

AUTEURS
Hanan Nhass
Joey Poerwoatmodjo



Kennisplatform
Integratie &
Samenleving



WANNEER DE PATIËNT NIET OP Z'N BEST IS

Een kwalitatieve verkenning naar ervaringen van zorgmedewerkers met discriminatie en vooroordelen geuit door patiënten/cliënten

NOVEMBER 2021

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	3
1. Inleiding	5
1.1 Discriminatie	7
1.2 Gevolgen van discriminatie	8
1.3 Politieke aandacht	8
1.4 Onderzoeksvragen	9
1.5 Onderzoeksozet en aanpak	9
1.6 Werving respondenten	9
1.7 Diversiteit onder respondenten	10
1.8 Interviews en analyse	10
1.9 Samenwerking met andere organisaties	10
2. Literatuurverkenning	11
2.1 Prevalentie discriminatie in de zorg	11
2.2 Huidige richtlijnen	12
In het kort	13
3. Ervaren discriminatie	14
3.1 Aard van ervaringen	14
3.2 Reacties	20
In het kort	25
4. Behoeften van zorgmedewerkers	26
4.1 Meer in gesprek over discriminatie	26
4.2 Trainingen	26
4.3 Protocollen	27
4.4 Meer diversiteit	27
4.5 Melden	27
4.6 Steun vanuit de organisatie	31
In het kort	33
5. Helpende factoren in preventie en aanpak	34
5.1 Leidinggevend	34
5.2 Zorginstellingen	35
5.3 Inleving en empathie	36
5.4 Sociale norm	37
5.5 Rol van omstanders	37
In het kort	38
6. Conclusies en aanbevelingen	39
Vervolgonderzoek	41
Literatuurlijst	42
Bijlage A – Informatie en tools	44



SAMENVATTING

Wat zou jij als leidinggevende doen als een patiënt/cliënt aangeeft niet door jouw zorgmedewerker¹ aangeraakt te willen worden, omdat hij/zij een kleur heeft? Hoe zou jij als zorgmedewerker reageren als een patiënt/cliënt jouw deskundigheid in twijfel trekt, omdat je een hoofddoek draagt? De reacties van zorgpersoneel op discriminatie en vooroordelen die door patiënten/cliënten worden geuit, lopen uiteen, zo blijkt uit deze verkenning waarin we ervaringen van zorgmedewerkers² hebben opgetekend. De een reageert boos, de ander is onaangenaam verrast en weer een derde relativeert 'in het ziekenhuis is nu eenmaal niemand op z'n best.'

In deze verkenning staan de ervaringen met discriminatie en vooroordelen op grond van afkomst, religie en huidskleur centraal. Op basis van een internationale literatuurstudie, zestien interviews met zorgmedewerkers (n=12) en leidinggevendenden (n=4) uit verschillende zorgsectoren, aangevuld met een online focusgroep met zorgprofessionals en onderzoekers³, schetsen we een beeld van ervaren discriminatie en vooroordelen. We hebben ons gefocust op discriminerende uitlatingen die door patiënten/cliënten en/of de omringende familie worden gedaan in de setting van o.a. ziekenhuizen, thuiszorg, ggz, jeugdzorg en ouderenzorg.

De belangrijkste bevindingen op het vlak van de *aard van de ervaringen*, zijn te clusteren op drie manieren:

- 1 In deze rapportage gebruiken we de term zorgmedewerker. Hiermee doelen we ook op zorgverleners, managers/leidinggevendenden.
- 2 In de volgende sectoren zijn de zorgverleners en leidinggevendenden die zijn geïnterviewd, werkzaam: huisartsenpraktijk POH/GGZ, ouderenzorg, thuiszorg, jeugdpsychiatrie, (academisch) ziekenhuis, jeugdzorg, stage hbo verpleegkunde, kraamzorg, wijkverpleging.
- 3 De focusgroep is in samenwerking met Vilans gehouden (d.d. 28 september 2021) en stond in het teken van het duiden van de bevindingen uit deze verkenning. Bij de focusgroep waren twee zorgprofessionals en zes adviseurs/onderzoekers van systeempartijen aanwezig: Pharos, de Anne Frank Stichting, Vilans en Movisie.

1. Frequentie van de ervaring: nagenoeg alle respondenten rapporteren meerdere incidenten van discriminatie en vooroordelen te hebben meegemaakt in het contact met patiënten/cliënten.
2. Directe discriminatie en indirecte discriminatie: er is sprake van zowel discriminatie en vooroordelen in het directe patiënt/cliëntcontact als indirect waarbij de zorgmedewerker achteraf hoort van witte collega's dat de patiënt/cliënt in kwestie zich discriminerend en/of kwetsend, laatdunkend heeft uitgelaten.
3. Type discriminerende uitlating: opvallend vaak koppelen patiënten/cliënten uiterlijke kenmerken van de zorgmedewerker aan een gepercipieerd gebrek aan deskundigheid.

De belangrijkste bevindingen op *organisatieniveau* zijn dat opvallend weinig respondenten de weg naar de vertrouwenspersoon afleggen en dat er veel onduidelijkheid is over interne protocollen. Dit kan erop duiden dat er organisatie breed amper zicht is op hoe vaak discriminatie voorkomt en wat de aard is. Dit maakt het des te moeilijker om iets te doen aan bestrijding en preventie. Wel gaven bijna alle zorgmedewerkers aan de incidenten te melden bij de direct leidinggevende. Melding doen bij een meldpunt of bij de politie kwam bijna niet voor. Als reden werd vaak genoemd: gebrek aan vertrouwen dat er echt wat mee gebeurt, het niet willen herbeleven van de ervaring, het bagatelliseren van het incident en/of geen tijd hebben.

Aan alle respondenten, zowel zorgverleners als leidinggevendenden, is gevraagd waar ze behoefte aan hebben. Beide groepen gaven aan behoefte te hebben aan trainingen over hoe om te gaan met discriminatie en vooroordelen en duidelijkere protocollen. Vooral zorgmedewerkers zeiden bovendien een open gesprek te willen, ook als er geen incident is. Dit gesprek zou volgens de respondenten zowel met patiënten/cliënten als met collega's onderling moeten plaatsvinden.



Belangrijkste aanbevelingen

Doordat de beroepsbevolking, juist ook in de sectoren zorg en welzijn, steeds diverser wordt, zullen ervaringen met discriminatie en vooroordelen vaker voorkomen. Daarnaast is het in het (post-)covid tijdperk, dubbel van belang om een veilige en prettige werkomgeving te creëren voor het toch al schaarse zorgpersoneel. We geven dan ook enkele aanbevelingen die zorgverleners en leidinggevenden kunnen inzetten in het voorkomen en aanpakken van discriminatie en vooroordelen.

GESPREK

De visie op zorg hebben de meeste zorgorganisaties vastgelegd in beleidsplannen. Meestal zijn daarin ook de bijbehorende waarden beschreven. Echter, vastleggen op papier is iets anders dan de waarden daadwerkelijk beleven en toepassen.⁴ Het agenderen en het spreken over vooroordelen en discriminatie is hierbij onmisbaar. In dat gesprek is het creëren van een veilige sfeer de basis. Ook is aandacht voor het toerusten van omstanders belangrijk.

MELDEN

- Stimuleer het melden, neem alle meldingen serieus en pak meldingen accuraat op en communiceer aan betrokkenen wat ermee gebeurt.
- Registreer alle meldingen en voer periodiek een analyse uit, zodat eventuele patronen ontdekt kunnen worden en passende aanpakken en protocollen ontwikkeld kunnen worden.

PROTOCOL

- Omgaan met, maar vooral het voorkomen van vooroordelen en discriminatie op de werkvloer is niet alleen een individuele kwestie. Ontwikkel daarom heldere protocollen die geraadpleegd kunnen worden bij incidenten.
- De ontwikkeling van een protocol doe je samen. Stel een werkgroep samen waarin uit alle lagen van de organisatie vertegenwoordigers deelnemen.
- Neem bij ernstige incidenten het bieden van opvang/nazorg/psychologische hulp op in het protocol.

4 [kennisproduct-kleurrijke-zorgmedewerkers.pdf \(vilans.nl\)](#) geraadpleegd d.d. 27 september 2021.

TRAINING

- Bied leidinggevenden en vertrouwenspersonen trainingen aan waarin zij leren signalen van discriminatie te herkennen, personeel goed te ondersteunen en een veilige werksfeer te bevorderen.
- Bied zorgmedewerkers een training aan waarin naast aandacht voor agressie er ook expliciet aandacht wordt besteed aan discriminatie op de werkvloer, zowel tussen collega's onderling, in het patiënt/cliëntcontact en bij patiënten/cliënten onderling. Hierin zouden ook tools kunnen worden aangereikt voor het gesprek met de pleger en het gesprek met collega's en leidinggevenden. Dit is belangrijk, omdat ook omstanders toegerust moeten worden om in te kunnen grijpen bij situaties van discriminatie.⁵

DIVERSITEIT & INCLUSIE

Bevorder diversiteit en inclusie in de organisatie. Waar de al genoemde aanbevelingen vrij snel kunnen worden ingezet, vergt deze laatste aanbeveling een langere adem. Het bevorderen van inclusie en diversiteit is alleen mogelijk als je reflecteert op je eigen organisatiecultuur en een visie en beleid ontwikkelt dat hiertoe leidt. Leiderschap, bestuur en management zijn hierbij van groot en faciliterend belang.⁶ Investeer dus in het meenemen en actief betrekken van bestuurders.

Meer diversiteit binnen functiegroepen als die van leidinggevenden en vertrouwenspersonen, kan bevorderend werken bij het uitdragen van je visie op zorg en interne omgangsvormen, omdat signalen hogerop gebracht kunnen worden. In een divers samengesteld team lijkt de drempel lager om ervaringen te delen, door o.a. herkenning en lijkt men alerter op mogelijke signalen van discriminatie. Een eerste stap naar meer diversiteit is om de werving- en selectieprocedure onder de loep te nemen.⁷

5 Zie deze publicatie: www.kis.nl/artikel/ingrijpen-bij-discriminatie-als-omstander-het-nut-de-noodzaak-en-de-tips, zie ook hoofdstuk 5.

6 [kennisproduct-kleurrijke-zorgmedewerkers.pdf \(vilans.nl\)](#) geraadpleegd, d.d. 27 september 2021.

7 We hebben enkele tools op een rij gezet, zie [bijlage A](#).



1. INLEIDING

Arts met hoofddoek: We hebben op de foto kunnen vaststellen dat er een lichaamsvreemd voorwerp in uw endeldarm aanwezig is [...]

Patiënt (witte man, middelbare leeftijd): Ja, nee! Ik wil een second opinion, want eeh.
Dit slaat nergens op.

Arts: Dat verandert niets aan de foto, meneer. Een andere arts zal precies hetzelfde constateren als...

Patiënt: Ja, nee maar. Ik wil liever een arts die ... ervoor gestudeerd heeft.

Arts: Nou meneer, ik heb in totaal 12 jaar gestud- ...

Patiënt: Die een andere kijk er op ... Meer zoals ... traditionele kijk ... en die ik gewend ben en die zeg maar ... 't is toch andere cultuur ... je weet niet ... wat de andere verschillen ... in hoe ze tegen dingen aankij
... IK WIL GEWOON EEN ANDERE DOKTER SPREKEN! ZO MOEILIJK IS DAT TOCH NIET?
KLANT IS KONING, TOCH?

Witte mannelijke arts komt in beeld: Ja goedendag meneer. Ik zal het kort houden. Er zit zo te zien een Mickey Mouse poppetje in uw endeldarm.

Patiënt: Ah! Ja, nee, zie je wel. Dat dacht ik al wel!

Transcript uit de sketch 'Rolf wil een second opinion' – korte animatiefilm, gemaakt door Martijn van Hoek

Medewerkers in zorg en welzijn hebben hart voor hun vak en staan dag én nacht klaar voor hun medemens in nood. Des te pijnlijker is het als deze medewerkers bij de uitoefening van hun beroep te maken krijgen met discriminatie en uitsluiting (Radar, 2021), zoals bijvoorbeeld in bovenstaand transcript uit een sketch te lezen is. De inhoud van de sketch is voor zorgmedewerkers van kleur helaas ook realiteit. Volgens recent onderzoek⁸ onder ruim tienduizend Nederlandse medewerkers uit zorg en welzijn blijkt dat een op de vijf te maken krijgt met discriminatie op de werkvloer, zowel vanuit patiënten/cliënten als vanuit collega's.

Achter deze kille cijfers gaan schrijnende verhalen van zorgmedewerkers schuil. In dit onderzoek tekenen wij deze ervaringen op. Het aantal professionals met een migratieachtergrond dat (in potentie) te maken krijgt met discriminatie, wordt groter. Cijfers van het CBS laten zien dat het aantal professionals met een niet-westerse migratieachtergrond dat werkt in zorg en welzijn gestaag stijgt. Het gaat om artsen, verpleegkundigen en sociaal werkers. Zo is hun aandeel gegroeid van 9 procent in 2004 naar 15 procent in 2020.⁹

⁸ PGGM&CO in samenwerking met het ministerie van VWS heeft kwantitatief onderzoek gedaan naar agressie in het dagelijkse werk van zorgmedewerkers, zie: www.pggmenco.nl geraadpleegd d.d. 1 september 2021.

⁹ [Bevolking 2050 in beeld: opleiding, arbeid, zorg en wonen \(nidi.nl\)](http://Bevolking2050.beeld:opleiding,arbeid,zorgenwonen(nidi.nl)), geraadpleegd d.d. 23 september 2021.

Over discriminatie in het Nederlandse zorgdomein en dan specifiek van patiënt naar zorgmedewerker is opvallend weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan. Mogelijke verklaringen zijn dat in onderzoek naar agressie in de zorg racisme vaak niet als aparte categorie wordt gezien, omdat dit vaak gepaard gaat met (verbale) agressie (Tierolf et al. 2018).

In dit onderzoek hebben we gekeken naar ervaringen van zorgmedewerkers met discriminatie. We hantieren de definitie van discriminatie die door het Sociaal en Cultureel Planbureau is geformuleerd. Hierin gaat het om het nadelig behandelen van personen omdat zij behoren, of gerekend worden, tot een bepaalde groepering. Onder nadelige behandeling wordt verstaan: onheuse bejegening, ongelijke behandeling en agressie en geweld (zie paragraaf 1.1.).

Vooroordelen, stereotypen en discriminatie zijn aan elkaar gelinkt. Aan de hand van onderstaande voorbeelden leggen we het onderscheid uit, zoals we dat hanteren in dit onderzoek:

- De koppeling die een patiënt/cliënt maakt tussen uiterlijke kenmerken en gebrek aan deskundigheid is een *stereotype*.
- Het gevoel niet geholpen te willen worden vanwege dit stereotype, dat een patiënt/cliënt heeft, is een *vooordeel*.
- Het gedrag van een patiënt/cliënt, zoals een vraag stellen als 'heeft u wel de juiste diploma's?' is *discriminatie*.

Hoe verhoudt racisme zich tot discriminatie, zoals hierboven beschreven? Discriminatie vindt in verschillende vormen plaats, denk aan negatieve bejegening, ongelijke behandeling, uitsluiting, vernieling of bedreiging. Ook kom je het in verschillende lagen van de samenleving tegen (Felten, Taouanza, Broekroelofs, Vijlbrief & Cankor, 2020). Interpersoonlijke discriminatie gaat over gedrag tussen mensen, waarbij de ene persoon de ander discrimineert (Felten et al. 2020). Institutionele discriminatie gaat over beleid en contexten die ongelijkheid creëren, uitvoeren, bevestigen en behouden. Omdat die ongelijkheid wordt gefaciliteerd en in stand wordt gehouden door instituties, is er sprake van een ongelijke machtsverhouding.

Een andere context waarin het machtsaspect relevant is, is in het verschil tussen discriminatie en racisme. Racisme wordt volgens o.a. Felten et al. (2020) vaak gedefinieerd als een theorie die bedacht werd in het Europa van de negentiende eeuw die onderdrukking legitimeerde door te stellen dat:

1. er verschillende mensen 'rassen' zouden bestaan en
2. dat de mensen met een lichtere huidskleur superieur zouden zijn aan anderen.

Echter, de term racisme wordt niet alleen gebruikt als het gaat over huidskleur, zegt ook Charkaoui (2019). Men kan ook spreken van racisme als het gaat over cultuur en religie: Joden, Roma, Sinti en moslims hebben ook al eeuwenlang te maken met racisme. Dit wordt volgens Fundamental Rights Agency (FRA)¹⁰ racisme genoemd, omdat racisme niet alleen gaat over ideeën van superioriteit op basis van ras, maar ook op basis van afkomst en religie (Felten et al. 2020).

In dit onderzoek hanteren we de definitie van racisme zoals Fundamental Rights Agency dat doet: racisme als een ideologie, als een manier van denken die ten grondslag ligt aan discriminatie en vooroordelen: bijvoorbeeld het beschouwen van een zorgmedewerker met migratieachtergrond als minder deskundig dan diens witte collega. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat we in dit onderzoek geen uitspraken kunnen doen over hoe vaak discriminatie voorkomt en of dit altijd gelinkt is aan racisme, omdat we dit specifieke aspect niet hebben onderzocht. Daarom spreken we in deze verkenning over vooroordelen en discriminatie. De verhalen van de zorgmedewerkers die hiermee te maken krijgen, staan centraal. De focus ligt op ervaren discriminatie. Hierbij gaat het om wat zorgmedewerkers zélf ervaren en benoemen als discriminatie. Zo kunnen bepaalde opmerkingen wel als discriminatie ervaren worden terwijl die niet per se onder juridische discriminatie vallen. (Wij spreken van juridische discriminatie als er sprake is van een (juridische) ver-

¹⁰ Fundamental Rights Agency is een onafhankelijk EU-orgaan dat ten doel heeft mensenrechten in Europa te bevorderen [Who we are | European Union Agency for Fundamental Rights \(europa.eu\)](https://www.fra.europa.eu/en/who-we-are), geraadpleegd d.d. 9 november 2021.



oordeling (Andriessen, Fernee, & Wittebrood, 2014.) Maar ook andersom, als er volgens de eerdere definitie sprake zou zijn van discriminatie, dan hoeft iemand dat niet zo te ervaren (Andriessen, Fernee, & Wittebrood, 2014).

Wij onderscheiden vier niveaus waarop discriminatie en vooroordelen in de zorg kunnen voorkomen, te weten:

1. Vanuit patiënten/cliënten naar de zorgmedewerker.
2. Vanuit de zorgmedewerker naar patiënten/cliënten.
3. Bij zorgmedewerkers onderling (ook van leidinggevende naar zorgverlener).
4. Bij patiënten/cliënten onderling, bijvoorbeeld in een intramurale setting.

Gezien de beperkingen van dit verkennend onderzoek, hebben we gekozen voor een focus op niveau 1.

1.1 Discriminatie

Volgens Artikel 1 van de Nederlandse grondwet is discriminatie op basis van geslacht, ras, godsdienst, levensovertuiging of op welke grond dan ook niet toegestaan.¹¹

Discriminatie kan in verschillende vormen voorkomen. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) onderscheidt de volgende drie vormen (Andriessen, 2017):

- Negatieve bejegening. Bijvoorbeeld het onvriendelijk behandelen, naropen of pesten van een zorgmedewerker omdat die de Nederlandse taal minder beheerst.
- Ongelijke behandeling. Denk aan het niet toelaten van een thuiszorgmedewerker met migratieachtergrond.
- Vernieling, bedreiging of geweld. Zoals het mishandelen van een zorgmedewerker omdat die van kleur is.

¹¹ De Nederlandse Grondwet. (z.d.). *Artikel 1: Gelijke behandeling en discriminatieverbod*. Verkregen van Hoofdstuk 1: Grondrechten - Nederlandse Grondwet (denederlandsegrondwet.nl), geraadpleegd d.d. 26 juni 2021.

De discriminatie waar zorgmedewerkers van kleur mee te maken krijgen, varieert van een kwetsende opmerking van een patiënt tot patiënten die weigeren geholpen te worden. Ook geneeskundestudenten met migratieachtergrond krijgen tijdens de opleiding te maken met discriminatie en stigmatisering (Isik, Woutiers, Croiset & Kusurkar, 2021).

Een onderzoek van RTL Nieuws¹² onder ruim 100 zorgmedewerkers geeft een eerste beeld van ervaringen met discriminatie. Zorgmedewerkers met een migratieachtergrond rapporteren discriminerende opmerkingen naar hun hoofd geslingerd te krijgen van patiënten en cliënten: 'Ik wil geen zwarte aan mijn bed', 'Ik wil geen theedoek in huis', 'Zwarte piet is vroeg dit jaar', 'Geef je niet af aan de lakens?'. Maar ook meer subtiele opmerkingen als 'Wat spreek je goed Nederlands' of 'Wat een moeilijke achternaam, die kan ik niet uitspreken, hoor!'. Deze uitlatingen komen zowel van patiënten/cliënten als van omringende familieleden en komen vaak onverwacht, maar altijd gelinkt aan uiterlijke kenmerken, met name huidskleur en het dragen van een hoofddoek.

1.1.2 Voorspellers van discriminatie

Vooroordelen zijn net als stereotypen belangrijke voorspellers van discriminatie. Hieronder lichten we kort toe wat deze begrippen inhouden.

