



Ervaringsverhalen discriminatie in de zorg

Colofon

Auteurs:

Roshnie Kolste en Judith Venderbos

Infographics:

Jacqueline Hofstra Ontwerp

Vormgeving:

Zwerver Grafische Vormgeving

Met dank aan:

Alle zorggebruikers en zorgverleners die hun verhaal met ons hebben gedeeld.

De klankbordgroep (Alexandra Haman, Nadine Mohamed, Menal Ahmad, Ingrid van Blankesteyn en Sabijn van Rijsewijk) en de werkgroep (Anna de Haan, Anke van Dam, Catelijne Mittendorff, Karen Hosper, Kaveh Bouteh, Karin Egelmeer, Kiran Ramlakhan, Maria van den Muijsenbergh, Tessa van Loenen, Rob Pietersen en Sevde Koca)

Voor vragen over deze publicatie kunt u zich richten tot Roshnie Kolste (r.kolste@pharos.nl) of Judith Venderbos (j.venderbos@pharos.nl).

Dit document is een uitgave van Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen.
Maart 2022

Inhoud

Voorwoord	4
Ervaringsverhaal	6
1 Inleiding	8
2 Gesprekken met patiënten en cliënten	11
3 Gesprekken met zorgverleners	22
4 Conclusies	29
5 Zorggebruikers en zorgverleners aan het woord over oplossingen	31
Slotwoord	34
Bijlage: Overzicht respondenten	35

Voorwoord

Discriminatie leidt tot ongelijke kansen en kan daarnaast ook langdurige stress veroorzaken die schadelijk is voor iemands mentale en fysieke gezondheid. Herhaalde blootstelling aan discriminatie leidt daarmee tot ongezondheid en speelt, naast andere sociale determinanten, een belangrijke rol in het ontstaan en in stand houden van gezondheidsverschillen.

De grote impact van discriminatie op de mentale en fysieke gezondheid blijkt wereldwijd uit onderzoeken in verschillende landen. In Nederland is hier nog nauwelijks onderzoek naar gedaan, en dus ging Pharos, Expertisecentrum Gezondheidsverschillen, met dit onderwerp aan de slag. Omdat je de gezondheidsverschillen pas kunt aanpakken, als je de oorzaken kent.

Ons onderzoek is tweeledig. In de publicatie Discriminatie en gezondheid geven we een overzicht van de huidige kennis over de werking van discriminatie en de gevolgen ervan voor de gezondheid van mensen. Vervolgens gaan we nader in op de impact van discriminatie binnen het domein van de gezondheidszorg. Op welke niveaus binnen de zorg is er bewust of onbewust sprake van discriminatie? Op welke wijze speelt het zorgsysteem, het medisch onderwijs, het wetenschappelijk (medisch) onderzoek en het beleid van zorgorganisaties hierin een rol?

Het tweede onderzoekdeel ligt hier voor je. Het betreft een kwalitatief onderzoek naar ervaren discriminatie op basis van etniciteit, religie en huidskleur. Wij spraken met zorggebruikers en zorgverleners. Hun verhalen laten vooral zien welke gebeurtenissen ze het gevoel hebben gegeven dat ze gediscrimineerd werden. De verhalen hebben als doel om meer bewustwording te creëren en

zorgverleners aan te moedigen om voortaan het gesprek aan te gaan. Door deze ervaringen te delen, willen we laten zien dat je juist als zorgprofessional het verschil kunt maken voor een patiënt of cliënt die voelt dat hij of zij gediscrimineerd wordt.

De interviews hebben ons geraakt. Het getuigt van moed van de respondenten hun verhalen zo openhartig te delen. Daar zijn we hen dankbaar voor.

In de zorg zien we van dichtbij welke impact discriminatie op het leven van mensen heeft. Wat voor een leed en welke gezondheidsklachten discriminatie veroorzaakt. Ook daarom ligt er bij de zorgprofessionals een belangrijke taak. Wij hopen dat de verhalen in dit kwalitatieve onderzoek hieraan een bijdrage kunnen leveren. Maar er zijn nog meer verhalen nodig. Het mag hierna niet stilvallen. Deze verhalen geven ons inzicht in hetgeen er speelt; ze vormen stof tot nadenken én gespreksstof. Door samen aandacht te hebben voor mogelijke discriminatie in de zorg en de impact ervan te illustreren - en na te gaan hoe het anders kan - kunnen we gezondheidsverschillen verkleinen.

Ervaringsverhaal

Om ervaren discriminatie in de zorg een gezicht en een stem te geven volgt hierna het verhaal van ervaringsdeskundige Sita Mohabir (28 jaar) uit Den Haag.

“Na een zware operatie ging ik vanuit het ziekenhuis naar het revalidatiecentrum. Ik zal jullie later iets vertellen over mijn ervaringen in het ziekenhuis, maar eerst dit... In het revalidatiecentrum vergaten ze soms mijn medicatie en kreeg ik geen hulp bij bijvoorbeeld het aankleden. Omdat ze ‘eerst een rapport moest schrijven’. Het voelt alsof je niet meetelt. Terwijl mijn witte buurman even later wel geholpen werd.

