlog, e.d.).

Vanuit het perspectief van de allochtone werknemers kan hieraan het onbegrip over sociale verzekeringen (inclusief de beoordelings- en bezwaarprocedures) worden toegevoegd.

Resumerend kan vastgesteld worden dat zich elders inderdaad soortgelijke problemen voordoen in de beoordeling en begeleiding van allochtone werknemers of verzekerden als in Nederland. Bovendien bleek dat ook in andere Europese landen met name niet westerse allochtonen (met name uit mediterrane landen) hogere verzuim- en arbeidsongeschiktheidscijfers hebben (vergeleken met allochtone werknemers).

4.3 Vraagstelling 2: Maatregelenrepertoire en ervaringen

Bij de inventarisatie werd op diverse methoden gestuit die men elders toepast of ontwikkelt om de knelpunten in beoordeling en begeleiding op te lossen of te verminderen. Een aantal zijn ook in Nederland bekend, doch er zijn ook enkele benaderingen aangetroffen, die hier (nog) niet voorkomen. De achterliggende

overwegingen voor al deze maatregelen laten zich op de volgende principes terugvoeren:

- (algemeen) iedere verzekerde dient op faire en gelijke wijze te worden behandeld, waarbij rekening wordt gehouden met culturele verschillen;
- (specifiek) taalproblemen mogen geen rol spelen in de beoordeling van arbeidsongeschiktheid of verstrekking van reïntegratiemiddelen en -voorzieningen.

De maatregelen die elders aangetroffen werden bestaan uit twee categorieën. Enerzijds gaat het om activiteiten, die onderdeel zijn van een integraal beleid, gericht op "inter- of multiculturele" dienstverlening of die deel uitmaken van met een antidiscriminatiebeleid. Anderzijds gaat het om beperktere maatregelen, die zich concentreren op uitvoeringsaspecten (ter verbetering van de werkprocessen, zoals communicatie en kwaliteit van de beoordeling en begeleiding).

Het Verenigd Koninkrijk is het enige van de onderzochte landen waar de oplossingen van de eerder genoemde knelpunten geheel in het teken staan van het nationale beleid om raciale discriminatie te voorkomen. Sinds 2000 zijn publieke organisaties verplicht zowel in de beleidsvorming en dienstverlening als in hun personeelsopbouw raciale gelijkheid ("race equity") toe te passen. Dit betekent bijvoorbeeld dat etnische verschillen in gebruik van sociale verzekeringen gepubliceerd en bespreekbaar moeten worden en dat de dienstverlening en voorlichting daarover cultureel neutraal moet plaats vinden. Ook zijn er verplichte trainingen voor uitvoeringsfunctionarissen teneinde zich bewust te blijven, dat ziekten en beperkingen verschillende impact en manifestaties kunnen hebben in onderscheiden etnische groepen. Een evaluatie leerde dat op het terrein van trainingen het een en ander is bereikt maar dat het met de diversiteit in personeelsopbouw nog niet zo wil vlotten.

De overige landen in deze verkenning hebben een beperktere en mee instrumentele benadering. Zij hebben activiteiten of middelen ingevoerd (of proberen deze te verbeteren), waarvan enkele ook in Nederland bekend zijn.

Betere voorlichting aan ethische minderheden is een streven dat in elk land werd aangetroffen. Dit betreft allereerst algemene informatievoorziening in de moedertaal van de belangrijkste minderheden (schriftelijk, website). In Duitsland en het Verenigd Koninkrijk worden daarbij aanvullend (en in toenemende mate) andere – informele – organisaties ingeschakeld zoals adviesdiensten in wijkcentra of "etnische radiozenders".

Training van verzekeringsgeneeskundigen in het "Omgaan met allochtonen" of in "Transkulturelle Begutachtung"⁷ wordt al enkele jaren aangeboden in resp. België en Duitsland. Zoals eerder werd aangegeven maakt dit ook onderdeel uit van het beleid in de medische dienst van het Britse uitvoeringsorgaan.

Invoering van specifieke *richtlijnen en aangepaste werkwijzen* komt tot uitdrukking in bijvoorbeeld de ontwikkeling van een standaard voor de beoordeling van psychische problematiek bij allochtone verzekerden (Zwitserland), of het ter beschikking stellen van meer tijd voor de beoordeling (Duitsland). Anderen bepleiten echter om juist niet een specifieke benadering of werkwijze voor een bepaalde categorie verzekerden in te voeren maar juist "cultuurongevoelige" werkwijzen en instrumenten in te zetten (inclusief non-verbale tests).