Vooroordelen

Een vooroordeel is een negatieve mening die niet op feiten, kennis, ervaring of waarneming is gebaseerd, en daarom niet-rationeel is (Gordijn & Wigboldus, 2013). Bijvoorbeeld wanneer patiënten/cliënten zeggen dat ze liever niet door een gekleurde zorgmedewerker worden geholpen, omdat ze denken dat die persoon niet de juiste diploma's heeft. Typerend aan een vooroordeel is dat de meningen niet gebaseerd hoeven te zijn op een persoonlijke ervaring én dat slechts één ervaring al kan leiden tot brede vooroordelen (Gordijn & Wigboldus, 2013).

¹² www.rtlnieuws.nl/nieuws/artikel/5193401/racisme-discriminatie-zorg-verpleegkundige. geraadpleegd d.d. 26 juni 2021



Er is verder ook nog verschil tussen impliciete en expliciete vooroordelen. Impliciete vooroordelen zijn associaties die direct invloed hebben op iemands gedrag of oordeel, zonder dat die persoon zich daarvan bewust is (Gawronski & Bodenhausen, 2006; Greenwald & Banaji, 1995; Greenwald, McGhee & Schwartz, 1998). Deze associaties worden dus direct en automatisch actief in je brein, zonder dat je dat in de gaten hebt. Als iemand 'Bassie' roept dan denkt bijna iedereen automatisch aan Adriaan. Expliciete vooroordelen zijn daarentegen welbewust en overwogen. Deze expliciete houding is vaak in lijn met wat de mensen om de betreffende persoon heen 'normaal' vinden (Dovidio, Kawakami & Gaertner, 2002).

Stereotypen

Stereotypen zijn bepaalde denkbeelden of opvattingen over de eigenschappen en gedragingen van een persoon of groep. Omdat stereotypen gebaseerd zijn op waarnemingen en deze worden verwerkt bij 'het denken' noemen we deze cognitief (Gordijn & Wigboldus, 2013). Je zou stereotypen kunnen zien als overdrijvingen. Het zijn generalisaties en versimpelingen van de werkelijkheid, die een groep terugbrengen tot een clichébeeld. Waar de inhoud van een vooroordeel negatief is, kan de inhoud van een stereotiep zowel positief als negatief en neutraal zijn.

1.2 Gevolgen van discriminatie

Na ervaringen met ongewenst gedrag, zoals discriminatie, kunnen er door de gedupeerden stress, frustratie en spanningsklachten worden ervaren. Bovendien worden deze incidenten niet altijd besproken, waardoor deze onder de radar blijven (PGGM&CO, 2021).

1.2.1 Van harder werken tot stoppen met werken

Zo zijn er economische gevolgen (minder werk of minder werk op niveau) en sociale gevolgen (bijvoorbeeld ten aanzien van het gevoel van veiligheid). Uit het SCP-rapport over ervaren discriminatie (Andriessen et al., 2020) blijkt dat het chronisch ervaren van discriminatie zorgt voor een mindere betrokkenheid bij de samenleving en voor minder vertrouwen in instituties. Verder wordt in het rapport duidelijk dat dis-

criminatie ervaren door werknemers op de werkvloer ervoor zorgt dat zij juist nog harder zijn gaan werken. Tegelijk kan discriminatie op de werkvloer er ook toe leiden dat de gedupeerde werknemer zich minder betrokken voelt bij de werkgever. In sommige gevallen resulteert dit in het zoeken van ander werk (15%) of zelfs tot het stoppen met werken (6%) (Andriessen et al., 2020). Ook in het onderzoek van Cottingham, Johnson en Erickson (2018) wordt geconcludeerd dat discriminatie op de werkvloer kan leiden tot het verlaten van de huidige werkgever. Uit datzelfde onderzoek bleken er ook gevolgen te zijn voor de psychische gezondheid, namelijk meer stress, emotionele instabiliteit en gezondheidsklachten.

1.2.2 Mindere psychische gezondheid

Het ervaren van discriminatie kan dus gepaard gaan met een minder goede psychische gezondheid, zo blijkt ook uit een review van Williams, Neighbors en Jackson (2003) en een meta-analyse van Pascoe en Smart Richman (2009). De relatie tussen discriminatie en een slechtere gezondheid geldt ook voor de Nederlandse context. In een Nederlandse studie onder jongvolwassenen met een Marokkaanse achtergrond zien we resultaten vergelijkbaar met die in het internationale onderzoek: ervaren discriminatie en het ervaren dat men zich in een ondergeschikte positie bevindt, heeft een significant verband met symptomen van depressie (Van de Beek, Van der Krieke, Schoevers & Veling, 2017).

1.2.3 Minderheidsstress

Wanneer stress als gevolg van discriminatie-ervaringen optreedt, spreken we van minderheidsstress (*minority stress*). Dit ontstaat doordat mensen uit een minderheidsgroep zichzelf kunnen vergelijken met anderen in de samenleving. Met als gevolg dat zij zichzelf negatiever beoordelen door de vooroordelen en stereotyperingen die heersen over de groep waartoe zij behoren of gerekend worden (Meyer, 2003).

1.3 Politieke aandacht

Sinds de Black Lives Matter beweging is er meer maatschappelijke en politieke aandacht voor vormen van racisme, sociaal-maatschappelijke domei-



nen waarin dit voorkomt en de maatschappelijke gevolgen ervan. Ook op politiek vlak is er beweging ontstaan: voormalig minister voor Medische Zorg en Sport Tamara van Ark beloofde vorig jaar na Kamervragen (naar aanleiding van het RTL Nieuws onderzoek) in gesprek te gaan met verschillende betrokken organisaties, waaronder Black Lives Matter. Ook zegde ze toe om de mogelijkheden voor een meldpunt voor discriminatie in de zorg te onderzoeken.¹³ Hoewel een meldpunt instellen het probleem niet oplost, wordt het registreren en analyseren van meldingen wel gemakkelijker. Dit kan weer resulteren in een betere aanpak om discriminatie en vooroordelen te signaleren, bespreekbaar te maken en te bestrijden.

1.4 Onderzoeksvragen

Vanuit de hierboven beschreven context komen we op de volgende onderzoeksvragen (hoofd- en deelvragen) aan de hand waarvan we deze verkenning hebben uitgevoerd.

Welke ervaringen en aanpakken zijn er met betrekking tot discriminatie van zorgpersoneel door patiënten/cliënten?

- Wat is er uit eerder onderzoek bekend over aard en omvang van discriminatie van zorgpersoneel door patiënten/cliënten?
- Welke ervaringen hebben zorgmedewerkers binnen de thuiszorg, ouderenzorg, ziekenhuizen, huisartsenpraktijken, met discriminatie en vooroordelen geuit door patiënten/cliënten en/of diens familie?
- Welke behoeften hebben zorgverleners en leidinggevenden in de aanpak en preventie van discriminatie en vooroordelen geuit door patiënten/cliënten en/of diens familie?
- Wat kunnen zorgmedewerkers en zorginstellingen doen om discriminatie en vooroordelen te voorkomen en aan te pakken?

¹³ We weten uit deze verkenning en uit het grootschalige onderzoek van PGGM&CO en het ministerie van VWS dat de drempel voor zorgmedewerkers hoog is om te melden bij een meldpunt, zie paragraaf 4.5.

1.5 Onderzoekopzet en aanpak

De vermelde onderzoeksvragen nodigen uit tot kwalitatieve onderzoeksmethoden. In deze paragraaf lichten we toe welk ontwerp er aan dit onderzoek ten grondslag ligt en welke methoden we hebben gehanteerd.

Dit onderzoek is opgezet met het verkennende karakter als uitgangspunt. De bevindingen en aanbevelingen uit dit onderzoek zijn gebaseerd op een (beknopt) literatuuronderzoek, interviews en een focusgroep.

We zijn gestart met een literatuuronderzoek, waarbij we zowel Nederlandse als internationale *peer reviewed* artikelen hebben doorgelicht. De internationale artikelen rapporteren over onderzoeken die in de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en Canada hebben plaatsgevonden.

Aan de hand van een analyse van eerdere onderzoeken hebben we enkele goede voorbeelden van aanpak en preventie geselecteerd. Ook diende het literatuuronderzoek als basis voor de vragenlijst die we als leidraad hebben gebruikt in de zestien semigestructureerde interviews met zorgverleners (12) en leidinggevenden (4).¹⁴ We hebben gekozen voor kwalitatief onderzoek, omdat de ervaringen, opvattingen en dagelijkse praktijk centraal staan. Kwalitatief onderzoek leidt tot meer inzicht in de sociale werkelijkheid van de respondenten.

1.6 Werving respondenten

Omdat ervaringen centraal staan in dit onderzoek, is in de werving een oproep gedaan tot het delen van ervaringen. De zorgverleners en leidinggevenden die we hebben geïnterviewd hebben dus zelf in meerdere of mindere mate ervaring met discriminatie en vooroordelen, geuit door patiënten/cliënten en/of diens familie. Drie van de zestien respondenten hebben geen migratieachtergrond, maar wel ervaring met discriminatie, ofwel als omstander ofwel als leidinggevende.

¹⁴ Dankzij cofinanciering van de gemeente Den Haag waren we in staat om vier extra interviews af te nemen, waardoor het totaal aantal respondenten op zestien is uitgekomen.



De werving van de respondenten is opvallend vlot verlopen. Niet alleen hadden we in relatief korte tijd het benodigd aantal respondenten bij elkaar, zij waren ook allen zeer gemotiveerd om hun ervaringen te delen. De inzet van een verpleegkundige met migratieachtergrond en diens netwerk op LinkedIn heeft reacties gegenereerd. De werving heeft ook via mediakanalen van KIS, Vilans, Pharos, vakblad Nursing en Zorg + Welzijn plaatsgevonden.

1.7 Diversiteit onder respondenten

De zorgverleners en leidinggevenden die zich aanmeldden, zijn geselecteerd op diversiteit qua:

- etnisch-culturele achtergrond;
- religieuze achtergrond;
- medisch-professionele achtergrond (vanuit alle sectoren, zoals thuiszorg, jeugdzorg, ggz, ziekenhuizen, huisartsenpraktijken);
- rol als professional (zowel uitvoerend personeel als leidinggevend personeel);
- geografische spreiding (zowel in de grote steden als in de plattelandsgemeenten);
- leeftijd (zowel oudere als jongere zorgmedewerkers);
- gender.

Om de anonimiteit van alle respondenten te waarborgen, zijn in deze rapportage hun namen gefingeerd.

1.8 Interviews en analyse

Alle zestien interviews hebben, vanwege de COVID-19 beperkingen, online via Microsoft Teams plaatsgevonden. We hebben de interviews zo veel als mogelijk traumasensitief afgenomen. Dat wil zeggen dat we onder meer extra tijd en aandacht hebben genomen in het optekenen van de ervaringen. Ook hebben we een vraag opgenomen over hoe het is om de ervaring te delen tijdens het interview en of nazorg nodig was. Van alle interviews zijn audio-opnamen gemaakt en deze zijn direct na afname uitgewerkt (niet getranscribeerd) en ter controle voorgelegd aan de respondenten. De data uit deze interviews zijn handmatig door twee onderzoekers - via een cross check - geanalyseerd. Vervolgens zijn alle interviews voorzien van codes, die inzichtelijk maken welke thema's veel werden genoemd door

de respondenten en wat juist onderbelicht bleef. Op basis hiervan zijn de patronen beschreven. In de analysefase hebben we onze bevindingen vergeleken met de wetenschappelijke literatuur.

1.9 Samenwerking met andere organisaties

Op onderdelen hebben we samengewerkt met Vilans, kenniscentrum langdurige zorg, en Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen, o.a. door kennis en netwerken met elkaar uit te wisselen. Met Vilans is samengewerkt in de analyse van de interviews en in een focusgroep met zorgprofessionals en onderzoekers/adviseurs.¹⁵ Bovendien zal deze verkenning als input dienen bij de ontwikkeling van een hulpmiddel voor zorgmedewerkers dat hen helpt om met elkaar in gesprek te gaan over praktijkervaringen en praktijkverbeteringen op dit specifieke thema. Met Pharos is er uitgewisseld op het vlak van gezondheidsverschillen. Pharos onderzoekt de discriminatie die zorggebruikers treft en werkt aan een onderbouwing van effecten van discriminatie op de gezondheid en het welbevinden van mensen. Daarnaast is samengewerkt in aanloop naar een conferentie, die Pharos begin volgend jaar organiseert over het thema discriminatie in de zorg, en een rondetafelgesprek dat in samenwerking met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wordt georganiseerd. Met de Anne Frank Stichting is samengewerkt met name op het in kaart brengen van behoeften van zorgmedewerkers. De Anne Frank Stichting ontwikkelt in samenwerking met Vilans o.a. op basis van dit onderzoek een aanbod voor zorgprofessionals om het signaleren en bespreekbaar maken van discriminatie en vooroordelen te bevorderen.

¹⁵ De online focusgroep had als doel om de bevindingen uit deze verkenning te duiden, samen met zorgprofessionals. Deze vond plaats op 28 september 2021.



2. LITERATUURVERKENNING

In dit hoofdstuk geven we antwoord op de deelvraag: *Wat is er bekend vanuit eerder onderzoek over aard en omvang van discriminatie van zorgpersoneel door patiënten/cliënten?*

2.1 Prevalentie discriminatie in de zorg

Hoewel er nog veel vragen niet eenduidig beantwoord kunnen worden, is discriminatie in de zorg geen sluimerend maatschappelijk verschijnsel meer. Hierbij spelen in ieder geval twee factoren een rol. De eerste is de ontwikkeling die de patiënt/cliënt heeft doorgemaakt: van volgzzaam naar eisend (Van der Jagt, 2003). Met het mondiger worden van de patiënt/cliënt lijkt soms de grens tussen assertiviteit en agressiviteit te vervagen (Van der Jagt, 2003). Onderzoek van de Anne Frank Stichting en het Verwey-Jonker Instituut (Tierolf et al. 2018) toont dat bedreiging, geweld en pesterij van medewerkers in de publieke sector (o.a. zorg en politie) vaak hand in hand gaan met racisme en discriminatie. Ter illustratie een dreigbericht naar een zorgprofessional met de tekst: 'en die kankernegerin maak ik dood' (Tierolf et al, 2018, p. 26). Bij racistische bedreigingen wordt vaak ook gescholden: 80 procent van de incidenten met een bedreiging valt ook in de categorie belediging. Een voorbeeld zijn de uitingen: 'Ik schiet je kapot, kankerzwarte' of 'Ik kom de ramen ingooien, kutturk' (Tierolf et al., 2018, p. 26). Agressie tegen zorgpersoneel/hulpdiensten en de opkomst van de eisende patiënt (Van der Jagt, 2003) zijn dus bijna niet los te zien van racistische incidenten. De oorzaak van het mondiger worden van de patiënt/cliënt is onder meer het gestegen opleidingsniveau, maar ook de liberalisering van de zorg, waarin de patiënt/cliënt meer klant is geworden en zich zo gedraagt (Hurenkamp & Tonkens, 2021).

Een tweede factor die discriminatie en vooroordelen in de hand kan werken, is de (vanuit beleid ingegeven) extramuralisering van de zorg. Sinds 2012 vindt

steeds meer zorg thuis plaats, bijvoorbeeld binnen de ggz. Ook ouderen worden gestimuleerd langer en zelfstandig thuis te wonen. Dit kan ertoe bijdragen dat patiënten/cliënten het gevoel hebben eisen te mogen stellen aan wie ze thuis, in hun privésfeer ontvangen. Met een opmerking als 'de hond heeft het niet zo op buitenlanders' laat een cliënt bijvoorbeeld al doorschemeren wat diens voorkeur voor een zorgmedewerker is (zie ook paragraaf 3.1.3.). Uit eerder onderzoek onder sociaal werkers blijkt dat wanneer deze professionals zichtbaar moslim zijn, dit vaker reacties oproept (Hendriks, Van Doorn & Van Ewijk, 2015). Naast afwijzing vanwege hun hoofddoek, worden vrouwelijke professionals soms niet serieus genomen of ongelijkwaardig behandeld. Dit beeld rijst ook op uit de interviews met de respondenten in deze verkenning.

2.1.1 Hoe vaak komt ervaren discriminatie voor?

Volgens antidiscriminatiebureau RADAR ontvingen discriminatiemeldpunten in Nederland in 2019 zo'n 48 meldingen van zorgmedewerkers die discriminatie op grond van afkomst of huidskleur hebben ervaren. Ook wordt door het sociale media-platform *Stop racisme in de zorg* gesteld dat er een zwijgcultuur heerst, terwijl racisme volgens hen systematisch voorkomt.¹⁶ Maar wat weten we eigenlijk vanuit landelijke cijfers over discriminatie in de zorg?

Uit het SCP-rapport: 'ervaren discriminatie II' (Andriessen et al., 2020) blijkt dat een kwart van alle werknemers het vermoeden had dat zij met discriminatie te maken heeft gehad op het werk. Het percentage van ervaren discriminatie van mensen zonder migratieachtergrond (26%) ligt daarbij aanzienlijk lager dan mensen met migratieachtergrond. Zo ervaren Nederlanders met een Turkse achtergrond bijna drie keer zo veel (59%) discriminatie op de werkvloer als Nederlanders zonder migratieachtergrond; bij

16 Boulan, D. (2020). Racisme in de zorg: 'ik wil niet door u geholpen worden'. www.oneworld.nl geraadpleegd d.d. 1 juni 2021.



Marokkaanse Nederlanders gaat het om 57%; bij Surinaamse Nederlanders om 57%; bij mensen uit Midden- of Oost-Europa om 53% en bij Nederlanders met Caribische migratieachtergrond gaat het om 48% (Andriessen et al., 2020). In dit rapport worden echter geen cijfers benoemd met betrekking tot discriminatie van zorgmedewerkers. Opvallend is dat er wel enkele cijfers bekend zijn over discriminatie van zorgvragers door toedoen van zorgmedewerkers, echter deze zijn gebaseerd op een paar Nederlandse studies toegespitst op specifieke ziektebeelden en/of specialismen.¹⁷

Recentelijk zijn er nog twee onderzoeken gedaan naar agressie en ongewenst gedrag op de werkvloer. Respectievelijk door het pensioenfonds PGGM&CO in samenwerking met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (PGGM&CO, 2021)¹⁸ en door zorgverzekeraar VGZ in samenwerking met Stichting IZZ¹⁹ en een platform voor mentaal welzijn 'OpenUp' (Coppens, Wassink & Stalenhoef, 2021).²⁰ In beide onderzoeken kwam naar voren dat verbale agressie de meest voorkomende vorm is van ongewenst of agressief gedrag (ongeveer 60%). Wanneer dit percentage wordt uitgediept naar discriminatie heeft, ten opzichte van verbale agressie, een op de vijf zorgmedewerkers in beide onderzoeken aangegeven te maken te hebben gehad met discriminatie. Deze frequentie staat zelfs gelijk aan de ervaren seksuele intimidatie.

Onderzoeken naar hoe vaak discriminatie voorkomt en met name het verhaal erachter, liggen ook internationaal niet voor het oprapen. Zo stellen Ulusoy en Schablon (2020) dat onderzoek naar discriminatie van zorgpersoneel in Duitsland nog amper is uitgevoerd. Uit hun studie naar ervaren discriminatie van zorgmedewerkers met een Turkse migratieachter-

grond werkzaam in ouderenzorginstellingen bleek dat van de 24 geïnterviewde zorgmedewerkers 20 ervaringen rapporteerden van discriminatie door patiënten, met name in de vorm van opmerkingen (Ulusoy & Schablon 2020).

Uit een recent onderzoek van de National Health Service (NHS), het publieke gezondheidsstelsel van het Verenigd Koninkrijk, bleek dat ongeveer 40.000 (7%) zorgmedewerkers dat jaar discriminatie hadden ervaren vanuit patiënten en andere bezoekers, vooral op grond van etnische achtergrond (Rimmer, 2020).

2.1.2 Hoe vaak worden er meldingen gedaan?

Terug naar Nederland: uit het onderzoek van PGGM &CO (2021) blijkt dat bijna alle respondenten (95%) weten waar zij een melding kunnen doen, maar het percentage dat daadwerkelijk meldt, is veel kleiner. In het kader van discriminatie gaf ongeveer de helft (54%) aan geen (formele) melding te doen. En als er dan wel een melding werd gedaan dan was dit meestal bij de leidinggevende (35%), bijna nooit bij een meldpunt (8%) of vertrouwenspersoon (3%). Het percentage respondenten dat een aangifte heeft gedaan, is nihil (1%). Hier hebben de respondenten verschillende verklaringen voor gegeven: het heeft geen zin (5%); wel willen maar uiteindelijk toch niet doen (10%); ontevreden over intake/afhandeling van eerdere aangiftes (11%); desinteresse/niet serieus nemen vanuit politie (21%); onvoldoende op de hoogte gehouden worden (40%). Het merendeel van de respondenten (70%) vond dat hun ervaring niet ernstig genoeg was voor een aangifte. In plaats van een melding/aangifte te doen, gaf een derde van de respondenten aan dat zij hun ervaring wel bespreken met collega's (PGGM&CO, 2021).

2.2 Huidige richtlijnen

In deze paragraaf zetten we bestaande richtlijnen van waar een patiënt/cliënt recht op heeft op een rij. Zoals eerder is benoemd, hebben zorgvragers het recht om zorgmedewerkers te weigeren. Hoe hiermee omgegaan wordt, kan echter per sector en zelfs per locatie verschillen. Wel is er een aantal richtlijnen waarin staat waar zorgmedewerkers re-

17 Pharos onderzoekt discriminatie die zorggebruikers treft en werkt aan een onderbouwing van effecten van discriminatie op de gezondheid en het welbevinden van mensen.

18 Onderzoek waarbij een online vragenlijst is uitgezet onder 11.092 zorgmedewerkers.

19 IZZ. Toename agressie en impact corona geeft zorgpersoneel mentaal forse klap. Verkregen van www.izz.nl/agressie-en-impact-corona geraadpleegd d.d. 2 juni 2021.

20 Onderzoek waarbij een online vragenlijst is uitgezet onder 500 zorgmedewerkers.



kening mee dienen te houden. Op basis van beschikbare informatie hebben we onderscheid gemaakt tussen de richtlijnen voor verpleegkundigen en verzorgenden en voor artsen.

2.2.1. Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden

In de Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden (BVV) staat dat zorgvragers het recht hebben om een zorgrelatie met een bepaalde zorgmedewerker te weigeren. Zolang er maar geen onderscheid wordt gemaakt op basis van huidskleur, etniciteit, seksuele voorkeur of religieuze overtuiging. Dat betekent volgens de Landelijke Organisatie Cliëntenraden²¹ (hierna: LOC) (2019) dat iedere cliënt een eigen zorgaanbieder mag zoeken. Daarbij wordt er van zorgaanbieders gevraagd of zij rekening houden met de voorkeuren van de cliënt. Daarom ligt het balletje bij de zorginstelling om de zorg op zo een manier aan te bieden dat deze zoveel mogelijk aansluit op de wensen van de cliënt. Wanneer de zorginstelling hier niet in slaagt, moet er duidelijk gecommuniceerd worden waarom de zorg niet geleverd kan worden. Als de cliënt hier vervolgens ontevreden mee is, kan deze contact opnemen met de klachtenfunctionaris.

Volgens de LOC (2019) is het ook belangrijk dat de zorgrelatie gebaseerd is op wederzijds vertrouwen om goede zorg te kunnen verlenen. Als dit vertrouwen ontbreekt, moet de cliënt de mogelijkheid hebben om naar een andere zorgmedewerker te gaan. Het is te allen tijde van de situatie afhankelijk of de wens van de cliënt in vervulling kan worden gebracht. In spoedeisende situaties of bij een tekort aan personeel is dat moeilijker.²²

21 De LOC is een netwerk van cliëntenraden die organisaties vertegenwoordigen waarvan de cliënten en patiënten verblijven in ggz-instellingen of de maatschappelijke opvang of cliënt zijn van verschillende vormen van ouderenzorg, thuiszorg, verslavingszorg of andere welzijnsinstellingen.

22 Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC). (2019, 13 mei). *Een zorgmedewerker weigeren. Mag dat?* Verkregen van www.cliëntenraad.nl geraadpleegd d.d. 3 juni 2021.

2.2.2. De vrije keuze voor artsen

Naast de vrije keuze voor verpleegkundigen en verzorgenden bestaat er ook een vrije keuze voor artsen. In de richtlijnen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (hierna: KNMG) (2008) staat namelijk dat patiënten het recht hebben om een mannelijke of vrouwelijke arts te weigeren. Deze keuze zou gebaseerd kunnen worden op persoonlijke motieven, eerdere ervaringen, persoonlijke trauma's of religieuze overtuigingen. Deze motieven zijn echter alleen geldig bij een voorkeur van sekse en bijvoorbeeld niet bij een voorkeur voor seksuele oriëntatie of huidskleur. Bovendien kan er alleen gehoor worden gegeven aan zo'n verzoek als dit tijdig, zoals bij het maken van de afspraak, wordt aangegeven. In spoedsituaties zijn de keuzes beperkter. De patiënt kan dan namelijk alleen door beschikbare zorgmedewerkers worden geholpen. Mocht de patiënt hier alsnog niet content mee zijn, mag de patiënt de arts nog steeds weigeren. De arts moet de patiënt dan duidelijk uitleggen wat de consequenties zijn.²³

In het kort

- Van de onderzochte zorgmedewerkers heeft een op de vijf te maken gehad met discriminatie door toedoen van patiënten/cliënten – blijkt uit grootschalig onderzoek van PGGM&CO en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Discriminatie door toedoen van patiënten/cliënten staat in frequentie gelijk aan seksuele intimidatie.
- Mogelijke oorzaken: opkomst 'eisende patiënt/cliënt' en zorg die steeds meer thuis plaatsvindt.
- Melden en/of delen van ervaringen vindt vooral bij direct leidinggevende en bij collega's plaats.

23 *Standpunt KNMG over vrije artsenkeuze*. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.



3. ERVAREN DISCRIMINATIE

Dit onderzoek heeft als doel om de ervaringen van zorgmedewerkers met discriminatie vanuit patiënten/cliënten op te tekenen. Dit hoofdstuk geeft een eerste antwoord op de deelvraag: *Welke ervaringen hebben zorgmedewerkers binnen de thuiszorg, ouderenzorg, ziekenhuizen, huisartsenpraktijken met discriminatie en vooroordelen geuit door patiënten/cliënten en/of diens familie?* Een eerste antwoord op deze vraag wordt gevormd door de zestien semigestructureerde interviews met zorgprofessionals en leidinggevenden.

3.1 Aard van ervaringen

In deze paragraaf duiden we de verschillende ervaringen aan de hand van in welke vormen deze voorkomen.

3.1.1 Directe discriminatie

Waar in sommige gevallen discriminatie meer verpakt is en subtiel wordt gebracht, zijn er ook incidenten waarbij discriminatie niet wordt verborgen. Sterker nog, in vijftien van onze zestien interviews konden de respondenten een incident opnoemen waarbij er volgens hen sprake was van directe discriminatie. Zo zijn er voorbeelden genoemd waarbij cliënten/patiënten niet geholpen wilden worden op basis van de voor- en achternamen of het uiterlijk van de zorgmedewerker, met name huidskleur en het dragen van een hoofddoek.

Arnout, leidinggevende op de prikpoli in een topklinisch ziekenhuis buiten de Randstad, reageerde geschrokken toen hem werd verteld over een situatie waarbij de patiënt niet geholpen wilde worden door een oudere zorgmedewerker met een Indische achtergrond. Ook de door de zorgmedewerker aangeraakte buisjes moesten vervangen worden, vertelde hij:

'Toen hij bloed wilde afnemen bij een patiënt, zei die patiënt tegen hem dat hij niet door hem geprikt wilde worden. De medewerker riep er meteen een andere

collega bij om de patiënt te prikken. Wij zijn in het ziekenhuis erg gewend om mee te buigen met onze patiënten. Maar toen de medewerker zijn collega riep om bloed af te nemen, zei de patiënt: ik wil ook die buisjes niet, want die zijn door hem aangeraakt. Toen brak mijn klomp, écht over de top. Totaal onacceptabel dit!'

Opvallend in dit citaat is dat de zorgmedewerker van kleur niet op de situatie inging en meteen een witte collega inschakelde om zijn werk over te nemen. Ook maakte de zorgmedewerker van kleur geen melding bij de leidinggevende. Dit incident werd door de witte collega gemeld bij leidinggevende Arnout. Tekenend voor deze situatie zijn de eisen van de patiënt en de manier waarop zorgmedewerkers daaraan gehoor geven, bijvoorbeeld door een snelle oplossing voor de patiënt te zoeken en het incident verder te vergeten. Dit beeld zagen we ook bij andere interviews.

Maar voor Arnout, die zelf geen migratieachtergrond heeft en leidinggeeft aan medewerkers op de prikpoli, was vergeten geen optie. Hij kaartte het incident aan binnen het ziekenhuis en won zelfs juridisch advies in. Ook ijverde hij voor meer richtlijnen en protocollen, zodat dergelijke incidenten voorkomen kunnen worden, dan wel adequaat aangepakt kunnen worden. In het interview verwoordde hij zijn motivatie om het incident verder te brengen, als volgt:

'In ons ziekenhuis is geen plaats voor discriminatie. Op geen enkele plek in Nederland. Ik heb de zaak geëscaleerd, zodra ik ervan hoorde. Ik wilde het goed regelen en heb dus om een protocol gevraagd. Maar juridisch blijkt het zo te zijn dat je opzet van discriminatie moet kunnen aantonen. Hoe doe je dat? Eigenlijk accepteren we discriminatie met open ogen. Kijk, seksuele intimidatie, daar zijn we het over eens. Dat accepteren we niet. Maar discriminatie ligt kennelijk lastiger. Het is zeer moeilijk om aan te tonen dat er opzet in het spel was. Maar dit maakt het voor mij nog geen afgedane zaak.'

Uit de woorden van Arnout komt naar boven dat ondanks zijn inspanningen het ook binnen zijn ziekenhuis niet gemakkelijk was om eenduidige richtlijnen of protocollen te ontwikkelen. Door zijn vergelijking met het niet accepteren van seksuele intimidatie, geeft hij aan dat het niet-accepteren van discriminatie nog een lange adem vereist.

Echter, het hoeft niet altijd zo te zijn dat er naar een vervanger wordt gezocht. Ook woonzorgbegeleider Souad met Marokkaanse migratieachtergrond heeft te maken gehad met directe discriminatie. De meneer die zij verzorgde, vertelde haar dat hij 'mensen met een hoofddoek haat'. En dat terwijl Souad een hoofddoek droeg. Souad had er het volgende over te melden:

'In de zorg moet je wel even begrijpen dat sommige bewoners of cliënten nu eenmaal op die manier reageren. En ik heb op mijn studie geleerd dat ik zorg moet verlenen aan mijn cliënten en niets kwalijk moet nemen van wat zij zeggen. Cliënten zijn tenslotte niet voor niets cliënten en hebben mijn zorg nodig.'

In dit citaat is het opmerkelijk dat discriminerende reacties van cliënten genormaliseerd lijken te worden. Eveneens opvallend is dat dit vanuit de opleiding wordt aangemoedigd. Daarnaast wordt in dit citaat duidelijk dat de zorgmedewerker onverschillig reageerde.

Het van je af laten glijden, is echter niet voor elke zorgmedewerker gemakkelijk. Gezinswerker Jalisa, met Molukse migratieachtergrond, vertelde over een incident dat ze als pijnlijk en heftig heeft ervaren. Haar werk als gezinstherapeut bracht haar in een gezin met een puberzoon met gedragsproblemen. Zij vertelde er het volgende over:

'Het begon er al mee dat de kinderen mij geen hand wilden geven. Ik had het gevoel dat ik elke keer opnieuw moest beginnen als ik binnenkwam. We bouwden geen relatie op. Het viel me verder op dat de ouders hun contact met de kinderen erg afhielden. Dat vond ik vreemd, dus had ik er meer druk op gezet. Buitenshuis luisterden de kinderen ook niet goed. Omdat ik niet echt

verder kwam met het gezin, werd ik versterkt door een witte hulpverlener. Zij ging met één van de dochters in gesprek. En die dochter zei: 'Wij als kinderen gaan niet met haar in gesprek, want zij is een zwarte en daar praten wij niet mee. Zo hebben mijn ouders me opgevoed. Als er een zwarte in de trein zit, dan moeten we in een andere coupé gaan zitten''

Dat het beroepsmatig contact in de huiselijke sfeer plaatsvindt, is hier belangrijk. Het gezin bepaalt de regels in eigen huis en draagt actief uit afwijzend te staan tegenover een zorgprofessional met migratieachtergrond. Deze afwijzende houding maakte het voor Jalisa nog moeilijker om een vertrouwensrelatie met het gezin op te bouwen. Omdat het contact niet vlotte, werd er ook een witte hulpverlener in het gezin geplaatst. Met haar legde het gezin wél snel contact. De indruk van de respondent is dat er verder niks met het discriminerende gedrag in dit gezin is gedaan. Jalisa heeft hiervan wél melding gemaakt binnen haar organisatie (zie paragraaf 3.2.1.)

3.1.2 Anders zijn

In vrijwel alle interviews kwam duidelijk naar voren dat respondenten het gevoel van 'anders zijn' regelmatig hebben ervaren. Ook al ervaren zij geen directe discriminatie, toch kregen zij het gevoel niet helemaal te voldoen aan 'de witte norm', met andere woorden zij voelden dat zij afweken van de standaard. Dit werd vooral duidelijk in de verhalen van de artsen met migratieachtergrond. Zo vertelde arts in opleiding tot specialist Redouan met Marokkaanse migratieachtergrond dat 'het merendeel van de artsen overwegend wit is' en dat niet-witte artsen, zoals hijzelf, 'het equilibrium verstoren'. Ook arts in opleiding tot specialist Fadila, die dezelfde migratieachtergrond deelt, merkte op dat zij anders was: 'Ik merk dat patiënten vaak alleen mijn voornaam onthouden. Terwijl bij witte collega's ook de achternaam wordt genoemd. Maar als je gewoon respectvol 'dokter Fadila' zegt, dan vind ik het prima. Vaak merk je wel of mensen het doen vanuit een negatief gevoel of omdat ze het echt niet hebben onthouden.' Kraamzorgmedewerker Aylin met Turkse migratieachtergrond herkent deze naamgevoeligheid: 'Discriminatie is niet iets nieuws voor me.



Ik heb geen accent, ik ben hier geboren, maar mensen pakken mij toch altijd op mijn buitenlandse naam. De gezinnen waar ik kom, vertellen mij dan meestal dat zij 'mij' wel mogen.'

Uit de ervaringen blijkt dat het gevoel van 'anders zijn' diepgeworteld kan zijn in verschillende uitingsvormen. Een als compliment bedoelde opmerking 'wat spreek je goed Nederlands' benadrukt juist het anders-zijn, omdat deze opmerking niet wordt gemaakt tegen zorgmedewerkers zonder migratieachtergrond. Ook het heel langzaam of juist hardop praten, toont aan dat er anders gekeken wordt naar zorgmedewerkers met een migratieachtergrond. Deze opmerkingen zijn voorbeelden van micro-agressies.

Hbo-verpleegkunde student Nihal met Turkse migratieachtergrond heeft tijdens haar stages verschillende situaties meegemaakt die haar zijn bijgebleven. Zo werd haar verzocht in de auto te blijven, omdat de

cliënt geen zorg van haar wilde. Deze ervaring heeft een blijvende indruk op haar achtergelaten. Hierdoor baart de toekomst haar zorgen, vertelde zij:

'Ik doe deze opleiding om iets te betekenen voor de maatschappij. Maar het lijkt net of ik weggeduwd word. En wat gebeurt er straks? Dan ga ik naar werk zoeken binnen mijn eigen gemeenschap. Want dat voelt fijn, daar word ik geaccepteerd. Maar dan ga je weer horen dat 'wij' nooit mengen met Nederlanders. Dat is oneerlijk. Ik wil heel graag met Nederlandse mensen werken. Maar hoe gaat dat straks na mijn opleiding? Als wijkverpleegkundige ga je in je eentje naar een cliënt toe. Nu doe ik dat nog met mijn stagebegeleider. Maar stel je voor, ik ga alleen en heb te maken met discriminerende cliënten. Daar ben ik wel heel bang voor.'

In dit citaat wordt duidelijk dat Nihal wel de motivatie heeft om zich volledig in te zetten, maar dat haar inzet niet door alle patiënten/cliënten positief wordt ontvangen. Opvallend is dat zij niet uitsluit dat ze in

MICRO-AGRESSIE

Micro-agressie bestaat uit kleine subtiele (on)bewuste verbale of non-verbale vormen van pestgedrag op grond van impliciete aannames die als kwetsend kunnen worden ervaren en indirect stereotypen in stand houden. Micro-agressie wordt vaak gezien als 'grapje', maar heeft een negatieve invloed op iemands zelfbeeld en sociale veiligheid (Balsam, Molina, Beadnell, Simoni & Walters, 2011; Owen, Tao, Imel, Wampold & Rodolfa, 2014). Bovendien hebben bepaalde vooroordelen en stigma's die verhuld zijn in micro-agressie negatieve invloed op de psychische gezondheid van minderheidsgroepen. Zo blijkt uit onderzoek van Nadal et al. (2014) dat mensen van kleur die te maken hebben gehad met discriminerende micro-agressie meer kans hebben op psychische problemen dan zij die geen micro-agressie ervaren. Uit ander onderzoek wordt duidelijk dat discriminerende micro-agressie het vertrouwen in instituties verkleint, wat weer in verband staat met een minder niveau van welzijn (Kim, Kendall & Cheon, 2017).

Micro-agressie kan volgens Sue (2010) in drie verschillende vormen voorkomen:

- **Micro-aanval:** een verbale of non-verbale discriminerende uiting waarin duidelijk wordt gemaakt dat de ander minder 'waard' is.
- **Micro-belediging:** een gedraging die ongevoelig en denigrerend is voor iemands identiteit of (migratie)achtergrond, zoals ervan uitgaan dat een zorgmedewerker met migratieachtergrond niet over de juiste kennis en kunde beschikt.
- **Micro-ondermijning:** een gedraging die bepaalde ervaringen van mensen (met bijvoorbeeld een migratieachtergrond) ontkracht, zoals de opmerking 'ik zie geen kleur, we zijn toch allemaal hetzelfde?'



de toekomst werk gaat zoeken in de 'eigen, veilige' gemeenschap.

In het geval van Nihal, en mogelijk andere studenten, is er nog een extra factor die het aanklaarten van dit soort incidenten bemoeilijkt, namelijk de positie als stagiair. Zo is Nihal zelf bijvoorbeeld het gesprek met de cliënte die haar discrimineerde, niet aangegaan, vertelde ze:

'Mijn stagebegeleiders hebben met die mevrouw gesproken over het incident. Daar was ik zelf niet bij. Ik ben nu ook maar een stagiaire. En ik wil straks geen gezeur of problemen hebben. Nu ik al wat meer op leeftijd ben, wil ik mijn stage graag op tijd en met succes afronden.'

De gevoeligheid van het aanspreken van de zorgvrager wordt in dit voorbeeld toegelicht. De zorgmedewerker ziet zichzelf als 'maar een stagiaire' en is bang dat het bespreken van dit soort incidenten haar kans op het succesvol afronden van een stage belemmert. In dit voorbeeld is het voorval niet onopgemerkt gebleven en is er initiatief genomen om het gesprek aan te gaan.

Ook Eleonora, verpleegkundig specialist geboren in Zuid-Afrika, vertelde haar verhaal over 'anders zijn'. Qua uiterlijk zou zij voldoen aan de witte norm, maar op het gebied van Nederlandse taalbeheersing niet. Zo vertelde Eleonora vaker te zijn geweigerd vanwege haar taalbeheersing:

'Ik heb wel een paar keer meegemaakt dat een patiënt niet door mij geholpen wilde worden. Zij hoorde aan mijn taalgebruik dat ik van origine niet-Nederlands ben. Deze patiënt wilde een 'echte' Nederlander. Bij zulke patiënten heb ik altijd het gevoel dat zij mij niet vertrouwen vanwege mijn Nederlands en dat ik mezelf extra moet bewijzen dat ik wel over de juiste kennis en kunde beschik.'

Uit dit citaat blijkt dat de witte norm meer betekent dan alleen het uiterlijk. Ook taalbeheersing lijkt hier een onderdeel van uit te maken en als je de Nederlandse taal onvoldoende beheerst, dan voldoe je niet aan de norm. Zo'n opmerking kan zorgen voor onzekerheid en een gebrek aan vertrouwen.

Eleonora heeft zelfs het gevoel dat zij zich extra moet bewijzen om te laten zien dat zij net zo kundig is als een witte zorgmedewerker die de taal volledig beheerst. En dat terwijl Eleonora kwalitatief goede zorg levert, omdat zij als een van de weinige verpleegkundigen een bepaald soort specialisme heeft.

3.1.3 Onderscheid niet uitgesproken

In alle interviews werden concrete voorbeelden genoemd. Naast expliciete discriminatie was er ook sprake van subtiele/indirecte discriminatie waarin het onderscheid meer onderhuids blijft. Zo vertelde Philip, een jeugdzorgwerker met Surinaamse migratieachtergrond, dat hij vaker in aanraking is geweest met, zoals hij het noemde, 'subtiel racisme':

'Ik heb denk ik wel vaker te maken met subtiel racisme. Van die kleine opmerkingen, of zoals ze soms worden genoemd 'grapjes', die me wel raken, maar waar ik niet de hele nacht wakker van lig. Het gebeurt meestal dan ook heel sluw. Dat het, zeg maar, niet echt opvalt. Zo wilde laatst een vrouw mijn haar aanraken, nog voordat ik iets kon zeggen, zat ze al aan me. Op een gegeven moment gaan dat soort ervaringen wel aan mij knagen. Ik werkte toen trouwens in de jeugdpsychiatrie waarin ik samen met twee collega's de enige niet-witte werknemer was. Dat was een erg witte toestand.'

In de typering 'erg witte toestand' lijkt door te schemeren dat Philip met slechts twee andere collega's met een migratieachtergrond moeilijk kon opboksen tegen micro-agressie van andere collega's. Dit citaat geeft duidelijk weer hoe een veelvoud aan kleine vervelende opmerkingen uiteindelijk een grote impact kan hebben.