De inschakeling van *tolken* is een omstreden thema: lekentolken (bijvoorbeeld familieleden) worden algemeen afgewezen als hulpmiddel voor betere communicatie en valide beoordeling (ondeskundig, partijdig). Maar door gebrek aan professionele tolken of financiële middelen wordt deze oplossing toch toegestaan. Maar ook ten aanzien van de inzet van professionele tolken werden diverse bezwaren geventileerd (kritisch ten aanzien van verzekerde). Vernieuwende ontwikkelingen werden gemeld uit Duitsland, waar in een der bondslanden een "etnomedisch tolkencentrum" wordt ingeschakeld. En in het Verenigd Koninkrijk kan tijdens het contact met de cliënt een nationale (gespecialiseerde) telefonische vertaaldienst worden ingeschakeld door medewerkers bij de sociale verzekerings- en gezondheidszorg.

In Duitsland wordt in toenemende mate een beroep gedaan op verzekeringsgeneeskundigen met *dezelfde etnische achtergrond* als de cliënt. Zo is een Zuidduits uitvoeringskantoor "gespecialiseerd" in de (WAO-) beoordeling van verzekerden uit voormalig Joegoslavië. Dit vindt zowel plaats in het betreffende vestiging als – voor verzekerden die in andere delen van de republiek worden gekeurd – door telefonische overleg met en advisering van deze "externe" beoordelaar. Hardnekkige aanloopproblemen hadden een etnische achtergrond: Kroatische verzekerden wensten bijvoorbeeld niet gekeurd te worden door artsen met een Servische achtergrond (en vice versa). Aangezien (met het oog op Turkse claimers) beoordeling in de moedertaal de voorkeur geniet, worden Duitstalige verzekeringsartsen in staat gesteld een taal- en cultuurcursus te volgen teneinde daarna met name (maar niet uitsluitend) deze categorie aanvragers te beoordelen.

⁷ Letterlijk: "interculturele beoordeling".

Ten aanzien van de tweede vraagstelling kan geconstateerd worden, dat in omringende landen een variatie aan benaderingen wordt aangetroffen, vaak in combinatie. Het gaat om relatief recente ontwikkelingen die er op zijn gericht de kwaliteit van de beoordeling van verzekerden uit een etnische minderheidsgroep op hetzelfde peil te houden als in de allochtone verzekerdenpopulatie.

4.4 Vraagstelling 3: Beleid en maatregelen in Nederland

Welke van de besproken maatregelen zou interessant kunnen zijn voor toepassing in de beoordeling en reïntegratie van Nederlandse verzekerden uit een etnische minderheid?

Dit is afhankelijk van een aantal factoren zoals de ervaringen met betrekking tot de huidige werkwijzen, beleidsrelevantie en beschikbare middelen, alsmede visie van betrokkenen. Daarbij gaan we er van uit dat in Nederland niet een algemeen antidiscriminatiebeleid de invulling van de maatregelen zal kleuren, zoals dat in het Verenigd Koninkrijk het geval is.

Allereerst kan worden opgemerkt dat er – zowel in Nederland als in de onderzochte landen – een terrein is waar men al langer aandacht besteed aan de toegankelijkheid voor en dienstverlening aan cliënten uit ethische minderheden. Het gaat daarbij om de gezondheidszorg, waar met name in grote steden diverse initiatieven lopen om deze “intercultureel” of “etnisch en cultureel specifiek” te maken. Dit betreft zowel de zorgverlening aan cliënten als de opleidingen om medische studenten leren “cultureel vaardig” om te gaan met allochtone patiënten (Wolfers e.a., 2005).

In het licht van de ervaringen in met name Duitsland en het Verenigd Koninkrijk verdient het aanbeveling om verder na te gaan of de huidige opleiding of bijscholing voor arbeidsdeskundigen en verzekeringsgeneeskundigen kunnen worden verbeterd.⁸

Een tweede aanknopingspunt betreft de verbetering van voorlichting in de moedertaal. Uit de ervaringen in beide eerder genoemde landen blijkt dat de formele kanalen (brochures en websites) een onmisbaar element vormen maar dat andere en meer informele middelen eveneens ingezet kunnen worden bij algemene voorlichting. Daarbij wijzen we op de rol van vertrouwenspersonen en adviseurs in wijkcentra of bij belangengroepen van etnische minderheden.