Huisdieren lijken in de ervaringen van respondenten meermalen een rol toebedeeld te krijgen. Uit de ervaring van Aylin, een kraamverzorgster met Turkse migratieachtergrond, blijkt dat het gezin niet zelf aangaf dat ze niets te maken wilde hebben met een verzorger van kleur, maar dat de schuld werd geschoven op de hond:

'Als een gezin zorg nodig heeft, worden wij als kraamverzorgers ingeschakeld. Een medewerker van de planning belt ons op en diegene ziet een profiel



in het systeem staan van het gezin. Daarin staan bijzonderheden zoals het geven van borstvoeding of hoeveel verdiepingen het huis bevat. Bij het gezin wat aan mij gekoppeld werd, stond dat hun hond agressief zou reageren op mensen met een getinte huidskleur. Het overviel mij nogal en ik werd er eventjes stil van. Ik vond het heel apart dat dit überhaupt mag worden genoteerd in een systeem. De medewerker gaf aan dat ze het nog even intern wilde overleggen en zou mij later terugbellen. Toen zij terugbelde, gaf zij aan dat ik daar toch gewoon heen mocht om te kramen. Maar ik heb er uiteindelijk zelf voor gekozen om er niet heen te gaan. Ik had er geen fijn gevoel bij.'

In dit gezin, dat een kraamverzorger nodig heeft, lijkt het huisdier als middel te worden gebruikt om indirect een voorkeur uit te kunnen spreken. Wat verder opvalt, is dat de persoon om wie het gaat, Aylin, er in eerste instantie niet actief bij werd betrokken. Zij kreeg slechts te horen dat ze 'ernaar toe mocht'. Door Aylin groen licht te geven daarheen te gaan, is het probleem niet opgelost. Ten eerste is het gezin niet aangesproken. Ten tweede lijkt er geen rekening te worden gehouden met Aylin's positie door haar bloot te stellen aan een gezin waar zij niet welkom is.

3.1.4 Indirecte discriminatie

Zorgmedewerkers krijgen niet altijd direct van hun cliënt/patiënt te horen dat zij anders of niet gewild zijn. Er zijn ook incidenten waarbij de zorgmedewerker via een leidinggevende of collega erachter komt dat de cliënt/patiënt de betreffende zorgmedewerker discrimineert. Volgens respondent Emre, een dermatoloog met Bosnische migratieachtergrond, maken medisch specialisten, zoals hijzelf, minder vaak directe discriminatie mee. Toch komt hij wel vaak met indirecte discriminatie in aanmerking. In Emre's geval heeft het vooral te maken met zijn naam. Hij vertelde er het volgende erover:

'Als dermatoloog sta ik toch een beetje aan de kant waar het aantal discriminerende opmerkingen meevallen. Wij, medisch specialisten, zitten toch meer achter ons bureau. Wat ik meemaak, is niet te vergelijken met wat onze polizusters meemaken. De echte confrontaties zijn bij ons heel zeldzaam. Er zijn weinig mensen die het recht in m'n gezicht zeggen. Vaak hoor ik het wel

achteraf of via-via. Dan krijg ik bijvoorbeeld van een collega te horen dat de cliënt niet bij die buitenlandse dokter verder wil. Die buitenlandse dokter ben ik trouwens.'

In de typering 'die buitenlandse dokter' schuilt een micro-agressie, of specifiek, een 'micro-aanval'. Er werd bewust een afwijkende term gebruikt, namelijk 'buitenlandse', om een dokter met migratieachtergrond aan te duiden. De cliënt gaf daarnaast aan niet meer behandeld te willen worden door deze dokter, niet op basis van expertise maar op basis van afkomst. Verder is in dit citaat opvallend dat de vergelijking wordt gemaakt met zorgmedewerkers die op de poli werken en zorgmedewerkers waarbij de patiënten op afspraak komen. Discriminatie lijkt vaker voor te komen op de poli, waar er, in vergelijking met behandelingen op afspraak, meer routinematig contact plaatsvindt tussen zorgmedewerker en patiënt. Dit zou te beargumenteren kunnen zijn met de vertrouwensrelatie die dan ontstaat. Door een mate van vertrouwdheid zou de patiënt meer durven zeggen tegen de zorgmedewerker, waaronder ook discriminerende opmerkingen.

3.1.5 Collega's onderling

In principe ligt de focus van dit onderzoek op de ervaren discriminatie van zorgmedewerkers door toedoen van cliënten/patiënten en/of diens familie. Toch zijn er ook voorbeelden van vooroordelen en discriminatie genoemd die vanuit collega's of leidinggevendenden komen. Zo vertelde Redouan, arts in opleiding tot specialist, met Marokkaanse migratieachtergrond, over een gesprek dat hij opving over een collega-arts met hoofddoek:

'Enkele medisch specialisten hadden het over een collega-arts met een hoofddoek. Ik hoorde dat zij niet werd aangenomen voor de opleiding tot specialist. De medisch specialisten graptten dat zij haar hoofddoekje maar af had moeten doen.'

In dit citaat wordt door medisch specialisten in negatieve zin de koppeling gelegd tussen het kunnen voltooien van een opleiding en het dragen van een hoofddoek. Ook patiënten leggen deze link. In hun perceptie is een in hun ogen 'afwijkend' uiterlijk ge-



RACISME EN DEMENTIE

Dat de patiënt niet op z'n best is, vermoedelijk vanwege het ongemak dat ziekzijn met zich meebrengt en de zorgafhankelijkheid, is geen vrijbrief voor discriminerende uitlatingen, vinden vrijwel alle zorgverleners en leidinggevenden die we interviewden. Toch zijn er verzachtende omstandigheden: mensen die lijden aan dementie.

Zeker in een later stadium van de aandoening, laten mensen met dementie ongeremd gedrag zien. Naast agressie, seksueel grensoverschrijdend gedrag, zijn er ook veel zorgmedewerkers die te maken krijgen met discriminerende opmerkingen van deze patiënten.

Aniek, leidinggevende op een woonzorglocatie, vertelde over haar ervaring waarbij een patiënte met dementie discriminerende opmerkingen maakte over haar collega's:

'Wij kregen op een avond plots een opname van een blanke Nederlandse vrouw met dementie. Dat was ongeveer een jaar geleden. Zij kwam in het donker binnen. Naast mij stond een collega, een Surinaamse dame. En tijdens die nachtdienst hadden we ook een Chinese zuster over de vloer lopen en onze arts, die uit Afghanistan komt. De blanke mevrouw was behoorlijk van slag. Zij sprak mij op een later moment aan en vroeg: waar ben ik? Ik zie allemaal donkere mensen. Ben ik in Afrika? Er werken hier allemaal apen.'

Het belangrijkste element uit dit citaat is dat er hier sprake is van een zorgbehoevende met dementie. Door het ziektebeeld is het lastig om de persoon in kwestie aan te spreken op diens discriminerende uitlatingen. Tijdens de looptijd van dit onderzoek kregen wij meerdere vragen van zorgmedewerkers over mensen met dementie die zich discriminerend uitlaten en hoe hiermee om te gaan. In de internationale literatuur is hier echter weinig over te vinden. Uit een onderzoek onder zorgmedewerkers in het Verenigd Koninkrijk, blijkt dat verpleegkundigen de discriminerende uitingen van patiënten interpreteren als gevolg van hun mentale toestand. Belangrijk in de vraag hoe te reageren op een situatie waarin de patiënt zich discriminerend uitlaat, is tot welke hoogte het antisociale gedrag verklaard kan worden door de mentale toestand waarin de patiënt verkeert (Deacon, 2011). Desalniettemin hechten zij waarde aan het open kunnen bespreken van deze ervaringen en hebben zij vooral van leidinggevenden nodig dat zij ervaringen en zorgen over discriminatie serieus nemen.

Op basis van enkele gesprekken met zorginstellingen en algemene literatuur kunnen we de volgende tips geven.

Dementie is een complex ziektebeeld, waarbij discriminerende opmerkingen vanuit de patiënten niet te voorkomen zijn. Daarom zou een zorgorganisatie aan andere knoppen kunnen draaien, door bijvoorbeeld:

- het personeel niet continu bloot te stellen aan patiënten die zich (ongewild) discriminerend uitlaten, bijvoorbeeld door het hanteren van wisselende roosters (Cottingham, 2018);
- ruimte te geven aan personeel om erover te praten (Iheduru-Anderson et al., 2021);
- cursussen aan te bieden waarin (nieuw) personeel meer leert over het ziektebeeld en -verloop en ermee leert omgaan, bijvoorbeeld door kennis te maken met verschillende coping stijlen, zie ook paragraaf 3.2.



linkt aan het niet-gekwalificeerd zijn. Zo kregen bijna alle geïnterviewde artsen met migratieachtergrond op enig moment de vraag vanuit de patiënt: *'heb je wel de juiste diploma's?'*.

3.2 Reacties

In deze paragraaf illustreren wij hoe de geïnterviewde zorgverleners en leidinggevendenden hebben gereageerd op hun ervaringen. In de interviews die we hebben geanalyseerd is qua reacties een grote mate van diversiteit te zien. Zo zijn er respondenten die ervoor kiezen om direct te reageren op de cliënt/patiënt. Ook zijn er zorgmedewerkers die ervoor kiezen om juist niks te zeggen. Sommige respondenten zoeken actief steun bij collega's, terwijl anderen zich in de steek gelaten voelen. Ook zijn er zorgmedewerkers die hun ervaringen bagatelliseren. Deze verschillende manieren van omgaan met discriminatie worden ook wel coping stijlen genoemd. De manier waarop je omgaat met ervaringen van discriminatie ontstaat vanuit rationele en emotionele reacties op

stress of een probleem (Omlo, 2020).

3.2.1 Steun vinden bij collega's

Uit de verschillende interviews werd het steun zoeken bij collega's vaak genoemd. Dit kan gaan om informele, terloopse steunbetuigingen, maar ook om op initiatief van de leidinggevende het bespreken van incidenten tijdens teamoverleggen. In de terminologie van coping stijlen, spreken we hier van de 'actieve, naar steun zoekende coping stijl' (Omlo, 2020).

Zo vertelde Jalisa, gezinswerker met Molukse migratieachtergrond, dat zij met haar directe collega's eigenlijk alles deelde. Dus ook haar vervelende ervaringen, waar eerder in de tekst een voorbeeld van genoemd is. Jalisa ziet deze directe collega's zelfs als vrienden. Tegelijk benoemde zij ook dat ze haar ervaringen niet deelt met niet-directe collega's. Jalisa reageerde met onderstaand citaat op haar eerdere ervaring waarin zij niet welkom was bij een gezin vanwege haar huidskleur:

OMGAAN MET DISCRIMINATIE

Reageren op ervaringen van discriminatie kan op verschillende manieren. Deze reacties worden in de literatuur coping strategieën genoemd. Dit zijn inspanningen om stressvolle situaties – zoals discriminatie – en daarmee gepaard gaande emoties te overwinnen, te verminderen of te tolereren (Lazarus & Folkman, 1984). Omlo (2020) onderscheidt de volgende strategieën:

- **Polariserende strategieën** zijn meestal confronterend, scherp, vijandig en agressief van aard (vgl. Lazarus, 1999).
- **De strategie van vermijding** impliceert dat mensen de confrontatie niet aangaan, maar zich psychologisch, sociaal en/of fysiek terugtrekken binnen relaties, domeinen en situaties. Denk bijvoorbeeld aan het uitzetten van de tv of het weg zappen en/of bepaalde kranten niet meer lezen of bepaalde media niet meer consumeren om te voorkomen dat zij geconfronteerd worden met stigma's over hun groep (Omlo, 2020).
- Het toepassen van **conformerende strategieën** impliceert dat mensen zich op verschillende manieren proberen aan te passen aan de negatieve omstandigheden om zo de kans op sociale insluiting te verhogen. Dit is, net zoals de polariserende strategie, een actieve strategie.
- **Verbindende strategieën** zijn actieve pogingen om vooroordelen te ontkrachten op een constructieve en positieve manier of pogingen om de relatie met de ander in stand te houden en/of te verbeteren. Een verbindende strategie is bijvoorbeeld het zich verplaatsen in degene die discrimineert. Dit maakt het vervolgens gemakkelijker om negatieve ervaringen te relativeren (vgl. Buijs, Demant en Hamdy, 2006).



'Ik heb er met mijn directe collega's wel over gesproken. Met hen zat ik ook, op het moment dat ik de organisatie als nieuweling binnenkwam, op de kamer. Wij waren dan ook wel echt bevriende collega's en deelden zowat alles met elkaar. Zo kon ik ook een beetje mijn hart luchten. Met anderen buiten mijn team heb ik het niet gedeeld. Daar heb ik toch minder een klik mee. Ik blijf voorzichtig met wie ik wel of niet iets deel'.

Opvallend in dit citaat is de open houding die Jalisa en haar directe collega's onderling hebben. Dit lijkt te zorgen voor een vertrouwensband, waardoor zij ook moeilijke en kwetsbare gespreksonderwerpen kunnen uitwisselen. Met niet-directe collega's wordt minder gedeeld. De angst voor negatieve gevolgen is dan groter.

Emre, dermatoloog met Bosnische migratieachtergrond, Philip, jeugdzorgwerker met Surinaamse achtergrond en Hua, medisch administratiemedewerker met Vietnamese achtergrond, gaven alle drie aan dat zij hun ervaringen alleen hebben gedeeld met collega's met ook een migratieachtergrond. Zo vertelde Emre dat hij met de enige drie collega's 'van buitenlandse komaf' zijn ervaringen bespreekt. Hij vertrouwt hen en ze geven elkaar tips over hoe om te gaan met bepaalde situaties. Alle drie de respondenten geven aan dat met 'witte' collega's deze conversaties nauwelijks plaatsvinden, omdat zij zulke situaties niet hebben meegemaakt en zich er minder in kunnen herkennen. Ervaringen worden gedeeld om te toetsen 'of het niet aan mij lag' en of zaken niet 'te groot' worden gemaakt. In het interview met Hua werd duidelijk dat er eigenlijk maar één collega was met wie zij haar verhaal deelde:

'De collega met wie ik het heb gedeeld, is van Surinaamse afkomst. Ik vind het prettig dat zij meteen weet wat er aan de hand is. Met blanke mensen eindigt het altijd weer in een discussie. Ik wil niet elke keer hoeven uit te leggen waarom iets discriminatie is. Ik heb daar de energie niet voor en heb er gewoon geen zin in'.

Opvallend in de citaten van Emre, Philip en Hua zijn hun verschillende beweegredenen om steun te zoeken bij collega's met migratieachtergrond. Collega's met migratieachtergrond kunnen worden opge-

zocht omdat deze meer worden vertrouwd dan witte collega's. Collega's van kleur zouden namelijk soortgelijke ervaringen kunnen delen en zich erin kunnen herkennen. Zorgmedewerkers van kleur kunnen op deze manier bij hun collega's van kleur mogelijk ook naar bevestiging zoeken of diens ervaring een uitzondering is of dat collega's van kleur eenzelfde ervaring delen. Een laatste reden die opvalt, is dat het delen van de ervaring met witte collega's kan leiden tot discussie en 'energieverspilling'. Als reden wordt opgegeven dat er minder herkenning en begrip zou zijn bij collega's zonder migratieachtergrond, omdat zij verder afstaan van de thematiek. Verder zien we dat het aantal collega's met migratieachtergrond van de respondenten op één hand valt te tellen, dit kan gevolgen hebben voor gevoelens van inclusie en uitsluiting.

Franklyn, met Soedanese migratieachtergrond, vertelde als leidinggevende van een thuiszorgteam dat hij middels wekelijkse teamoverleggen ervaringen wilde delen om op die manier elkaar te steunen. Hij gaf aan dat het werken als thuiszorgmedewerker een individuele baan is. Zonder elkaar te zien en te spreken, is het lastig erachter te komen waar zijn team zoal tegenaan loopt. Franklyn blikte met onderstaand citaat terug op het incident waarbij een cliënt geen zorg wilde van Franklyn's medewerker met Congolese migratieachtergrond. De cliënt gaf aan dat de thuiszorgmedewerker over onvoldoende kennis en kunde zou beschikken.

'We hebben er in het teamoverleg, in groepsverband, over gepraat. En zo steunen we elkaar dus ook. Daarin legden we uit dat het echt niet aan haar lag. En dat er waarschijnlijk een stuk frustratie bij de cliënt lag dat met allerlei randzaken te maken kan hebben. Dat was toen wel voldoende zo. Omdat het team vooral uit allochtonen bestaat, kennen we elkaars problemen en hebben we begrip voor elkaar'.

In dit citaat is het opvallend dat deze leidinggevende door wekelijks overleg het bieden en ontvangen van steun faciliteert. Omdat het beroep van thuiszorgmedewerker vrij solistisch is, is het belangrijk om bewuste momenten te creëren om ervaringen uit te wisselen. Door zo'n wekelijks teamoverleg kunnen



de medewerkers toch verbondenheid met elkaar voelen, doordat ze op de hoogte zijn van elkaars werk en ervaringen en problemen en oplossingen kunnen delen. In dit voorbeeld zorgde het teamoverleg ook voor geruststelling van de geweigerde zorgmedewerker. Wat verder nog een positieve bijdrage lijkt te hebben geleverd aan het teamoverleg, is het diverse personeelsbestand. Het team dat overwegend bestaat uit professionals met een migratieachtergrond lijkt te leiden tot gevoelens van herkenning, waardoor er minder sprake is van 'zich moeten verantwoorden', 'discussie aangaan' of je 'genegeerd voelen'.

3.2.2 Op een professionele manier reageren

Een tweede manier van omgaan met discriminatie, die we uit de interviews hebben kunnen destilleren, is de 'actieve confronterende coping stijl'. Met deze strategie worden vooroordelen op een rustige, duidelijk onderbouwde manier ontkracht. Dit wordt vaak gedaan met (wetenschappelijke) kennis of humor (Omlo, 2020). Souad, woonzorgbegeleider met Marokkaanse migratieachtergrond, reageerde met onderstaand citaat op de opmerking die een man die zij verzorgde, maakte, waarbij hij aangaf dat hij mensen met hoofddoek haat:

'Ik zei tegen de meneer: 'Ik behandel u met respect en ik verwacht respect terug. Uw opmerking wordt niet geaccepteerd bij ons. Ik ben hier om u te verzorgen'. En op een gegeven moment zag ik hem denken en werd hij stil. Toen zei hij: 'Ja zuster, je hebt eigenlijk wel gelijk'. Daarna heeft die man niks meer gezegd.'

In dit citaat wordt duidelijk dat de zorgmedewerker ongeacht de opmerking de zorgbehandeling wil hervatten. De cliënt wordt op professionele wijze erop geattendeerd dat dergelijke uitlatingen niet gewenst zijn en dat hij verzorging nodig heeft. Door zo een statement te maken, weet de cliënt waar die aan toe is en kan diens visie bijgetrokken worden of in ieder geval is hij zich bewust van de impact van zijn woorden en de onwenselijkheid ervan. Doordat deze respondent de cliënt confronteerde met diens uitlatingen, creëerde zij bewustwording en ruimte om te kunnen leren.

Dit professioneel handelen staat ook voor Vasanti met Hindoestaanse migratieachtergrond en werkzaam als leidinggevende op een woonzorglocatie centraal. Interessant is dat zij in haar invulling van professioneel handelen een breed arsenaal aan mogelijkheden ziet, waaronder in een uiterste geval het tijdelijk stopzetten van zorg. Zij deelde het volgende:

'Als professional moet je je emotie kunnen wegzetten en vervelende opmerkingen niet persoonlijk opvatten. Van buiten moet je uitstralen dat het je niet raakt, ook al voelt dat van binnen soms wel zo. Reageer met respect en blijf netjes en beleefd. Ga dus niet ook met negatieve opmerkingen terug reageren. En mocht de patiënt echt over je grenzen gaan, stap dan uit het gesprek. Geef daarbij wel aan dat je de kamer verlaat: 'Dit gedrag kan gewoon niet, dit gesprek gaat niet verder'. Daarna kan je een collega daarheen sturen om die persoon te verzorgen en te helpen. Wij zijn allemaal collega's en zijn er om elkaar te helpen.'

Opvallend in dit citaat is dat bij een professionele reactie in de visie van Vasanti het uitschakelen van je emoties en het 'netjes en beleefd' blijven, centraal staan. Omdat emoties niet helemaal terzijde kunnen worden geschoven en om escalatie te voorkomen, is er in de werkwijze van Vasanti, en meerdere zorgmedewerkers die we spraken, ook ruimte voor het staken van het gesprek en het tijdelijk stoppen van zorg, uiteraard wel met een andere collega die de zorg overneemt. Toch zou je het tijdelijk beëindigen van de zorg kunnen zien als 'het ontlopen van de confrontatie'. Dit valt onder de 'passieve vermijdende coping stijl'. Wat verder niet duidelijk wordt gemaakt in dit citaat, maar wat wel van belang is, is of de vervangende collega de patiënt vertelt dat diens gedrag niet wenselijk is en of er nazorg wordt geboden aan de gedupeerde zorgmedewerker.

José, met Caribische migratieachtergrond, vertelde ons als leidinggevend bedrijfskundige in de zorg over zijn ervaring waarbij een cliënt aangaf niet geholpen te willen worden door zwarte verpleegkundigen. Hij was toevallig aanwezig bij dat gesprek en reageerde verbouwereerd. Vooral de directheid van de opmerking, stak hem. Hij gaf aan dat het leek alsof de cliënt het recht had om niet geholpen te worden



door iemand met een andere huidskleur. Daarbij is José zelf ook een persoon van kleur. Na deze ervaring heeft hij een afspraak gemaakt met de cliënt. Hij vertelde:

'Ik heb een afspraak gemaakt met de cliënt. Wel achteraf, want het zorgproces moest wel door kunnen gaan. Ondanks de vervelende gebeurtenis, moeten we de continuïteit van de zorg blijven bewaken. [...] Toen zei ik tegen haar: 'Ik vind het belangrijk dat de nadruk ligt op de competenties. En dat huidskleur er niet toe doet. Het gaat hier om een gediplomeerde.' Ik probeer te corrigeren en attenderen. Maar wel zodat mensen zich niet gekwetst voelen.'

In dit citaat vallen drie punten op, het achteraf reageren op de cliënt, de reactie naar de cliënt en hoe de reactie wordt overgebracht. José koos ervoor om niet direct te reageren op de opmerking. Het direct reageren, brengt hij in verband met het niet succesvol leveren van zorg. In het gesprek met de cliënt benoemde José dat huidskleur er niet toe doet en dat de zorgmedewerker aangenomen is, omdat die over de benodigde competenties en diploma's beschikt. Zo is het vooroordeel dat 'zwarte zusters' geen goede zorg zouden leveren, ontkracht met een duidelijke onderbouwing. Eveneens belangrijk, is dat José aangeeft de cliënt niet te willen kwetsen door zijn reactie. Hij besteedt aandacht aan het zorgvuldig formuleren van het standpunt en brengt de boodschap op een niet-vijandige manier. Dit is een goed voorbeeld van de actieve confronterende coping stijl (Omlo, 2020).

3.2.3 Reageren met humor

Wat we in de interviews regelmatig tegenkwamen als reactie op de discriminerende ervaringen, was het reageren met humor. Het reageren met een grap is een voorbeeld van de actieve confronterende coping stijl (Omlo, 2020). Zo vertelde Emre, dermatoloog met een Bosnische migratieachtergrond, dat hij naar een nieuwe manier zocht om te reageren op vervelende opmerkingen van cliënten, bijvoorbeeld op de vraag waar hij zijn opleiding heeft gevolgd:

'Ik had een tijdje geleden het gevoel dat ik er misschien meer een grapje van moest maken. Mensen die mij

dan vragen of ik goed ben opgeleid, antwoord ik met 'Nee, ik heb die papieren niet. Ik heb gewoon wat filmpjes gezien op YouTube'. Ik had het helemaal gehad met mezelf steeds weer te verantwoorden en elke keer de patiënten gerust te stellen. [...] De eerste keer was het echt schrikken. Je voelt je bijna schuldig dat je dingen moet goed praten. Ik heb misschien wel een buitenlandse achternaam, maar ik ben toch echt opgeleid in Nederland. Als iemand vraagt 'waar heb jij je opleiding gedaan?' voel je je er toch wel een beetje verantwoordelijk voor. Je voelt je aangesproken om die twijfel weg te nemen.'

Opvallend in dit citaat is dat de patiënt het hebben van een niet-Nederlands klinkende naam associeert met het volgen van een opleiding buiten Nederland. Dit zou niet voldoen aan de witte (Nederlandse) norm. Emre voelde steeds de behoefte om twijfels over zijn bevoegdheid, kennis en kunde bij de patiënt weg te nemen. Daar werd hij echter moe van en om wat luchtigheid erin te brengen besloot hij er een grapje van te maken. Dit kan als effect hebben dat de patiënt zich realiseert dat diens opmerking ridicul is. En het kan als effect hebben dat Emre, en andere respondenten die als zorgmedewerker zo reageren, er een beter gevoel aan overhouden, onder meer doordat ze de controle in het gesprek behouden.

3.2.4 Niet reageren

Niet alle respondenten hadden de behoefte om meteen te reageren op een opmerking van een cliënt/patiënt. Het bewust niet reageren op een opmerking, een incident ontkennen of fysieke/digitale plekken ontlopen, om confrontaties met (verdere) discriminatie te vermijden, behoren tot de 'passieve vermijdende coping stijl' (Omlo, 2020). Zo vertelde Fadila, arts in opleiding tot specialist, met Marokkaanse migratieachtergrond, dat zij het niet nodig vond om in te gaan op een opmerking over haar hoofddoek:

'Ik kreeg van mijn witte collega, een verpleegkundige, te horen dat de patiënt tegen haar had gezegd: Pik jij dat? Neem jij bevelen van háár aan – hij wees naar mij toen ik wegliep. Gelukkig reageerde mijn collega meteen op deze opmerking door te zeggen dat artsen en verpleegkundigen gelijkwaardig zijn en op deze manier samenwerken om de beste zorg te leveren. De patiënt



werd toen stil. Naar de patiënt toe heb ik niks meer gezegd, omdat hij verder normaal tegen mij deed. Dan ga ik er niet over beginnen. Dat vind ik niet meer nodig. Niemand ontmoet je op z'n best in het ziekenhuis, dus ik nam het ook wel met een korrel zout.'

Opvallend in dit citaat is het besef dat patiënten niet voor niets in het ziekenhuis liggen. Zij hebben zelf wat negatiefs meegemaakt en liggen daarom in het ziekenhuis, waar zij afhankelijk zijn van anderen. Daardoor kunnen zij soms vervelende opmerkingen maken, zo relateert deze respondent. Omdat de patiënt na zijn opmerking niet nog meer vervelende opmerkingen maakte, was voor Fadila de kous af. Zo kon zij de continuïteit van de zorg waarborgen.

Ook dermatoloog Emre, met Bosnische migratieachtergrond, vertelde dat hij zich tegenwoordig minder aantrekt van negatieve opmerkingen van zijn patiënten:

'Als je het voor de 150e keer hoort 'waar komt je achternaam vandaan?', leer je jezelf aan hoe jij het beste ermee kan omgaan. Tegenwoordig ben ik veel kalmer en zoek ik er verder niks achter.'

Het is interessant hoe Emre gebruik maakt van meerdere coping stijlen. Namelijk de actieve naar steun zoekende, de actieve confronterende en in bovenstaand citaat de passieve vermijdende coping stijl. Afhankelijk van de situatie kiest hij een voor hem en het moment passende manier van omgaan. In het hierboven genoemde citaat kiest Emre ervoor niet te reageren. Op emotioneel vlak doet deze opmerking hem vrij weinig meer. Het kan zo zijn dat hij er gewend aan is geraakt en er zo min mogelijk energie aan wil besteden. Zo kan hij de behandeling snel hervatten en zijn werk ongestoord doen.

3.2.5 Zorg verlenen door collega

Zorgmedewerkers hoeven niet altijd door te gaan met hun behandeling. Uit enkele ervaringen bleek dat een collega de zorg heeft overgenomen. Hiermee wordt de fysieke ontmoeting, en verdere discriminatie, ontlopen en valt dit gedrag onder dezelfde eerdergenoemde passief vermijdende coping stijl. Zo vertelde Jalisa, gezinswerker met Molukse migratie-

achtergrond, over haar ervaring waarin het gezin haar weigerde vanwege haar huidskleur (zie 3.1.1 Directe discriminatie). Vanuit eigen motivatie heeft Jalisa besloten geen zorg meer te bieden aan dat gezin:

'Als zij mij niet willen, kan ik geen hulp verlenen. En eigenlijk hoef ik daar dan ook niet meer heen. Vervolgens werd er een overleg met alle hulpverleners en ouders ingepland. Vooraf aan het gesprek krabbelden de hulpverleners, die mij hadden geïnformeerd over dat het gezin mij niet wilde vanwege mijn huidskleur, terug. Het is uiteindelijk nooit tot een overleg gekomen, omdat mijn collega het niet openbaar wilde maken. En zo heb ik besloten dat ik niet meer in dat gezin wilde werken. Mijn leidinggevende zei: als je eruit wil, mag je eruit. Er is toen een andere hulpverlener in gegaan.'

Opvallend in dit citaat is de reactie van de zorgmedewerker. Niet elke zorgmedewerker wil nog zorg blijven leveren nadat die te horen heeft gekregen niet welkom te zijn bij de zorgvrager. Zo kan toekomstige discriminatie vermeden worden. Het gezamenlijke overleg, dat zou kunnen leiden tot verheldering bij zowel de zorgmedewerkers als Jalisa, heeft nooit plaatsgevonden. De collega van Jalisa die erachter is gekomen waarom het gezin discriminerend gedrag vertoonde, had hier een belangrijke rol kunnen spelen als omstander. Echter, zij koos ervoor om deze rol niet op te pakken. De leidinggevende leek weinig gedaan te hebben om tot een duurzame oplossing te komen voor Jalisa. Er is namelijk alleen een vervangende zorgmedewerker aangeboden: een snelle kortetermijnoplossing die de ervaring en het gevoel waarmee Jalisa bleef zitten, lijkt te hebben genegeerd.

3.2.6 Score achterstand

Uit Eleonora's eerder beschreven ervaring (zie 3.1.2 Anders zijn) werd duidelijk dat zij het gevoel kreeg dat zij zich extra moest bewijzen. Met dit gedrag probeert Eleonora zich aan de negatieve situatie aan te passen zodat zij insluiting, sociale acceptatie en gelijkwaardige behandeling vanuit haar patiënten hoopt te vergroten. Dit noemen we de 'passieve conformerende coping stijl' (Omlo, 2020). En zo zijn er meer ervaringen van deze coping stijl, bijvoorbeeld die van medisch administratiemedede-



werker Hua met Vietnamese migratieachtergrond. Zij gaf aan dat ze is gaan wennen aan het gevoel discriminatie te ervaren en zich continu te moeten bewijzen. Uit de ervaring van Fadila, arts in opleiding tot specialist, met Marokkaanse migratieachtergrond, bleek dat het zich moeten bewijzen niet alleen een gevoel is, maar dat het ook tegen haar is gezegd. Zij vertelde:

'Ik kreeg van mijn leidinggevende te horen dat hoe hard ik mijn best ook deed, ik altijd op een 3-0 achterstand stond. Dat heeft te maken met dat ik én een vrouw én een Marokkaanse ben én een hoofddoek draag.'

Het opvallende in dit citaat is dat de arts in opleiding tot specialist van haar leidinggevende te horen heeft gekregen dat zij op een achterstand stond. Ook al zou de leidinggevende hier een goede bedoeling mee kunnen hebben, het is niet fijn om te horen dat je achterstaat op punten die te maken hebben met je identiteit en grotendeels niet door jezelf aangepast kunnen worden. Voor de respondent benadrukt

het wederom dat zij niet voldoet aan de witte (mannelijke) norm. Bovendien laat dit citaat zien dat leidinggevers op de hoogte kunnen zijn van deze achterstand. De vraag die daar dan logisch uit voortvloeit is wat de verantwoordelijkheid is van leidinggevers. In hoofdstuk 5 gaan we hier dieper op in.

In het kort

- Zowel directe als indirecte discriminatie wordt ervaren.
- Het gevoel van zich 'anders' voelen (o.a. door het ervaren van micro-agressie) is veelvuldig genoemd.
- Zorgmedewerkers in de ouderenzorg krijgen ook te maken met discriminatie-incidenten door patiënten die lijden aan dementie. Door dit complexe ziektebeeld is een andere aanpak nodig.
- Reacties van respondenten op ervaren discriminatie lopen uiteen: van steun zoeken bij collega's tot het inzetten van humor.



4. BEHOEFTE VAN ZORGMEDEWERKERS

Het delen van ervaringen met discriminatie zorgt er niet alleen voor dat we meer duidelijkheid krijgen over de aard van de ervaringen en de reacties. Het legt tegelijkertijd ook bloot waar de respondenten behoefte aan hebben. Zo gaf een deel van de respondenten aan graag meer protocollen te willen en meer gesprek te willen over discriminatie. In deze paragraaf sommen we de opgehaalde behoeften van de zorgverleners en leidinggevenden op. In dit hoofdstuk geven we dan ook antwoord op de deelvraag: *welke behoeften hebben zorgverleners en leidinggevenden in de aanpak en preventie van discriminatie en vooroordelen geuit door patiënten/cliënten en/of diens familie?*

4.1. Meer in gesprek over discriminatie

Omdat er nog niet vaak en open wordt gesproken over discriminatie is het nog een lastig onderwerp om over te praten, bleek uit de interviews. Tijdens enkele gesprekken kwam naar voren dat ervaringen wel werden gedeeld met directe collega's, met name met hen die ook een migratieachtergrond hebben. Het brede gesprek lijkt echter uit te blijven. Vrijwel alle respondenten gaven aan hier wél behoefte aan te hebben. Dit komt overeen met internationale studies naar discriminatie van zorgmedewerkers. Een metastudie waarin 23 studies over racisme in de zorg zijn bekeken, toont aan dat verpleegkundigen van kleur de behoefte voelen om de stilte te doorbreken (Iheduru-Anderson et al. 2021). Gesprekken over discriminatie vanuit patiënten zijn vaak eenrichtingsverkeer: verpleegkundigen van kleur delen hun ervaringen, maar vinden geen gehoor bij hun witte collega-verpleegkundigen (Iheduru-Anderson et al. 2021).

De respondenten uit deze verkenning noemden als voorbeeld het organiseren van thema-avonden, er aandacht aan besteden in werkoverleggen, het terug laten komen in een-op-een-gesprekken met leidinggevenden, stagebegeleiders en/of vertrouwenspersonen.

4.2. Trainingen

Uit de interviews bleek dat meerdere respondenten behoefte hebben aan training en cursussen over hoe zij in de toekomst kunnen omgaan met soortgelijke discriminerende situaties. Zo gaf Aylin, kraamverzorger met Turkse migratieachtergrond, aan dat er op het moment van spreken geen trainingen waren en dat zij dat wel graag zou willen: *'Nu ben ik nog jong en ben ik net begonnen maar ik ga hier denk ik wel vaker mee te maken krijgen. Ook voor mijn collega's is dit belangrijk'*. Fadila, arts in opleiding tot specialist, met Marokkaanse migratieachtergrond, deed daar zelfs nog een schepje boven. Het aanbieden van een training is niet voldoende. Deze training zou volgens haar terugkerend moeten zijn: *'Wat belangrijk is bij zulke trainingen is dat deze terugkerend zijn. Vooral als je er voor langere tijd niet aan bent blootgesteld, kun je er goed door overvallen worden. Eigenlijk zouden we als professionals elk jaar aandacht voor discriminatie en agressie moeten hebben'*. José, leidinggevend bedrijfskundige in de zorg, concludeerde dat het handig is om daarnaast verschillende thema-avonden te organiseren: *'Zo houd je de kennis vers in het geheugen. Er zijn zoveel beleidsregels en dat is onmogelijk om allemaal te onthouden'*. Het kunnen omgaan met vervelende opmerkingen werd ook genoemd als motivatie voor het volgen van een training. Ook leidinggevenden José en Arnout willen in de toekomst meer voorbereid zijn en denken dit via een training te kunnen bewerkstellingen. Niet alleen zodat zij zelf weten hoe te anticiperen, maar ook zodat zij de juiste ondersteuning kunnen bieden aan hun medewerkers.



4.3. Protocollen

Uit enkele interviews kwam duidelijk naar voren dat er behoefte is aan meer richtlijnen en protocollen. Zo was het voor Arnout, leidinggevende op de prikpoli van een ziekenhuis, belangrijk om een protocol aan te vragen. Met nieuwe, scherpere richtlijnen hoopt hij incidenten op een juiste manier aan te vechten: *'Ik heb de zaak geëscaleerd zodra ik ervan hoorde. Ik wilde het goed regelen en daarom heb ik om een protocol gevraagd'*. Het ziekenhuis waar Arnout werkt, is met de ethische commissie bezig met het opzetten en uitvoeren van een plan om discriminatie binnen het ziekenhuis tegen te gaan.

4.4. Meer diversiteit

Uit de meeste interviews kwam naar voren dat het personeelsbestand bij de zorgorganisaties weinig etnisch-cultureel divers is. Diversiteit kan voor meer open gesprekken, herkenning en begrip voor elkaar zorgen, zo valt op te maken uit de ervaring van Hua, medisch administratiewerker. Zij vertelde het volgende:

'Ik heb liever een leidinggevende die niet oer-Hollands is. Iemand die mij makkelijker begrijpt en waarmee ik ervaringen kan delen. Waar ik niet veel voor hoeft uit te leggen. Ook al word ik niet direct uitgescholden door een patiënt en gebeurt het meer stiekem.'

Maar vooroordelen komen niet alleen voor vanuit de witte patiënt/cliënt, ook vanuit de patiënt met een migratieachtergrond ontstaan soms lastige situaties. Wel valt op dat de kou vaker en sneller uit de lucht te halen is, zo blijkt uit onderstaande ervaring van Redouan, arts-specialist in opleiding in een ziekenhuis in de Randstad:

'Ik stond even met mijn rug naar de liggende patiënt, maar hoorde toen dat hij tegen zijn zoon zei, in het Marokkaans: is dit de dokter? Is hij niet te jong, kan hij het allemaal wel? Toen ik me omdraaide en ze mijn naam zagen en dus zagen dat ik ook van Marokkaanse afkomst ben, schrokken ze even. Ik heb er verder maar niks over gezegd.'

4.5. Melden

In deze paragraaf bespreken we het melden en met name de meldingsbereidheid van de geïnterviewde zorgmedewerkers. We besteden hier apart aandacht aan omdat meldingsbereidheid cruciaal is voor het signaleren en agenderen van vooroordelen en discriminatie. Als medewerkers niet bereid zijn tot het doen van een melding, dan zal het lastiger zijn om zicht te krijgen op hoe vaak discriminatie voorkomt. Dit bemoeilijkt het ontwikkelen van een aanpak. Leidinggevendens spelen een belangrijke rol in het proces van melden. Zij hebben een poortfunctie: hoe meer zij open staan voor meldingen, hoe lager de drempel om te melden en hoe beter er zicht komt op hoe vaak dit voorkomt, wat de aard is en wat je eraan kunt doen, ook in de preventieve sfeer. Hoewel melden het probleem niet oplost, komt dankzij meldingen wel boven water of de discriminatie-ervaringen structureel zijn.

Onder meldingsbereidheid verstaan we het *willen* melden van een discriminatie-ervaring. Het *willen* melden, zegt nog niets over het *kunnen* melden. Het *kunnen* melden lijkt het probleem niet: in alle zorgorganisaties waarmee we bekend zijn geworden in dit onderzoek, zijn er mogelijkheden om te melden. Vooral het informeel melden bij de direct leidinggevende wordt veel genoemd onder onze respondenten. Het *willen* melden ligt echter iets ingewikkelder. De meeste respondenten lijken om meerdere redenen terughoudend. Het melden van incidenten blijft steken bij de direct leidinggevende. De weg naar de vertrouwenspersoon of melding doen bij een antidiscriminatiebureau of zelfs aangifte doen bij de politie wordt een stuk minder vaak bewandeld. Als reden geven respondenten aan dat het toch geen zin heeft om te melden, dat het tijd kost en/of omdat ze de nare ervaring niet nog een keer willen herhalen of juist omdat de ervaring niet ernstig genoeg is. Dit beeld wordt bevestigd in het PGGM-onderzoek, waaruit blijkt dat meer dan de helft (54%) geen (formele) melding doet (PGGM&CO, 2021).



Zo is Eleonora, verpleegkundig specialist, met een Zuid-Afrikaanse migratieachtergrond, terughoudend met melden, vertelde ze:

'We kunnen van een veiligheidsincident melding doen. Deze zou anoniem moeten, maar dat is het niet! Ik zou dus niet zo gauw een melding doen. En vooral als het in mijn geval vaak gaat om subtiele discriminatie. Dan lijkt het net of het mijn woord tegen iemands anders woord is. En ik heb geen zin in het gedoe dat daarna zal volgen. De nadelige gevolgen zijn groter dan de positieve.'

Uit bovenstaand citaat blijkt dat deze respondent een afweging maakt en vooral kijkt naar de gevolgen op korte termijn. Datzelfde geldt voor respondent Redouan, arts-specialist in opleiding. Hij omschreef zijn meldingsbereidheid als volgt:

'Op basis van mijn eerdere ervaringen zou ik niet snel melden, omdat ik daar denk ik per saldo weinig mee op schiet. De verstandhoudingen worden nog krommer en dat komt de werksfeer niet ten goede. Grote kans dat het nadelig is voor het team, voor mij of voor mijn overige collega's met een niet-westerse achtergrond.'

De zinsnede 'komt de werksfeer niet ten goede' is interessant, omdat deze impliceert dat door het melden er onderhuidse spanningen zullen ontstaan. In een open cultuur zouden ervaringen van discriminatie besproken en gemeld moeten kunnen worden, zonder dat dit nadelige gevolgen heeft voor de gedupeerde zorgmedewerker. Daarnaast is in dit citaat opvallend dat deze respondent ook kijkt naar gevolgen op langere termijn en gevolgen voor andere collega's met een migratieachtergrond. Dit zijn punten waar rekening mee gehouden kan worden in het bevorderen van de meldingsbereidheid.