⁸ Informanten uit omringende landen zijn dienaangaande geïnteresseerd in (verdere) uitwisseling.

Behalve algemene voorlichting over uitkeringsregelingen, procedures, termijnen, etc blijken contactpersonen in wijkcentra ook hulp te bieden bij het invullen van formulieren, etc.

De inzet van multiculturele teams, waarbij naast Nederlands sprekende ook Turks- of Marokkaans sprekende verzekeringsgeneeskundigen in een uitvoeringskantoor werken blijkt met name in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk te worden toegepast. Uitgangspunt daarbij is dat in geval van grote communicatieproblemen de beoordeling plaats dient te vinden in de moedertaal van de uitkeringsaanvrager. Dergelijke artsen zouden niet alleen de beoordeling van cliënten in hun eigen taal kunnen uitvoeren maar ook als adviseur of supervisor kunnen optreden voor Nederlandse collega's die elders in den lande met een tolk te werk gaan.

Op een praktisch niveau bevinden zich ook instrumenten die wellicht voor de Nederlandse situatie interessant zijn, zoals (nieuwe?) richtlijnen voor de communicatie met allochtone verzekerden (zie bijvoorbeeld als parallel de Stecr Assist over allochtone werknemers), interculturele communicatietraining, het rekruteren of aantrekken van tolken met specifieke kennis van medisch-culturele aspecten, of het ontwikkelen van cultuurneutrale onderzoeksmethoden en tests.

Tenslotte kan er op worden gewezen dat in de twee meer actievere landen op het terrein van interculturele uitvoeringspraktijk dergelijke activiteiten worden gevoed en ondersteund door wetenschappelijke verenigingen (bijv. de "Deutsch-Türkische Mediziner-gesellschaft") of universitaire studiecentra. Nagegaan zou kunnen worden vanuit welk kenniscentrum of academie de ontwikkeling van eventuele nieuwe instrumenten voor de Nederlandse situatie ondersteund kan worden.

LITERATUUR

Bengtsson, T. & K. Scott. (1999). *Immigrant Consumption of Sickness benefits in Sweden, 1981-1996*. Paper TSER workshop. Bar Ilan University, nov. 21-22.

Berg, A. H. van den (2002). *Sociaal medische begeleiding van allochtonen, een verkennend onderzoek*. Utrecht: Forum.

Boer, W.E.L. de, A.A. Hartnagel, R. Prins & R. A. Reuling (2000). *Herstelgedrag, theoretische en empirische invalshoeken*. Amsterdam: Lisv.

Bont, A. de (1999). *In de spreekkamer van de verzekeringsarts. Een onderzoek naar het verzekeringsgeneeskundig deel van de WAO claimbeoordeling*. Zoetermeer: Ctsv.

CBS (21 november 2000). *Persbericht arbeidsongeschiktheid autochtonen en allochtonen*.

CBS (2004). *Hoge uitstroom uit arbeidsongeschiktheid bij allochtonen*. www.cbs.nl.

Collatz, J., W. Hackhausen & R. Salaman (1999). *Begutachtung im interkulturellen Feld: zur Lage der Migranten und ihrer sozial gerichtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland*. Berlin: VWB-Verlag.

Cuelenaere, B & R. Prins (2001). *REA Regeling Rugtrainingen en Trauma-begeleiding; een evaluatieve verkenning*, Amsterdam: Lisv.

Department for Work and Pensions (DWP) (2003a). *Realising Race Equality in the Department for Work and Pensions. Appendix 3. An analysis of the Department's customer base by ethnicity*. www.dwp.gov.uk

Department for Work and Pensions (DWP) (2003b). *Race Equality Scheme for Corporate Medical Group*. www.dwp.gov.uk

Department for Work and Pensions (2005). *Delivery of Services to Ethnic Minority Clients. Fourth Report of Session 2004-5. Volume I*. London: House of commons.

Ebner, G. (2000) *Traumatisierte Migranten in der Schweiz, eine sozialmedizinische Begutachtung*, *Ars Medici*, 24, 2000, p.1501 – 1505.