Daarnaast is er nog een aspect dat extra aandacht verdient: het stimuleren van de meldingsbereidheid van zorgmedewerkers in een afhankelijkheidspositie, zoals werknemers met een tijdelijk arbeidscontract en stagiaires. Nihal, stagiaire kraamverzorgster, omschreef haar schroom om te melden als volgt:

'Toen het gezin zei dat ik niet welkom was, heb ik melding gedaan bij het discriminatiemeldpunt [gemeentelijke ADV]. In de organisatie waar ik stageloopt, is er wel een vertrouwenspersoon, maar als stagiaire weet ik niet of ik daarmee mag praten.'

Uit dit citaat kan opgemaakt worden dat er bij Nihal onduidelijkheid heerst over of ze überhaupt met de vertrouwenspersoon mag praten. Het informeren over mogelijkheden en het stimuleren van de meldingsbereidheid lijkt dus een punt van aandacht. Daarvoor is vereist dat zorgorganisaties discriminatie herkennen, erkennen en bespreekbaar maken en extra aandacht hebben voor medewerkers in afhankelijkheidsposities, zoals tijdelijke krachten en stagiaires.

Ook voor José, senior bedrijfskundige in de zorg, is het intern melden van groot belang. Hij legde uit dat hij als volgt te werk gaat:

'Wat ik meestal vraag, is wat haar of zijn emoties daarbij waren. Hoe heeft diegene de discriminatie ervaren? Ik geef ruimte om de eigen beleving kenbaar te maken. Ik ventileer duidelijk dat ik het niet oké vind dat dergelijke uitlatingen worden gedaan. En ik maak er altijd een notitie van. Wat je veel ziet in zorginstellingen, is dat je veel incidenten opschrijft en opslaat. Op basis van een aantal scores wordt bepaald of het incident leidt tot het maken van een melding. Deze wordt bijvoorbeeld ook gekoppeld aan een thema. Losse specifieke situaties kan ik helaas niet doorgeven. Wanneer een ernstige melding is geplaatst, wordt een externe organisatie ingeschakeld.'

José gaf aan dat 1 of 2 gesprekken vaak afdoende zijn. Daarin hanteert hij een strategie van duidelijk zijn, zo vertelde hij:

'Ik geef in deze gesprekken wel aan welke consequenties er zijn verbonden aan degene die discrimineert. En deze gesprekken heb ik zowel met cliënten als met zorgmedewerkers. Je moet natuurlijk aangeven dat je het een serieuze zaak vindt. En je moet aangeven dat het ook wordt geregistreerd en nauwkeurig wordt bijgehouden. Dat is van belang voor de toekomst van de organisatie. Zo blijven we leren.'



Juist door de woorden 'zo blijven we leren' geeft José aan dat het thema serieus genomen wordt en dat zijn organisatie vinger aan de pols houdt door de meldingen door te lichten en er eventueel verder onderzoek naar te doen via een externe, onafhankelijke partij. Deze werkwijze troffen we niet bij alle geïnterviewde leidinggevenden aan. Opgemerkt moet worden dat we met vier interviews hier ook geen representatief beeld van kunnen geven.

Voor Franklyn, leidinggevende in de thuiszorg, is het melden en registreren belangrijk. Hij gaf aan dat elk incident geregistreerd wordt met als doel inzicht te krijgen in de incidenten:

'Alles wordt verzameld en één keer in de drie maanden wordt daar een analyse van gedaan. Samen met een kwaliteitsverpleegkundige ga ik dan alles na. En indien nodig wordt er scholing of een e-learning aangeboden. We hebben er in het teamoverleg, in groepsverband over gepraat. En zo hebben we ook onze steun geboden aan medewerkers die discriminatie hebben ervaren. Uitleggen dat het niet aan haar ligt. En dat er waarschijnlijk een stuk frustratie bij de cliënt ligt dat met allerlei randzaken te maken kan hebben. Weet je wat het is, medewerkers in de thuiszorg zien elkaar niet omdat ze vooral bij de cliënten thuis werken. Ons team bestaat uit vooral allochtonen, daardoor kennen we elkaars problemen en hebben we begrip voor elkaar.'

Het hebben en uiten van begrip voor elkaar is ook voor Anniek, locatiemanager in een multicultureel verzorgingshuis, belangrijk, zeker als de zaak dreigt te escaleren. Zij vertelde over een incident waarbij ook bedreiging plaatsvond. Zij omschrijft het melden en het betrekken van de politie als een zaak van goed werkgeverschap. Ze gaf er de volgende woorden aan:

'Ik ben van mening dat we incidenten moeten melden ook al kan de politie er niks mee. We hebben ook wel eens aangifte gedaan bij lagere discriminatievormen. We werken nu dan ook samen met een wijkagent. Maar we hebben binnen onze organisatie ook een vertrouwenspersoon, een bedrijfsmaatschappelijk werker, een imam en een dominee. Als goed werkgever wil je goede zorg garanderen, zowel voor je werknemer als voor je patiënt. Als mens mogen we discriminatie

nooit tolereren, niet wegkijken. Dit mogen we niet goedkeuren in onze samenleving.'

Voor Philip, werkzaam in de jeugdzorg, is het belangrijk dat een organisatie het melden stimuleert. Hij deelde zijn advies dan ook:

'Durf je mond open te trekken. Als er iets is wat niet oké voelt, dan moet je er wat van zeggen. Kijk verder bij wie je terecht kan. Praat er met vrienden over en deel je ervaring. Krop het vooral niet op.'

Het 'niet opkroppen' dat Philip expliciet benoemt, is erg belangrijk bij ervaringen van discriminatie, omdat deze ervaringen in verband worden gebracht met verminderd psychisch welzijn, depressie en ander psychisch leed (Felten et al. 2020). Door erover te praten, door eventueel traumabehandeling kan ernstig leed voorkomen worden.

Het binnen een organisatie kunnen delen van de ervaring is niet voor alle respondenten gemakkelijk. Zo maakt het voor zorgadministratiemedewerker Hua, met Vietnamese migratieachtergrond, nogal uit of de vertrouwenspersoon zelf ook een migratieachtergrond heeft of niet. Zij omschreef dat als volgt:

'In mijn organisatie is er geen meldpunt puur alleen voor discriminatie. Maar via intranet kun je melding maken van van alles. Er is wel een vertrouwenspersoon, ik heb diegene ooit ontmoet en die is blank. Allemaal blank. Dan voel je je niet begrepen.'

Uit het citaat van Hua valt op te maken dat zij verwacht niet begrepen te zullen worden door een witte vertrouwenspersoon, omdat deze zich waarschijnlijk minder kan inleven. Deze afstand die Hua voelt, zagen we ook bij andere respondenten. Het omgekeerde, zoals hierboven omschreven in het citaat van Franklyn hoorden wij ook veelvuldig: 'wij allochtonen kennen elkaars problemen en hebben begrip voor elkaar'. Deze elementaire collegiale banden, zou je in je organisatie breder willen trekken, ongeacht het hebben van een migratieachtergrond. Dit zou kunnen betekenen dat organisaties meer werk zouden kunnen maken van diversiteit onder vertrouwenspersonen én meer aandacht moeten besteden



aan het kweken van een vertrouwensband met medewerkers met een migratieachtergrond, zeker wanneer deze een zeer kleine minderheid binnen een organisatie vormen. Outreachend werken en werken vanuit behoeften zouden hierbij kunnen helpen.

4.5.1. Waar kun je terecht met een melding/klacht?

Ongeveer de helft van de geïnterviewde zorgmedewerkers van het huidige onderzoek wist niet precies waar ze terecht kunnen met een klacht. Daarom proberen we aan de hand van de 'Monitor arbeidsdiscriminatie 2015-2019' ontwikkeld door RADAR en Art. 1 (Van Bon & Fiere, 2020) toe te lichten welke opties een medewerker heeft. Deze verheldering geldt overigens voor medewerkers van alle sectoren, waaronder dus ook de zorgsector. Er zijn twee routes die gedupeerde werknemers van discriminatie kunnen bewandelen: een interne en een externe route. Het is volgens Van Bon en Fiere (2020) verstandig om eerst de interne route af te gaan.

Interne route

- Ten eerste zou een werknemer terecht moeten kunnen bij diens leidinggevende of bij de HR-afdeling.
- Wanneer de leidinggevende of HR-afdeling onderdeel van het probleem vormen, kan de gedupeerde naar de vertrouwenspersoon, ondernemingsraad of bedrijfsmaatschappelijk werker.
- Wanneer er sprake is van gezondheidsklachten, als resultaat van discriminatie, kan de zorgmedewerker terecht bij de Arboarts.
- Als deze stappen niet hebben geholpen om tot een oplossing te komen, kan de medewerker een klacht indienen volgens de klachtenprocedure van de werkgever (ook hier geldt: indien van toepassing). Zo kan de klachtencommissie beoordelen of de klacht gegrond is en welke sancties of maatregelen de werkgever dient uit te zetten.

Een belangrijke aanvulling bij de interne route is het belang van het intern kunnen bespreken van ervaringen. Een metastudie waarin 23 studies²⁴ over discriminatie in de zorg zijn bekeken, toont aan dat verpleegkundigen van kleur de behoefte voelen om de stilte te doorbreken (Iheduru-Anderson et al. 2021). Gesprekken over discriminatie vanuit patiënten zijn vaak eenrichtingsverkeer: verpleegkundigen van kleur delen hun ervaringen, maar vinden geen gehoor bij hun witte collega-verpleegkundigen. Leidinggevende kunnen een aanjagende rol spelen om het gesprek te agenderen en te faciliteren (Iheduru-Anderson et al. 2021). Ook zou er meer aandacht moeten zijn voor het toerusten van omstanders, vaak witte collega's, die kunnen ingrijpen bij incidenten.

Externe route

Mocht er via de interne route geen oplossing kunnen worden gevonden, dan zou de medewerker een oplossing buiten de werkvloer kunnen zoeken. Hieronder volgen een aantal voorbeelden:

- bij een Antidiscriminatievoorziening (in de eigen gemeente), voor gratis advies en ondersteuning;
- bij een vakbond of het Juridisch Loket, voor juridische informatie;
- bij het College voor de Rechten van de Mens, voor het starten van een officiële procedure.

24 De 23 studies zijn gepubliceerd in internationaal-wetenschappelijke tijdschriften voor verpleegkunde tussen 2008 en 2020 en gaan over racisme en discriminatie in de zorg.



TIPS VOOR SLACHTOFFERS EN OMSTANDERS

De Medical Defence Union (hierna 'MDU'), de leidende medische verdedigingsorganisatie in het Verenigd Koninkrijk, benoemt een aantal concrete stappen die slachtoffers of omstanders kunnen nemen als zij geconfronteerd worden met discriminatie en vooroordelen in patiënt/cliëntcontact:

- Schrijf zo snel als mogelijk op wat er is gezegd of gedaan. Zo heb je een goede herinnering van het incident. Vergeet niet de namen van de omstanders (bijvoorbeeld je collega's) te noteren. Zij kunnen helpen bij verder onderzoek.
- Meld het incident zo snel als mogelijk bij je leidinggevende, zodat incidenten volgens het beleid van de organisatie kunnen worden opgelost.
- Geef aan wat jij nodig hebt om de ervaring te verwerken.
- 'Waarschuw' patiënten dat je stopt met jouw werk als zij hun gedrag niet veranderen. Als je te maken krijgt met een boze patiënt/cliënt die signalen van woede laat zien, staak de behandeling voor je eigen veiligheid.
- Als je hoort van discriminatie en vooroordelen, doordat een patiënt/cliënt zich negatief uitlaat over jouw collega, negeer dit dan niet en spreek de desbetreffende patiënt/cliënt hierop aan. Normen en waarden binnen de zorg leef je samen na.
- Als de situatie escaleert, betrek de politie erbij. Dit kun je doen met minimale informatie/medische gegevens van de patiënt/cliënt (i.v.m. het waarborgen van privacy)

4.6. Steun vanuit de organisatie

Outreaching werken is natuurlijk maar een van de vele manieren om als organisatie te laten zien dat je werknemers die geconfronteerd worden met discriminatie, steunt. Onder steun verstaan we het herkennen, erkennen, bespreekbaar maken van discriminatie-ervaringen met als doel de gediscrimineerde zorgmedewerker te steunen en toekomstige gevallen te voorkomen, dan wel adequaat aan te pakken. Deze steun is cruciaal voor de manier waarop zorgmedewerkers omgaan met discriminatie-ervaringen, welke impact de ervaringen op hen hebben of zelfs nog een fase eerder: of ze bereid zijn om überhaupt melding te doen. Door de steun met raad en daad vorm te geven, geef je als organisatie het signaal af dat discriminatie niet getolereerd wordt. Dit bevordert logischerwijs de meldingsbereidheid, omdat er duidelijk grenzen worden overschreden, waarbij de omgeving van je verwacht dat je als zorgmedewerker ook discriminatie-incidenten meldt.

Het melden is weer belangrijk als signaalwerking om beter in kaart te kunnen brengen wat er op het vlak van discriminatie gebeurt. Door meldingen serieus

te nemen, geef je erkenning aan de medewerkers. Echter, onder de geïnterviewde zorgmedewerkers rijst een beeld dat steun vanuit de organisatie lang niet altijd vanzelfsprekend is.

Verpleegkundig specialist Eleonora heeft ervaren dat collega's het moeilijk vinden om voor haar op te komen en dat raakte haar. Zo vertelde zij:

'Opkomen voor een ander is voor iedereen denk ik nog wel lastig. Maar op het moment zelf reageerde een collega, die bij het incident was, eigenlijk niet. Pas achteraf zei ze iets tegen mij. Niet tegen de patiënt die mij op dat moment discrimineerde. Ik vind het fijn als collega's 'aan mijn kant' staan, maar ik wil het eigenlijk wel echt hebben op dat moment zelf. Iemand moet dan meteen tegen de patiënt kunnen zeggen dat het heel vervelend is dat het gebeurt. Iets van: 'Zo willen we toch niet met elkaar omgaan'. Dat is voor mij al heel helpend. Door het alleen al te benoemen. De patiënt voelt dan ook aan dat het niet fijn is. Dat geeft erkenning. Primaire erkenning. [...] Ik voel me niet volledig gesteund, nee.'



Uit de reflectie van Eleonora blijkt dat zij primaire erkenning van collega's die getuige waren van een discriminatie-incident, miste. Zij pleit voor het uiten van een duidelijke grens en corrigerend vermogen, het bevestigen van een sociale norm (die discriminatie afwijst) van professionals door de woorden 'zo willen we toch niet met elkaar omgaan'.

Ook kraamverzorger Aylin vindt dat steun vanuit de organisatie belangrijk is. Ze gaf hier de volgende woorden aan:

'Als je als organisatie hoort over dat een gezin geen gekleurde verzorger wil hebben, moet je eigenlijk reageren met dat wij allemaal gediplomeerde verzorgers zijn en dat huidskleur er niets mee te maken heeft. We hebben allemaal hetzelfde doel: goede zorg leveren.'

Ook arts in opleiding tot specialist Fadila vindt dat het belangrijk is om je uit te spreken. Daarin zouden vooral de verantwoordelijken het voortouw moeten nemen, meldde zij:

'Het is belangrijk dat je breed kenbaar maakt dat discriminatie niet wordt getolereerd en dat een standpunt wordt ingenomen vanuit de verantwoordelijken.'

Ook leidinggevend bedrijfskundige José, benadrukte de bestuurlijke verantwoordelijkheid:

'Wat ik het liefst had gezien, is dat ons bestuur de noodzaak voelt om racisme en discriminatie meer aandacht te geven op bestuurlijk niveau en dat dit ook serieus wordt genomen en zo wordt benoemd.'

Het benoemen is belangrijk in het creëren van een sfeer van openheid. Vermeldenswaardig is dat de groep respondenten bestaande uit zorgverleners en leidinggevenden, verschillende ervaringen rapporteerden. Vanuit de interviews met de zorgmedewerkers zien we een beeld dat organisaties te kort schieten in het bieden van steun. Vanuit de interviews met de leidinggevende komt juist een beeld naar voren dat er wél aandacht is en er wél steun voor handen is. Echter, vanwege het kleine aantal respondenten is het niet mogelijk een beeld te schetsen van de steun vanuit de organisatie. Wel kunnen we enige lijnen

schetsen aan de hand van de ervaringen van geïnterviewde leidinggevenden. Zo is in de ervaring van thuiszorgleidinggevende Franklyn, met Soedanese migratieachtergrond, wel duidelijk een grens te trekken en is steun vanuit de organisatie vanzelfsprekend. Hij vertelde:

'Uiteindelijk zetten wij onze medewerkers in om die mensen te helpen. En als de cliënt in de weg gaat staan, dan krijgt hij een aantal opties aangeboden. Maar wij gaan geen passend maatwerk leveren, omdat één iemand moeilijk doet. Mijn medewerkers tonen via diploma's aan dat ze bekwaam zijn en de kennis hebben om zorg te verlenen. Als cliënten dat niet willen, is dat hún probleem. Als de cliënt zegt dat er kennis te kort is, terwijl wij hebben gecheckt of alle papieren in orde zijn, dan vind ik zo'n aantijging gewoon heel vaag. Daar kan ik toch niks mee? Mijn frustratie komt denk ik van het feit dat er gewoon geen reden is. Tijdens onze teamoverleggen krijgen alle medewerkers de ruimte om dit soort voorbeelden aan te halen en het erover te hebben. Dat lucht op.'

In het citaat van Franklyn komt duidelijk naar voren dat hij het gesprek over discriminatie niet schuwt. Ook leidinggevende Arnout kwam in actie met als doel discriminatie bespreekbaar te maken en weg te nemen. Hij vertelde:

'Toen ik van het incident hoorde, heb ik het formeel gesignaleerd en geëscaleerd. Ik heb het ziekenhuis in beweging gezet door de ethische commissie erbij te betrekken. [...] Kijk, we hebben ook weleens patiënten die ijlen en dan zien en roepen ze ook van alles. Als een patiënt in die toestand zegt dat hij overal spinnen ziet lopen, dan hechten we daar geen waardeoordeel aan. Maar discriminatie van zorgpersoneel is anders, omdat het een persoon, een mens raakt. [...] Ik ben ervan bewust dat het onze verantwoordelijkheid en taak is om al onze medewerkers een veilige werkplek te bieden.'

Maar wat als die veilige werkplek niet binnen de muren van een zorginstelling is, maar bij een gezin thuis? Voor Jalisa, met Molukse migratieachtergrond, werkzaam in de jeugdzorg, was steun vanuit de organisatie ver te zoeken. En dat ging haar niet in de koude kleren zitten. Zij zei er het volgende over:



'Ik had in de ideale situatie gewild dat er overleg was gekomen. En dat ik daarin met openheid over elkaar en met elkaar had kunnen praten. En dan blijft het alsnog een moeilijk onderwerp hè. Ik heb liever dat we erover kunnen praten dan dat het weggezet wordt [...]. Ik voelde me niet gesteund toen de collega zich terugtrok. Zij had totaal geen idee van de impact die het had op mij, dat de kinderen tegen háár zeiden dat ze mij geen hand wilden geven, vanwege mijn huidskleur. En niemand wist toen meer wat er moest gebeuren. Ik zou me al iets meer gesteund voelen als ze hadden gezegd: 'wij weten het nu ook even niet'. Maar vervolgens ging iedereen maar gewoon door. En er is niets meer over gezegd. Het bleef stil.'

Die stilte was oorverdovend voor Jalisa, omdat haar collega immers een directe getuige was van het incident. Dat de collega daar niet op gereageerd heeft, steekt Jalisa, die een gebrek aan empathie zei te voelen. Ook in het verhaal van de dermatoloog Emre, komt de behoefte naar boven van meer inleving van witte collega's, maar hij gaf duidelijk aan te twijfelen of dit überhaupt mogelijk is. Hij zei er het volgende over:

'Ja, ik kan het goed uitleggen. En zij begrijpen dan ook hoe ik de situatie uitleg. Theoretisch. Maar qua inleving mist er iets. Er komt formeel ook geen oplossing of iets dergelijks. Waar gaan wij als organisatie écht niet achter staan? Denk bijvoorbeeld aan een patiënt die een polizuster 'zwartje' noemt. We moeten afspreken over waar deze 'lijn' ligt en deze lijn dan ook voorgoed trekken.'

Ook voor Souad, werkzaam in de ouderenzorg, is inleving vanuit collega's geen vanzelfsprekendheid, althans in haar vorige baan:

'In het contact met familieleden van de cliënten, kreeg ik vragen als: 'kan je wel goed Nederlands? Kan je het wel goed schrijven? Kan je het wel alleen doen?' Vanuit mijn werkgever en collega's bleef het stil. En dat deed wel iets met me ... Ik deed mijn best voor de familie, maar het leek of ik niet serieus werd genomen ook niet door mijn collega's. Gelukkig heb ik nu een baan waarin al mijn opmerkingen écht worden meegenomen. Daar ben ik tevreden mee.'

Souads huidige leidinggevende Vasanti reageerde daarop in de volgende woorden:

'Wij hebben inderdaad ook overleggen met alle teammanagers waarin we casussen bespreken. En als we het zo bespreekbaar maken, kunnen we de problemen ook goed uitpluizen en leren begrijpen. En zo kan je veel betekenen voor degenen die zulke situaties meemaken.'