Elders, L., A. Burdorf & F. Öry. (2002). Verschillen in WAO-toetreding tussen Turkse en Nederlandse steigerbouwers, *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, jaargang 80, nummer 5, pagina 305.

Fibbi, R., C. Bolzman, & M. Vial, (1998) *Wie leben ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz?*, Kolloquium Alter und Migration, Olten, juni 1998.

Gerner, U. (1994) *Disability pensions among Greek women resident in Greece, A survey and field investigation*, Stockholm.

Hackhausen, W., (2000) *Qualitätsmanagement in der sozialmedizinischen Begutachtung*, in Collatz (Hh.), p. 57 – 86.

Harmsen, J. (2003). *When cultures meet in medical practice. Improvement in intercultural communication evaluated*. Paper Research Conference.

Harmsen-Alkema J. & M. van Groenestijn (2003). Verzekeringsgeneeskundige beoordeling van allochtone cliënten in: *Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde*, november 2003: p.326 - 330.

Helping Hands Salzburg (2000) *Daten, Fakten, Vorurteile*.

Hendley A. & N. Bilimoria. (1999). *Minorities and social security: an analysis of racial and ethnic differences in the current program*. In: *Social Security Bulletin*, vol. 62.

Heuvel, W.J.A. van den (2002). *Intercultural rehabilitation: which model fits?* Paper International Congress 'Providing Culturally Competent Disability Services to Persons Born in Other Countries'. Washington, May 6-8.

House of Commons Work and Pensions Committee: Department for Work and Pensions (2005) *Delivery of Services to Ethnic Minority Clients*, Fourth Report Session 2004 –05, London.

Klaver, J, J. Mevissen, & A. Odé. (2005). *Etnische minderheden op de arbeidsmarkt. Beelden en feiten, belemmeringen en oplossingen*. Amsterdam: Regioplan.

- Law, I., C. Hylton, A. Kamani & A. Deacon (1994). *Racial Equality and social security service delivery*, University of Leeds.
- Ludwig, C. (2003). *Vorwort* in: Medizinische Mitteilungen 74, Frühling 2003, SUVA, p. 3-4.
- Maassen, H. (2004) De hele wereld op het spreekuur: zorg aan migranten is nog altijd niet evidence-based, *Medisch Contact*, 59, 28/29, p. 1153- 1155.
- Meershoek, A., A. Kurmeich, & L. Desain. (2004). *Arbeidsongeschiktheid, reïntegratie en etniciteit*. Maastricht: Universiteit van Maastricht.
- Meyer-Timpe, L. (2001). *Gastarbeiter: gebraucht aber nicht geschätzt*, Die Zeit, Oktober.
- Muysken, J & T. Rutten. (2002). *Disability in The Netherlands: Another Dutch Disease?* Research paper. University of Maastricht.
- National Ethnic Disability Alliance (2001). *Better assessment and early intervention*. Washington: National Ethnic Disability Alliance. www.neda.org.au
- Razum, O., I. Geiger, H. Zeeb, U. Ronellenfitsch (2004). *Gesundheitsversorgung von Migranten*, Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 43, 22.10.2004, p.2882.
- Riksförsäkringsverket (2004). *Nybeviljade förtidspensioner. Utveckling av riskfaktorer under 1990-talet*. Analyserar 2004:1.
- Poppel, J. van & P. Kamphuis (2003). *Arbozorg en allochtonen. Literatuurstudie naar het functioneren van de arbozorg in Nederland en andere Europese landen*. Tilburg: IVA.
- Salmann, R. & J. Collatz (1999). *Der Einsatz von Dolmetschern im Gesundheitswesen als Beitrag zur Integration; ein Service des Ethno-Midizinisches Zentrums Hannover*, Niedersächsisches Ärzteblatt, 09.
- Sheffield Occupational Health Advisory Service (2004), *Black and Minority Ethnic Workplace Health Programme*. (www.sohas.co.uk).
- Snel, E. (2002). *In de fuik. Turken en Marokkanen in de WAO*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Social Policy Research 59 (1994). *The provision of social security benefits to minority ethnic communities*. (www.jrf.org.uk).

Social Security Committee (2000). *Medical Services. Third report*. London: House of Commons.

Wolfers, I, M. van Elteren, J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde (2005) Cultureel vaardig: studenten leren omgaan met allochtone patiënten, *Medisch Contact*, 60, nr. 1, p. 26-29.