In het kort

- Er is onder de respondenten een grote behoefte aan het voeren van het gesprek op de werkvloer.
- Daarnaast is er behoefte aan trainingen, protocollen en meer diversiteit en inclusie.
- De meldingsbereidheid stimuleren verdient aandacht. Extra aandacht is nodig voor zorgmedewerkers in afhankelijkheidsposities, zoals stagiaires en medewerkers met een tijdelijk contract.
- Steun vanuit de organisatie na een discriminatie-incident lijkt niet vanzelfsprekend.



5 HELPENDE FACTOREN IN PREVENTIE EN AANPAK

Wat is er bekend over wat helpt om discriminatie in de zorg te voorkomen en aan te pakken? In dit hoofdstuk geven we antwoord op de deelvraag: *wat kunnen zorgmedewerkers en zorginstellingen doen om vooroordelen en discriminatie te voorkomen en aan te pakken?* We gaan in op de volgende helpende factoren: de invloed van leidinggevenden, de rol van zorginstellingen, de betekenis van inleving en empathie, de relevantie van een sociale norm en de rol van omstanders.

5.1. Leidinggevenden

De rol van leidinggevenden bij incidenten van discriminatie is erg belangrijk. Alle werkgevers in Nederland zijn namelijk verplicht hun medewerkers te beschermen tegen discriminatie (Van Bon & Fiere, 2020). Discriminatie is tenslotte bij wet verboden. Vanuit Brits onderzoek naar inzichten van leidinggevenden ten opzichte van verpleegkundigen van kleur leren we dat leidinggevenden een doorslaggevende rol hebben in het creëren van een prettige werksfeer, mede door

hun machtspositie. Hierbij is het extra van belang dat zij zelf geen discriminerende handelingen uitvoeren of discriminerende opmerkingen maken. De negatieve invloed van leidinggevende is er namelijk ook. Uit onderzoek blijkt dat wanneer leidinggevenden twijfelden aan de vaardigheden van zorgmedewerkers van kleur, zij onderaan de ladder moesten beginnen en werden gediscrimineerd. Hierdoor voelden de zorgmedewerkers zich sociaal geïsoleerd (Smith et al. 2006; Allan, 2010). Organisaties zouden bijvoorbeeld duidelijke maatregelen kunnen doorvoeren om dit te voorkomen (Essed, 1991). Ander onderzoek geeft aan dat het als leidinggevende onethisch is om discriminerend gedrag te negeren. Het zorgteam brengt immers meer tijd door met de patiënt dan de leidinggevende zelf. Wanneer discriminatie wordt genegeerd, laat je als leidinggevende je medewerkers in feite hulpeloos achter in bedreigende en (potentieel) explosieve situaties (Singh, Sivasubramaniam, Ghuman & Mir, 2015).

HET GESPREK

Wat kun je als leidinggevende doen?

Leidinggevenden kunnen een aanjagende rol spelen om het gesprek over ervaren discriminatie te agenderen en te faciliteren. Eerder in deze verkenning hebben we al aangegeven dat het gesprek als belangrijk wordt ervaren, niet alleen door de geïnterviewde zorgmedewerkers in dit onderzoek, maar ook internationaal. Een metastudie waarin 23 studies²⁵ over racisme in de zorg zijn bekeken, toont aan dat verpleegkundigen van kleur de behoefte voelen om de stilte te doorbreken (Iheduru-Anderson et al. 2021). Gesprekken over discriminatie vanuit patiënten zijn vaak eenrichtingsverkeer: verpleegkundigen van kleur delen hun ervaringen, maar vinden geen gehoor bij hun witte collega-verpleegkundigen (Iheduru-Anderson et al. 2021). Wees hier als leidinggevende alert op en creëer een veilige sfeer waarin elke gespreksdeelnemer wordt uitgenodigd zijn/haar ervaring te delen en waarin aandacht wordt besteed aan de rol van omstanders (zie paragraaf 5.5.)

25 De 23 studies zijn gepubliceerd in wetenschappelijke tijdschriften voor verpleegkunde tussen 2008 en 2020 en gaan over racisme en discriminatie in de zorg.



5.2. Zorginstellingen

Volgens branchevereniging en beroepsorganisaties ActiZ (branchevereniging voor zorgorganisaties), de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ) en V&VN (beroepsvereniging Verzorgenden en Verpleegkundigen) ligt de verantwoordelijkheid voor signaleren, registreren en oplossen van discriminatie bij ziekenhuizen en zorginstellingen zelf. Deze organisaties benadrukken discriminatie niet te tolereren.

Tussen niet tolereren en daadwerkelijk beleid en protocollen hebben, lijkt een groot gat te gaten. Een van de helpende factoren bij het signaleren en bespreekbaar maken van discriminatie is het bevorderen van diversiteit en inclusie. Diversiteit onder zorgmedewerkers kan een bijdrage leveren aan het terugdringen van discriminatie doordat zorgmedewerkers de impact realiseren van discriminatie en vooroordelen en de sensitiviteit gemakkelijker kunnen opbrengen om discriminatie te signaleren, bespreekbaar te maken en verder te escaleren binnen de organisatie (Vogel, 2018). Het proces van het diverser en inclusiever maken van de zorgorganisatie vereist een langere adem. Als we kijken naar met Nederland vergelijkbare landen, dan zien we dat ook daar nog ruimte is voor verbetering. Zo is er in het Verenigd Koninkrijk sprake van weinig diversiteit onder leidinggevenden (Ashraf, 2013). Sterker nog, leidinggevenden met migratieachtergrond²⁶ zijn niet alleen ondervertegenwoordigd, maar zijn ook vaker betrokken bij incidenten van discriminatie, pesten en intimidatie dan hun witte collega's.²⁷

Ook in Canada, van oudsher een migratieland, lijkt de diversiteit onder leidinggevend zorgpersoneel gering. Neem the Greater Toronto Area, daar is slechts 16% van het senior management en 14% van de ziekenhuisbestuurders niet-wit, vergeleken met 47% van de bevolking (Vogel, 2018).

26 In dit onderzoek aangeduid als de 'Black and Minority Ethnic' (BME).

27 Royal College of Nursing. (2013). Is That Discrimination? Verkregen van www.rcn.org.uk/support/diversity/is_that_discrimination geraadpleegd d.d. 4 juni 2021.

Over diversiteit onder Nederlands zorgpersoneel is niet veel bekend, omdat er niet op etniciteit wordt geregistreerd. Wel weten we dat discriminatie en vooroordelen bij de meeste zorginstellingen nog niet *top of mind* lijkt te zijn. Vakblad Nursing, dat afgelopen zomer een tweetal artikelen over racisme in de zorg publiceerde, schetst een beeld van zorgorganisaties die ervaringen van zorgmedewerkers met discriminatie met de mantel der liefde bedekken. Met name in de thuiszorg wordt een verzoek van cliënten gehonoreerd waarbij de collega van kleur wordt ingeruild voor een witte medewerker. Journaliste Sigrid Starremans, die meerdere organisaties interviewde over dit thema, signaleert dat zorginstellingen handelingsverlegen zijn. 'Ze weten niet wat ze moeten doen. Om de lieve vrede maar te bewaren, lijken zij incidenten in de doofpot te stoppen.' Voor medewerkers die in een afhankelijkheidspositie zitten, vanwege bijvoorbeeld stage of tijdelijk contract, kan het lastig zijn om ervaringen bespreekbaar te maken. Ook uit de artikelen van vakblad Nursing blijkt dat in de meeste gevallen de zorg – op verzoek van de patiënt/cliënt – wordt overgenomen door een witte zorgmedewerker.

Ook in Amerikaans onderzoek, naar hoe om te gaan met racistische patiënten, geven meerdere artsen van kleur aan dat zij tenminste één incident kunnen opnoemen waarin zij racistisch zijn bejegend. Zij ervaren dit als een schadelijke en verwarrende situatie (Haelle, 2016). Ervaringen met discriminerende patiënten kunnen verontrustend en ongemakkelijk zijn voor zorgmedewerkers én leidinggevenden. Het beschadigt de relatie tussen zorgmedewerker en patiënt en kan negatieve invloed uitoefenen op de omgeving, zoals collega's (Singh et al., 2015). Richtlijnen voor zulke specifieke situaties lijken nog te missen.

Dat lijkt ook te gelden voor de Canadese context. In het artikel 'Doctors on their own when dealing with racist patients' stelt onderzoeker Lauren Vogel dat artsen in Canada weinig hebben om op terug te vallen in geval van discriminatie vanuit patiënten. Medische autoriteiten, vakorganisaties, opleidingen en kennisinstututen hebben vaak geen beleid, gedragsregels en protocollen die als een leidraad kunnen dienen voor



gediscrimineerde artsen (in opleiding). Artsen mogen een patiënt weigeren te behandelen als zij zich onveilig voelen, maar het is onduidelijk hoe dit van toepassing is op discriminerende opmerkingen, stelt Vogel. De meeste artsen negeren discriminerende opmerkingen en richten zich op het werk. Daarmee riskeren zij klachten vanuit de patiënt als er iets verkeerd gaat. Daar komt bij dat het overdragen van de patiënt naar een collega door de arts zelf, diens collega en/of de patiënt gezien kan worden als bevestiging van een gebrek aan competenties (Vogel, 2018).

Terug naar de Nederlandse context. Zoals eerder is benoemd, geeft het PGGM&CO onderzoek (2021) een beeld van hoe vaak discriminatie in Nederlandse zorginstellingen voorkomt (zie 2.1 'Prevalentie discriminatie in de zorg'). Echter, we krijgen mondjesmaat zicht op de verhalen achter de kille cijfers en we weten nog niet hoe zorginstellingen ermee omgaan. Zorginstellingen zijn, zoals alle werkgevers, wettelijk verplicht om te zorgen voor een discriminatievrije werkomgeving.²⁸ In het specifieke geval van discriminatie vanuit patiënten/cliënten zijn twee zaken van belang:

1. De patiënt/cliënt heeft het recht om een toegewezen zorgbehandelaar te weigeren (zie 2.2 'Huidige richtlijnen').
2. Zorginstellingen zijn niet verplicht om mee te gaan in de vraag van een patiënt/cliënt om een andere zorgmedewerker toegewezen te krijgen vanwege huidskleur, seksuele voorkeur of levensovertuiging. Alleen wanneer het verzoek van de patiënt/cliënt de zorgmedewerkers en andere patiënten/cliënten niet schaadt, mag het verzoek worden gehonoreerd.

Hoe wordt er in Nederlandse zorginstellingen omgegaan met vooroordelen en discriminatie? We hebben uit een artikel van One World²⁹ de volgende strategieën kunnen destilleren van drie ziekenhuizen: het Rijnstateziekenhuis, het Slotervaartziekenhuis (in 2018 failliet verklaard) en het Albert Schweitzer-

ziekenhuis. Deze ziekenhuizen hanteren de volgende uitgangspunten om te zorgen dat de werkomgeving 'discriminatievrij' wordt en blijft.

- Medewerkers aansporen om discriminatie een bespreekbaar thema te maken.
- Leidinggevende en/of vertrouwenspersoon attenderen op dit thema.
- De mogelijkheid bieden om meldingen te kunnen doen bij een klachtencommissie.
- Reageren op signalen zoals meldingen, zoals vragen aan de gedupeerde medewerker of de organisatie wat kan betekenen zoals excuses eisen en/of psychologische hulp aanbieden.
- Per incident nagaan hoe men dat het beste kan aanpakken. In de genoemde ziekenhuizen was namelijk ten tijde van de publicatie van het One World-artikel geen specifiek beleid op vooroordelen en discriminatie.

Opvallend is dat de drie ziekenhuizen nog geen duidelijke protocollen hebben, zoals uit het laatste punt is op te merken. Ook internationaal lijken zorginstellingen geneigd elk individueel geval apart te behandelen. Zo stelt de Canadese onderzoeker Vogel (2018) dat voor zorginstellingen, die in actie komen na discriminatie-incidenten, twee factoren belangrijk zijn: snelheid en het vermijden van ongemakkelijke situaties.

De eerdergenoemde uitgangspunten van de drie Nederlandse ziekenhuizen bieden wel aanknopingspunten voor richtlijnen en protocollen. Het belang hiervan is onder andere dat medewerkers discriminatie gemakkelijker bespreekbaar kunnen maken, omdat al vaststaat wat aanvaardbaar is en wat onacceptabel is. Ook zorgen protocollen voor minder willekeur en duurzame inbedding in de organisatie. Die duurzaamheid is belangrijk, om op de lange duur discriminatie en vooroordelen te monitoren en te voorkomen en aan te pakken.

5.3. Inleving en empathie

Helpende factoren in de preventie en aanpak van vooroordelen en discriminatie zijn het bevorderen van empathie en inleving. Hierdoor kunnen negatieve vooroordelen en stereotypen bij de cliënt/

28 [Handreiking gedragscode \(on\)gewenste omgangsvormen op de werkvloer](#) | Nieuwsbericht | Arbopoortaal. Zie ook: [Discriminatie op de werkvloer](#) | Brochure | Inspectie SZW

29 Boulan, D. (2020). Racisme in de zorg: 'ik wil niet door u gehopen worden'. www.oneworld.nl geraadpleegd d.d. 5 juni 2021.



patiënt weggenomen worden (Felten et al. 2020). Wanneer zij luisteren en/of kijken naar het verhaal van een gedupeerde zorgmedewerker dan kunnen zij zich inleven in die persoon. Hierdoor kan er zelfs empathie ontstaan. En zowel door inleving als empathie kunnen negatieve vooroordelen en stereotypen verminderd worden (Felten et al. 2020). Empathie en inleving kunnen bijvoorbeeld op onderstaande wijze ingezet worden:

- Organiseer een gesprek tussen de cliënt/patiënt en de gedupeerde zorgmedewerker. In dit gesprek staat de ervaring met discriminatie van de zorgmedewerker centraal.
- Organiseer een filmbijeenkomst voor cliënten/patiënten die wel eens hebben gediscrimineerd.

Bovengenoemde interventies werken het beste met een groep patiënten/cliënten die een langdurige (zorg)relatie heeft. Het is namelijk belangrijk dat zowel patiënten/cliënten als zorgmedewerkers zich onderdeel gaan voelen van dezelfde groep (Felten et al. 2020). Probeer het gevoel te creëren dat alle deelnemers onderdeel zijn van een groter geheel. Zonder zorgmedewerkers kan er niet gewerkt worden en zonder cliënten/patiënten is er niemand om zorg aan te verlenen. Het is belangrijk dat de cliënten/patiënten bereid zijn te luisteren naar het verhaal, anders zal de activiteit niet het gewenste resultaat opleveren. Het verhaal moet daarbij duidelijk maken dat discriminatie niet oké is.

5.4. Sociale norm

Een andere helpende factor is het ontwikkelen van een sociale norm. Zowel patiënten/cliënten als zorgmedewerkers willen zich gedragen naar wat er van hen verwacht wordt. Het is helpend wanneer de sociale norm wordt neergezet/verstrekkt door een gezaghebbende autoriteit. Zo'n gezaghebbende persoon kan een minister van volksgezondheid zijn. Als reactie op het aantal racistische incidenten in de zorg (Rimmer 2020) in het Verenigd Koninkrijk heeft de toenmalige minister van gezondheids- en sociale zorg, Matt Hancock, een brief naar alle NHS-zorgmedewerkers³⁰

30 NHS staat voor National Health Service en is het openbare gezondheidsstelsel van het Verenigd Koninkrijk, zie ook www.nhs.uk geraadpleegd d.d. 9 november 2011.

gestuurd.³¹ Daarin stelde hij duidelijk een sociale norm waarin racisme, discriminatie worden afgewezen. We hebben onderstaand fragment vertaald:

*'Als je te maken krijgt met ongewenst gedrag, accepteer het dan niet. Als je ziet dat een collega te maken krijgt met ongewenst gedrag, negeer het dan niet. Als je weet dat een medewerker dit meemaakt, sta er dan niet achter. De overheid hanteert een zero-tolerance beleid om, om te kunnen gaan met racistisch gedrag wanneer het voorkomt. In ons NHS zou het niet anders moeten zijn.'*³²

Doordat deze brief openbaar is gemaakt aan het Britse volk is er een sociale norm gesteld. Namelijk het niet-accepteren en het niet-negeren van ongewenst gedrag zoals discriminatie en tegelijk ook het ingrijpen wanneer er sprake is van discriminatie. Wanneer mensen zien of horen dat anderen uit 'de eigen groep' discriminatie afkeuren dan proberen zij minder te discrimineren. Dit leidt uiteindelijk tot minder discriminatie (Felten et al. 2020).

5.5. Rol van omstanders

De rol van omstanders is eerder ter sprake gekomen, met name in [paragraaf 4.6](#). Wat doe je als je ziet dat een collega zorglener wordt gediscrimineerd door een patiënt/cliënt? Grijp je in? Of laat je het voorbij gaan? Volgens de onderzoekers Hall & Fields (2013) zouden witte verpleegkundigen verantwoordelijkheid moeten nemen vanwege de privileges die hen toegekend worden. Zij zouden een actievere rol kunnen spelen in het wegnemen van ongelijkheid, door reflectief te zijn, het gesprek over discriminatie te blijven voeren en door schaamte bij zichzelf te overwinnen, het bestaan van discriminatie niet te ontkennen en niet meer kleurenblind te (willen) zijn en vanuit deze houding continu het gesprek erover te voeren (Hall & Fields 2013). Dit komt overeen met Felten et al. (2020) die pleiten voor meer bewust-

31 Medical Defence Union. *Dealing with racism from patients*. Verkregen van www.themdu.com geraadpleegd d.d. 14 juli 2021.

32 Vrij vertaald.



wording over de rol van omstanders.³³ Het ingrijpen als omstander zorgt ervoor dat de patiënt/cliënt daarvan kan leren. Het kan zelfs resulteren in een schuldgevoel bij de patiënt/cliënt en dit gevoel zou een motivatie kunnen zijn om herhaling in de toekomst te voorkomen. Mocht dit schuldgevoel niet ontstaan dan heb je met het ingrijpen als omstander alsnog een sociale norm gesteld, waardoor discriminatie verminderd kan worden.

Voor Jantine, zonder migratieachtergrond, werkzaam als POH-psychooloog bij een huisartsenpraktijk in een plattelandsgemeente, is het nog niet altijd gemakkelijk om als omstander een duidelijke grens te stellen. Zij vertelde:

'Patiënten laten zich in hun gesprekken met mij wel eens negatief uit over groepen in onze samenleving. Op zich goed dat mensen open tegen me zijn over wat ze denken, maar ik ben toch ook verbaasd over die openheid. Alsof het totaal normaal en oké is om je bijvoorbeeld racistisch of seksistisch uit te laten. Ik heb het tot nu toe steeds genegeerd en bij de patiënt gelaten. Zeker wanneer het gebeurt in een eerste gesprek, wanneer er ook nog geen vertrouwensrelatie is waarin je dit soort zaken kunt bespreken. Dan denk ik: Ik zit hier nu even niet om racisme te bestrijden, ik zit hier om goed contact met deze patiënt te krijgen, zodat ik de patiënt kan helpen met diens hulpvraag. Maar ik vind dat ook dubbel. Door het niet te benoemen, kan het lijken alsof ik racisme normaal vind. Ook neem ik dan mijn eigen ongemak niet serieus. Hier heb ik nog niet een goede vorm in gevonden.'

De zoektocht naar een goede vorm is niet alleen een individuele aangelegenheid. Juist door dit soort ervaringen te delen met collega's kan er steun ontstaan en een gezamenlijk gedragen sociale norm worden vastgesteld. Jantine gaf aan dit graag bespreekbaar te willen maken:

'Ik wil dit onderwerp een keer in mijn praktijk of in mijn intervisiegroep aan de orde stellen. Ik ben benieuwd of

³³ Zie: Ingrijpen bij discriminatie als omstander: het nut, de noodzaak en de tips. Verkregen van <https://www.kis.nl/artikel/ingrijpen-bij-discriminatie-als-omstander-het-nut-de-noodzaak-en-de-tips> geraadpleegd d.d. 12 juli 2021.

mijn collega's ook dit soort ervaringen hebben en hoe zij er mee omgaan. Het lijkt me ook goed om hier binnen de praktijk één lijn in te trekken.'

Die 'lijn' waaraan Jantine refereert is de 'sociale norm'. Volgens Felten et al. (2020) is die cruciaal in de aanpak van discriminatie. Door als zorgmedewerkers discriminatie duidelijk af te keuren, wordt er een belangrijke bijdrage geleverd aan het verminderen van discriminatie, omdat mensen zich graag gedragen naar wat er van hen verlangd en verwacht wordt: oftewel 'zich gedragen naar de sociale norm' (Felten et al. 2020). Sociale normen kunnen veranderen: was het twee decennia geleden nog volledig sociaal geaccepteerd om te roken in trein, vliegtuig en andere publiek toegankelijke plaatsen, nu is dat ondenkbaar (mede door wet- en regelgeving).

Een van de plaatsen waar sociale normen worden vastgesteld is op de werkvloer, bijvoorbeeld in een intervisiegesprek, zoals Jantine voorstelt. Daarin wordt een veilige plaats geboden voor kritische zelfreflectie. Juist kritische zelfreflectie komt duidelijk naar voren in verschillende onderzoeken naar racisme in de zorg (Beard & Julion, 2016; Hall & Fields, 2013; Robinson, 2014; Schaefer, 2008; Waite & Nardi, 2019). Dit is in lijn met de bevindingen die Thurman et al. (2019) in hun review deden. Hierin wordt gesteld dat kritische zelfreflectie essentieel is in het voorkomen en bestrijden van discriminatie in de zorg, omdat het leidt tot nieuwe inzichten en normen.