Yildirim-Fahlbusch, Y. (2003) *Türkische Migranten: Kulturelle Missverständnisse* Deutsches Aerzteblatt, Mai, Seite 213.

BIJLAGE 1 – GERAADPLEEGDE EXPERTS

Mrs. Birgit Aust, AMI (Arbejdsmiljøinstituttet, Denemarken

Mrs Sisko Bergendorff, Försäkringskassan, Stockholm, Zweden

Mrs. Herina Bruins Brandtzæg, Trygderetten, Oslo, Noorwegen

Dr. Simon Bulterys, IDEWE, Heverlee, België

Mrs. Dr. Ulla Gerner, Försäkringskassan, Stockholm, Zweden

Dr. Wolfgang Hausotter, Sonthofen, Duitsland

Dr. Axel Harwerth, Daimler-Chrysler, Bremen, Duitsland

Mrs Joke van Herbruggen, Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, Antwerpen, België

Mrs. Dr. Ulrike Hoffmann-Richter, SUVA, Luzern, Zwitserland

Dr. Detlev John, LVA Hessen, Darmstadt, Duitsland

Dr. Erich Knülle, Ford, Köln, Duitsland

Mrs. Nelli Koppola, Försäkringskassan, Stockholm, Zweden

Dr. R. Legner, Sozialmedizinischer Dienst der LVA Niederbayern-Oberpfalz, Duitsland

Dr. Christian Ludwig, Suva, Luzern, Zwitserland.

Dr. Anders Norlund, SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Stockholm, Zweden



BIJLAGE 2 – QUESTIONNAIRE

Disability assessment and return to work measures in migrants and ethnic minorities; an international exploration

Leiden, May 2005

Background

In the Netherlands workers from some ethnic minorities show – compared to native insured – higher sickness absence rates and they also are over represented in recipients of disability benefits. The (comparatively) more unfavorable jobs and working conditions of these workers, however, are considered not to be the full explanation for this phenomenon. Also health behaviour, methods and procedures applied in sickness absence management, as well as the claim and assessment process for disability benefits might play a role here.

In 2003 about 72% of Dutch social insurance physicians indicated that disability assessment is more difficult for claimants from ethnic minorities, compared to persons with a native (Dutch) background. The difficulties are attributed to communication problems, differences in health beliefs and health behaviour and the comparatively high incidence of psychosocial and mental problem in persons from ethnic minorities. Also occupational physicians, who monitor sickness absence and support return to work measures in our country, experience similar problems. The ethnic groups involved mainly regard persons with a non-EU background (in particular with Turkish or Moroccan background).

Objectives

In order to find out “how other countries deal with the same problem” the Dutch Social Insurance Agency (UWV) commissioned the ASTri Research and Consultancy Group to explore:

whether social insurance agencies and occupational health services in other countries experience (or experienced) similar problems in management of sickness absence or in disability claim assessment when dealing with migrant workers/ workers from ethnic minorities; the measures taken and their impact; this may comprise practical issues (e.g. multi-language information, use of interpreters) as well as policy dimensions: how to handle cultural differences in social insurance, occupational health care and in medical (assessment) services.

Methods

Consequently, our inquire includes two steps:

1. Firstly, this **e-mail survey** aims to find out the countries where occupational health services and social insurance agencies (dealing with sickness, occupational injury, disability) face similar problems and/or apply specific measures when dealing with sickness absence and disability assessment related to migrants and ethnic minorities;
2. Secondly, a selection of interesting ‘models of good practice’, which have been identified in the email survey, will be described more deeply by means of an additional **telephone interview**.

This letter includes the survey questionnaire, which addresses to (medical) experts in the field of social insurance (sickness benefit, disability/invalidity, occupational injury/disease programme), in occupational health care, or in research and policy development on this topic.

We consider you as an expert in one of the areas mentioned. In case you are not familiar with the subject but a colleague is, please forward this questionnaire to that expert.

Questions and procedure

- A. We are very pleased that Prof. Peter Donceel and UEMASS are supporting this study by forwarding this questionnaire to UEMASS members (social insurance physicians).
- B. In case the answers to some questions are available somewhere else, please indicate (e.g. name of expert or department), and forward a copy of the questionnaire to that expert;
- C. Please send in your response at the latest on **Monday 2nd May 2005**, preferable by email, to AStri. But, of course, you also may send it by post;
- D. Based on the answers received we select about seven interesting "cases" or "models of good practice" and will approach the informant in the **last 2 weeks of May 2005** for an additional telephone interview.
- E. If you have any documents in English, German, French, Dutch, Swedish or Danish, that could be useful, we also should be pleased to receive them.