In het kort

- De rol van de leidinggevende is belangrijk. Deze kan vanuit zijn/haar rol o.a. het gesprek faciliteren en signalen hogerop brengen.
- Zorginstellingen waarmee we in dit onderzoek bekend zijn geworden, lijken nauwelijks bezig met het voorkomen en aanpakken van vooroordelen en discriminatie.
- Een sociale norm stellen die discriminatie afwijst, is belangrijk. Hierbij is aandacht voor omstanders onmisbaar, omdat zij dienen te worden toegerust om te kunnen optreden bij een discriminatie-incident.



6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Concluderend kunnen we op basis van de interviews met zorgverleners en leidinggevenden stellen dat ervaringen van vooroordelen en discriminatie regelmatig voorkomen. De aard van de ervaringen loopt uiteen van directe tot indirecte discriminatie. Het is opvallend dat alle zorgmedewerkers die we hebben geïnterviewd meerdere ervaringen rapporteren. Ook gaven vrijwel alle zorgmedewerkers aan het gevoel te krijgen anders te zijn, niet te voldoen aan de witte norm en dit ook vanuit de patiënten bevestigd te krijgen. Opvallend vaak koppelen patiënten/cliënten uiterlijke kenmerken van de zorgmedewerker aan een gepercipieerd gebrek aan deskundigheid.

Wat de reacties op de ervaringen betreft: ook die waren uiteenlopend. De ene respondent reageerde boos, de ander wuifde het incident weg en weer een derde relativeerde: in het ziekenhuis is nu eenmaal niemand op z'n best. Deze zogenoemde coping stijlen variëren dus en het is interessant om te zien hoe respondenten die langdurig te maken krijgen met vooroordelen en micro-agressie 'hun weg erin vinden', hoewel je je kunt afvragen of het probleem daarmee wordt opgelost.

Binnen zorginstellingen lijkt nog geworsteld te worden met hoe discriminatie en vooroordelen te voorkomen en aan te pakken. Het faciliteren van het gesprek erover, lijkt een goede manier om gedupeerde medewerkers te steunen, al zien we helaas ook onder de respondentengroep hoe zorginstellingen hier schromelijk in te kort schieten. Hoewel het aantal zorginstellingen, waarmee we in de looptijd van dit onderzoek bekend zijn geworden, absoluut te gering is om iets algemeen te kunnen zeggen, is wel opvallend dat in de meeste gevallen specifiek beleid omtrent signaleren, bespreekbaar maken, voorkomen en bestrijden van discriminatie, mist. Dit gebrek kan problematisch zijn, omdat je via richtlijnen en protocollen de grenzen vastlegt van wat acceptabel gedrag is en wat over de grens gaat. Dit maakt het

melden van incidenten die grensoverschrijdend zijn, vanzelfsprekender en gemakkelijker voor de gedupeerde medewerker. Het is vervolgens wel belangrijk dat er adequaat wordt omgegaan met meldingen.

Tot slot: discriminatie in de zorg is geen nieuw fenomeen. Wel lijkt de huidige context de aanpak ervan extra urgent te maken. Die context in ogenschouw nemend:

- Ten eerste legt de coronapandemie extra druk op zorgmedewerkers: het tekort aan zorgpersoneel maakt dat investeren in hun welzijn op de werkvloer geen luxe is, maar een broodnodige strategie om zo veel als mogelijk gekwalificeerd personeel binnenboord te houden.
- Ten tweede lijkt het steeds ambulanter worden van de zorg, met name binnen de ggz, als bijkomstig effect te hebben dat patiënten/cliënten het idee hebben dat zij zelf bepalen wie er bij hen thuis de zorg komt leveren. Deze ontwikkeling lijkt gelinkt aan de marktwerking in de zorg dat als gevolg lijkt te hebben dat patiënten/cliënten zich eisend, als klanten, gaan gedragen.
- Ten derde: de diversiteit in de beroepsbevolking groeit en zelfs nog sterker voor professionals in zorg en welzijn. Dit maakt dat het aanpakken en voorkomen van discriminatie al op korte termijn belangrijk wordt.

Hieronder volgen enkele aanbevelingen om vooroordelen en discriminatie in de zorg te voorkomen. Deze zijn gebaseerd op onze bevindingen uit de interviews, de focusgroep en eerdere onderzoeken.

GESPREK

De visie op zorg hebben de meeste zorgorganisaties vastgelegd in beleidsplannen. Meestal zijn daarin ook de bijbehorende waarden beschreven. Echter, vastleggen op papier is iets anders dan de waarden



daadwerkelijk beleven en toepassen.³⁴ Het agenderen en het spreken over vooroordelen en discriminatie is hierbij onmisbaar.

Maar hoe voer je zo'n gesprek? In het gesprek is het creëren van een veilige sfeer de basis. We spreken van een veilige sfeer als alle zorgmedewerkers zich uitgenodigd voelen om te participeren, nieuwsgierig zijn naar elkaars ervaringen met discriminatie, zelfreflectie kunnen toepassen en open kunnen zijn. Vaak is het duiden van een ervaring lastig. Denk daarom ook na over een soort vlaggensysteem waarmee je gedrag van patiënten/cliënten kunt duiden: van oranje (lichtelijk over de grens), rood (over de grens) tot zwart (zwaar over de grens, politie/justitie inschakelen). Het leren spreken van een gemeenschappelijke taal, draagt bij aan de kwaliteit van samenwerking en van de zorg.

Door aandacht te schenken aan persoonlijke ervaringen, die serieus te nemen, kun je de aanwezige ervaring, kennis en expertise benutten om een sociale norm te vestigen die vooroordelen en discriminatie niet normaliseert. Hierbij is het belangrijk dat er bewustzijn wordt gecreëerd over een ieders verantwoordelijkheid, vooral waar het gaat om indirecte discriminatie, waarbij patiënten/cliënten zich tegen vaak witte zorgmedewerkers discriminerend uitlaten over de collega-zorgmedewerker met een migratieachtergrond. In dit soort situaties is het extra belangrijk dat het discriminerend gedrag richting de patiënt/cliënt wordt benoemd. De patiënt dient te weten dat dergelijk gedrag niet gewenst is en beschadigend kan zijn. Als dit niet gebeurt, ontstaat er een passieve, stille goedkeuring over bijvoorbeeld discriminerende opmerkingen die ook weer omringende collega's en cliënten/patiënten kunnen vertrouwen (Singh et al. 2015).

MELDEN

- Stimuleer het melden bijvoorbeeld door een intern meldpunt te creëren en/of helder aan te geven waar gemeld kan worden. Zorg dat dit zo laagdrempelig als mogelijk gebeurt.
- Hoewel laagdrempeligheid belangrijk is, is het

correct registreren ook belangrijk, zodat er periodiek analyses op uitgevoerd kunnen worden. Het beeld dat uit de analyse ontstaat, dient als basis voor een passende aanpak.

- Pak meldingen accuraat op en communiceer aan betrokkenen wat ermee gebeurt.
- Neem alle meldingen serieus, erken de ervaringen van medewerkers en biedt waar nodig psychologische hulp aan.

PROTOCOL

- Omgaan, maar vooral het voorkomen van vooroordelen en discriminatie op de werkvloer, is niet alleen een individuele kwestie. Ontwikkel daarom heldere protocollen die geraadpleegd kunnen worden bij incidenten. Besteed daarin ook aandacht aan overname van zorg. Wanneer ga je daartoe over met inachtneming van de wensen van de zorgmedewerker en niet alleen de wensen van de patiënt/cliënt?
- De ontwikkeling van een protocol doe je samen. Stel een werkgroep open waarin uit alle lagen van de organisatie vertegenwoordigers deelnemen.
- Besteed aandacht aan het bekendmaken van het protocol en blijf dit regelmatig opvolgen.
- Koppel aan het protocol naam en contactgegevens van de vertrouwenspersoon, zodat de drempel laag wordt om advies te vragen en/of te melden bij incidenten.

TRAINING

- Bied leidinggevenden en vertrouwenspersonen trainingen aan waarin zij leren signalen van discriminatie te herkennen, personeel goed te ondersteunen en een veilige werksfeer te bevorderen. In de training zou aandacht moeten zijn voor conflictresolutie (Wheeler et al. 2013).
- Bied zorgmedewerkers een training aan waarin naast aandacht voor agressie er ook expliciet aandacht wordt besteed aan discriminatie op de werkvloer, zowel tussen collega's onderling, in het patiënt/cliëntcontact en bij patiënten/cliënten onderling. Hierin zouden ook tools kunnen worden aangereikt voor het gesprek met de pleger en het gesprek met collega's en leidinggevenden. Het confronteren van discriminerende patiënten kan als lastig worden ervaren. Een goede training

³⁴ [kennisproduct-kleurrijke-zorgmedewerkers.pdf \(vilans.nl\)](#)
geraadpleegd d.d. 27 september 2021.



besteed aandacht aan hoe je ongemakkelijke gesprekken kunt voeren (Singh et al. 2015; PGGM&CO; VGZ, IZZ en platform OpenUp).

DIVERSITEIT & INCLUSIE

Waar de al genoemde aanbevelingen vrij snel kunnen worden opgepakt, vergt deze laatste aanbeveling een langere adem. Het bevorderen van inclusie en diversiteit binnen functiegroepen als die van leidinggevenden en vertrouwenspersonen kan bevorderend werken in het signaleren en aanpakken van discriminatie en vooroordelen. Daarnaast is een divers samengesteld team alerter op verschillen en de impact van migratie op het leven van zowel collega's als patiënten/cliënten. Het bevorderen van inclusie en diversiteit is alleen mogelijk als je reflecteert op je eigen organisatiecultuur en een visie en beleid ontwikkelt met heldere doelen en activiteiten die je visie uitdragen. Leiderschap, bestuur en management zijn hierbij van groot en faciliterend belang.³⁵ Investeer dus in het meenemen, actief betrekken van bestuurders.

Vervolgonderzoek

Er valt nog veel te ontdekken over het fenomeen discriminatie en vooroordelen in de zorg. Zo stuiten wij op enkele vragen die vervolgonderzoek behoeven, zoals: welke rol speelt de 'eisende patiënt' en het feit dat steeds meer zorg thuis wordt geleverd in uiting van vooroordelen en discriminatie? Hoe is het gesteld met vooroordelen en discriminatie, bijvoorbeeld in de vorm van grappen, tussen collega's onderling? En hoe zit dat tussen cliënten onderling bijvoorbeeld in een intramurale setting waar men

langdurig met elkaar onder een dak leeft? Ook is er nog weinig bekend over vooroordelen en discriminatie vanuit de zorgmedewerkers naar patiënten/cliënten, al doet Pharos momenteel wel kwalitatief onderzoek hiernaar. Tegelijkertijd werkt Pharos aan een wetenschappelijke onderbouwing van de effecten van discriminatie op de gezondheid en het welbevinden van mensen, en welke factoren daartegen beschermen of het risico verhogen. Aansluitend hierop zou er meer onderzoek kunnen plaatsvinden naar effectieve interventies, in de specifieke context van de zorg. Meerdere zorginstellingen gaven in dit onderzoek aan behoefte te hebben aan begeleiding en ondersteuning waar het gaat om het opstellen van plannen van aanpak voor het voorkomen en aanpakken van discriminatie en vooroordelen.

Hierbij is het van belang dat zij dit op de eerdergenoemde verschillende niveaus doen (zie hoofdstuk 1) en blijven monitoren, na verloop van tijd evalueren en waar mogelijk bijstellen. Alleen als discriminatie wordt herkend, erkend en bespreekbaar wordt gemaakt, kunnen er stappen voorwaarts worden gezet. Daarbij is ieders inzet belangrijk, juist die van leidinggevenden, het management en het bestuur. Om in de woorden van leidinggevende Arnout te eindigen:

'Ik ben strijdbaar, ik voel me verantwoordelijk. De volgende keer zou ik op dezelfde manier een casus van discriminatie melden en escaleren tot aan het bestuur. Discriminatie moet weg uit de zorg.'

³⁵ kennisproduct-kleurrijke-zorgmedewerkers.pdf (vilans.nl) geraadpleegd d.d. 27 september 2021.



LITERATUURLIJST

- Allan, H.T. (2010). Mentoring overseas nurses: barriers to effective non-discriminatory mentoring practices. *Nursing Ethics* 17:603–13.
- Andriessen, I., Fernee, H., & Wittebrood, K. (2014). *Ervaren discriminatie in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Andriessen, I. (2017). *Discriminatie herkennen, benoemen en melden*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Andriessen, I., Hoegen Dijkhof, J., Van der Torre, A., Van den Berg, E., Pulles, I., Iedema, J., & De Voogd-Hamelink, M. (2020). *Ervaren discriminatie in Nederland II*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ashraf, F. (2013). Black and minority ethnic leaders in the health sector. *Journal of Psychological Issues in Organizational Culture* 3:104–14.
- Balsam, K.F., Molina, Y., Beadnell, B., Simoni, J., & Walters, K. (2011). Measuring multiple minority stress: the LGBT People of Color Microaggressions Scale. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.*, 17(2), 163–74. <https://doi.org/10.1037/a0023244> PMID: 21604840
- Coppens, G., Wassink, L., & Stalenhoef, S. (2021). *Agressie op de werkvloer in de zorg wordt niet genoeg besproken*. Amsterdam: OpenUp.
- Deacon, M. (2011). *How should nurses deal with patients' personal racism? Learning from practice*, *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing* (6): 493-500
- Dovidio, J.F., Kawakami, K., & Gaertner, S.L. (2002). Implicit and explicit prejudice and interracial interaction. *Journal of personality and social psychology*, 82(1), 62.
- Essed, P. (1991). *Inzicht in alledaags racisme*. Utrecht: Uitgeverij Het Spectrum bv.
- Felten, H., Taouanza, I., Broekroelofs, R., Vijlbrief, A., & Cankor, E. (2020). *Wat werkt bij het verminderen van discriminatie?* Utrecht: Movisie.
- Gawronski, B., & Bodenhausen, G.V. (2006). Associative and propositional processes in evaluation: an integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological Bulletin*, 132(5), 692.
- Gordijn, E. & Wigboldus, D. (2013). *Stereotypen*. In: Vonk, R. (red.), *Sociale psychologie*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Greenwald, A.G. & Banaji, M.R. (1995). Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological review*, 102(1), 4.
- Haelle, T. (2016). Physician guidance for dealing with racist patients. *Medscape, March, 17*.
- Hall, J. M., & Fields, B. (2013). Continuing the conversation in nursing on race and racism. *Nursing Outlook*, 61 (3), 164–173.
- Hendriks, P., Van Doorn, L., & Van Ewijk, H. J. P. (2015). Turkish and Moroccan Dutch professionals in social work. *European Journal of Social Work*, 19, 679-691.



Hurenkamp, H. & E. Tonkens (2021). Lessen in de kunst van burgerschap. *Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken*, (3) 32- 34.

Iheduru-Anderson K, Shingles RR, Akanegbu C. Discourse of race and racism in nursing: An integrative review of literature. *Public Health Nurs.* 2021;38:115–130.

Kim, P.Y., Kendall, D.L., & Cheon, H.S. (2017). Racial microaggressions, cultural mistrust, and mental health outcomes among Asian American college students. *Am J Orthopsychiatry*, 87(6), 663–670. Fout! De hyperlinkverwijzing is ongeldig. doi. org/10.1037/ort0000203

Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129, 674-697.

Nadal, K.L., Griffin, K.E., Wong, Y., Hamit, S., & Rasmus, M. (2014). The impact of racial microaggressions on mental health: Counseling implications for clients of color. *J Couns Dev*, 92, 57–66.

Omlo, J. (2020). *Verzetten, vermijden of veranderen? Reageren op discriminatie en stigmatisering*. Nederland: Landelijk kenniscentrum discriminatie Art.1 en antidiscrimatievoorziening RADAR.

Owen, J., Tao, K.W., Imel, Z.E., Wampold, B.E., & Rodolfa, E. (2014). Addressing racial and ethnic microaggressions in therapy. *Prof Psychol Res Pr.*, 45(4), 283–290.

PGGM&CO (2021). *Agressie en ongewenst gedrag op de werkvloer*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Rimmer, A. (2020). NHS trusts are given new powers to bar racist patients. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 368. doi: 10.1136/bmj.m644

Singh, K., Sivasubramaniam, P., Ghuman, S., & Mir, H. R. (2015). The dilemma of the racist patient. *American journal of orthopedics (Belle Mead, NJ)*, 44(12), E477-9.

Smith, P.A., Allan, H., Henry, L.W. et al. (2006). Valuing and Recognising the Talents of a Diverse Healthcare Workforce. Verkregen van www.rcn.org.uk

Sue, D.W. (2010). *Microaggressions in everyday life: Race, gender, and sexual orientation*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

Tierolf, B., Drost, L., Kapel, van, L. (2018). Zevende rapportage racisme, antisemitisme en extreemrechts geweld in Nederland. Incidenten, aangiftes, verdachten en afhandeling in 2017. Amsterdam: Anne Frank Stichting en Verwey-Jonker Instituut.

Ulusoy, Nazan & Schablon, Anja. (2020). Discrimination in In-Patient Geriatric Care: A Qualitative Study on the Experiences of Employees with a Turkish Migration Background. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (7):2205

Wheeler, R. M., Foster, J. W., & Hepburn, K. W. (2013). The experiences of internationally educated nurses in the southeastern United States of America. *International Nursing Review*, 60 (3), 397–404.

Van Bon, S., & Fiere, B. (2020). Monitor arbeidsdiscriminatie 2015-2019. Rotterdam: discriminatie.nl



BIJLAGE A - INFORMATIE EN TOOLS

- [Wat werkt bij het verminderen van discriminatie | Kennisplatform Integratie & Samenleving](#)
- [Do's en don'ts om discriminatie en vooroordelen te voorkomen | Movisie](#)
- [Institutioneel racisme: bewijs en aanpak | Kennisplatform Integratie & Samenleving](#)
- [Arbeidsmarktdiscriminatie aanpakken door 'naming & faming' | Kennisplatform Integratie & Samenleving](#)
- [Hoe bevorder je diversiteit in je personeelsbestand? | Kennisplatform Integratie & Samenleving](#)
- Filmpjes met uitleg over 'Vooroordelen en stereotypen' en 'Wat is discriminatie' (discriminatie & gelijke rechten): www.annefrank.org/nl/themas/vooroordelen-en-stereotypen, www.annefrank.org/nl/themas/discriminatie-en-gelijke-rechten
- Publicaties over ontwikkelingen en achtergronden van racisme, antisemitisme en rechts-extremisme in Nederland: www.annefrank.org/nl/over-ons/onderzoek/sociaal-onderzoek
- Aanpak vormen discriminatie. Handreiking voor gemeenten. KIS: verwachte publicatiedatum maart 2022.
- Hulpmiddel voor zorgmedewerkers om met elkaar in gesprek te gaan over praktijkervaringen en praktijkverbeteringen op het gebied van vooroordelen en discriminatie. Vilans: verwachte publicatiedatum december 2021.
- Ervaringenverhalen van discriminatie onder zorggebruikers met een migratieachtergrond. Pharos: verwachte publicatiedatum januari 2022.

Colofon

Auteurs: Hanan Nhass & Joey Poerwoatmodjo
Financier: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en gemeente Den Haag
Met dank aan: Hanneke Felten (Movisie), Oka Storms (Movisie), Roshnie Kolste (Pharos), Martijn Simons (Vilans), Nynke de Jong (Vilans), Aqsa Anwar Mahmud (gemeente Den Haag), Jan Booij (Divers Den Haag), Saskia Kok (Anne Frank Stichting), Inte van der Tuin (RADAR/IDEM).
En bovenal dank aan alle geïnterviewden die hun ervaringen met ons wilden delen.
Foto omslag: 123RF
Eindredactie: Joke Martens (Movisie)
Ontwerp: Suggestie & illusie
Uitgave: Kennisplatform Integratie & Samenleving
P/a Kromme Nieuwegracht 6, 3512 HG Utrecht, T (030) 230 3260

De publicatie kan gedownload worden via de website van het [Kennisplatform Integratie & Samenleving](#).

© Kennisplatform Integratie & Samenleving, Utrecht 2020.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij Movisie. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with Movisie. Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned

Kennisplatform Integratie & Samenleving

Kennisplatform Integratie & Samenleving doet onderzoek, adviseert en biedt praktische tips en instrumenten over vraagstukken rond integratie, migratie en diversiteit. Daarnaast staat het platform open voor vragen, signalen en meningen en formuleert daar naar beste vermogen een antwoord op.

Deze kennisuitwisseling is bedoeld om een fundamentele bijdrage te leveren aan een pluriforme en stabiele samenleving. Blijf op de hoogte van alle projecten, vragen en antwoorden en andere kennisuitwisseling via [www.kis.nl](#), de nieuwsbrief, Twitter en LinkedIn.

Kennisplatform Integratie & Samenleving is een programma van het Verwey-Jonker Instituut en Movisie
T 030 230 32 60
E info@kis.nl
I www.kis.nl