Products

The outcomes of our inquiry will be reported to our social insurance agency UWV. We further will provide an extended summary in English, which will be sent to all experts who sent in the questionnaire. This 'article' further will be offered for publication on the UEMASS website (where an earlier email surveys also has been reported).

We will be pleased to sent you already an initial paper on this project, which we made in the preparatory stage (quick scan of literature). This paper has also been presented at the ISSA European Regional meeting ("Migrants and Social Protection", Oslo, April 2004) and at the bi-annual UEMASS Congress (Lille, June 2004).

We hope you have the opportunity and willingness to inform us. In case you have any questions on this questionnaire, please contact us.

With kind regards.



Dr. Rienk Prins

Questionnaire on disability assessment and return to work measures in migrants and ethnic minorities

1. Information about informant

- a. Name:
- b. Position:
- c. Email Address:
- d. Working for/in: Sickness Benefit/Health Insurance
 Disability Benefit/Pension Insurance
 Occupational injury/disease Benefit Insurance
 Occupational Health Services
 Other,
- e. Date:

2. Sickness absence, disability and migrants/ethnic minorities

2.1. *Compared to the native population: do migrants and ethnic minorities in your country show higher levels of:*

	Yes	No
a. <i>sickness absence</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <i>sickness absence after occupational injury</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <i>disability benefit/pension claims</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <i>disability benefit/pension receipt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2. *Both in case of higher or similar rates: could you show figures?*

- a. Sickness absence

b. Occupational injuries/diseases

c. Disability benefits/pension recipients

d. Other

2.3. *Both in case of higher or similar rates: which migrants or ethnic minorities are involved (nationality)?*

2.4. *In case of higher rates: which major factors or problems have been identified or are considered to be relevant for this phenomenon?*

- a. in the field of work (and occupational health services)
- b. in the field of social insurance (administration)
- c. in other areas

3. Measures focusing on service provision to migrant workers or insured from ethnic minorities

Please describe for various types of measures, whether they have been implemented recently (last 5 years)

3.1. Reformulation of services' policy (culturally competency, race equality, etc.)

- a. Measures:
- b. Results:
- c. Problems:
- d. Documentation (incl. websites):

3.2. New information and communication policy (oral, written, website, helpdesk, etc.)

- a. Measures:
- b. Results:
- c. Problems:
- d. Documentation (incl. websites):

3.3. New working methods and guidelines for professionals (medical, non-medical staff).

a. Measures:

b. Results:

c. Problems:

d. Documentation (incl. websites):

3.4. Change of procedures and facilities in day-to-day practice (e.g. interpreter services)

a. Measures:

b. Results:

c. Problems:

d. Documentation (incl. websites):

3.5. Training of staff (medical, non-medical)

a. Subjects/Skills:

b. Results:

c. Problems:

d. Documentation (incl. websites):

3.6. Participation of representatives of ethnic minorities in advisory bodies

a. Measures:

b. Results:

c. Problems:

d. Documentation (incl. websites):

3.7. *Other, namely*

a. Measures:

b. Results:

c. Problems:

d. Documentation (incl. websites):

4. Inclusion of interesting experiences and “good practice” in the second stage of this inquiry?

4.1. *In case we think the measures and experiences you reported are interesting for other experts/countries, and should be explored deeper:*

a. Would you be available for an additional telephone interview?

yes

no

cannot say, yet

b. In case someone else is better informed to be interviewed, who would you suggest to approach:

4.2. *Any additional remarks, suggestions, etc.*

Empty box for additional remarks, suggestions, etc.

We thank you for your support and will be pleased to inform you on the outcomes of our inquiry. Please send your reaction by email to:

Dr. Rienk Prins: r.prins@astri.nl

Or Mrs. Wendy Heijdel (researcher): w.heijdel@astri.nl

In case you prefer to send the questionnaire in by post, please send it to:

AStri Research and Consultancy Group

Dr. Rienk Prins

Stationsweg 26

2312 AV Leiden

The Netherlands

Tel.: + 31 71 512 49 03

Fax: + 31 71 512 52 47

Web: www.astri.nl