Zo’n andere behandeling steekt. Helemaal als je je al zo hulpeloos voelt, ik zat daar niet voor niets. Van de Zwarte stagiaire begreep ik dat ze mij aanduiden als ‘die bruine met al die vragen’. En zij vertelde hoe zij zelf door witte collega’s anders werd benaderd. Ze werd uiteindelijk weggestuurd, terwijl de witte stagiaire fouten bleef maken en dit niet erkend werd door dezelfde begeleiders.

Ik ben een jonge vrouw van kleur uit een Nederlands-Surinaamse/Hindoestaanse cultuur met een chronische ziekte en een fysieke beperking. Ik ben al tien jaar ziek en heb dus al even lang ervaring in de zorg. Daardoor ben ik een mondige patiënt geworden. Het heeft jaren geduurd, maar nu spreek ik me uit als ik me niet goed of ongelijk behandeld voel. Maar er zijn honderdduizend andere zorgpatiënten die te ziek zijn en het daarom maar zo laten, die niet weten hoe ze het moeten verwoorden of die denken dat het zo hoort. Voor al die mensen spreek ik me uit.

Sinds ik op mijn zeventiende door kanker met de zorg te maken kreeg, heb ik vaker het gevoel anders behandeld te worden. Het gaat niet over de intentie van zorgverleners, ik denk niet dat ze altijd bewust discrimineren of racistisch zijn.



Het gaat over de impact van wat ik ervaren heb door hun onbewuste vooroordelen, gevormd op basis van stereotiepe beeldvorming in deze maatschappij.

Het voorbeeld uit het revalidatiecentrum is heel expliciet. Maar ik kan nog zo veel andere voorbeelden noemen, soms impliciet, van onbewuste vooroordelen en rare vragen. Zoals van die zusters op zaal in het ziekenhuis die verbaasd reageren als ik vertel dat ik ondernemer ben, dat ik gestudeerd heb en een lieve vriend heb. Dat hadden ze allemaal niet verwacht.

Al die vragen, die verbazing... Waarom? Het heeft niets met mijn lange medische geschiedenis te maken en het heeft geen invloed op de verpleging die ik nodig heb. Ik had net een zware operatie achter de rug, lag ziek op bed en kreeg toen allemaal niet-relevante, onbeleefde vragen. Niet over mij als patiënt, maar over mij als persoon, over mijn identiteit. Had ik deze vragen en reacties ook gekregen als ik een oudere witte man was? Ik denk inmiddels van niet.

Nu ik er meer onderzoeken over gelezen heb, weet ik dat onbewuste vooroordelen zo werken. Ik herken het sneller, maar het verrast me soms nog steeds. Ik wil mensen van dit mechanisme bewustmaken, daarom deel ik mijn ervaring en heb ik er mijn reguliere werk van gemaakt. In de hoop dat het beter wordt. Daarom vul ik ook feedbackformulieren in of stuur een klachtenbrief, zoals na mijn opname in het revalidatiecentrum.

De manager reageerde begripvol op mijn klachtenbrief. De zorgmanager zegde toe het medicatieproces aan te passen. Maar ja, is dat genoeg? Ik betwijfel het, zeker zolang het personeel qua diversiteit geen afspiegeling is van de cliënten. Met een excuus en training is het vertrouwen niet hersteld. Dat groeit pas als zorgverleners gespreksvaardigheden oefenen en op hun gedrag reflecteren."

Sita Mohabir

Ongeveer een op de vier Nederlandse inwoners ervaart weleens discriminatie. In de groep inwoners met een migratieachtergrond ligt dit cijfer hoger op grond van geloof, etnische achtergrond en huidskleur.¹ Discriminatie is het onterecht anders behandelen van (groepen) mensen. De discriminatiegronden in deze context (onder andere geloof, etnische achtergrond en huidskleur) vallen binnen het bredere systeem van *racisme*. Dat is een sociologische term voor de onterechte overtuiging dat mensen ingedeeld kunnen worden in 'rassen'. In onze samenleving komen racistische overtuigingen nog steeds voor.

Ook in de zorg komen discriminatie en racisme voor. Dat is een ongemakkelijke en oncomfortabele waarheid. Patiënten en cliënten met een migratieachtergrond krijgen - soms impliciet, soms expliciet - niet altijd dezelfde behandeling als patiënten of cliënten zonder migratieachtergrond. Soms wordt dit expliciet uitgesproken, maar vaak ervaren patiënten impliciet een andere bejegening. De impact hiervan voor iemand die gediscrimineerd wordt, is daarmee echter niet minder voelbaar.

Een onderscheid dat vaak wordt gemaakt is dus dat tussen *expliciete en impliciete discriminatie*. Expliciete discriminatie is discriminatie in haar bekendste vorm. Iemand die discrimineert,

maakt daarbij duidelijk kenbaar dat hij of zij een ander bewust anders behandeld of bejegend. Impliciete discriminatie is een meer subtiele vorm van discriminatie. Het kan gaan om automatische aannamen door vooroordelen, waardoor iemand onbedoeld anders bejegend wordt. Denk hier bijvoorbeeld aan harder gaan praten wanneer een patiënt met een niet-witte huidskleur in de spreekkamer zit.

Een ander onderscheid gaat over *individuele en institutionele discriminatie*. Individuele discriminatie gaat om contact tussen mensen. Discriminatie op individueel niveau vloeit meestal voort uit persoonlijke vooroordelen of stereotiepe denkbeelden. Institutionele discriminatie is doorgaans moeilijker te herkennen. Deze vorm van discriminatie is vaak ingebed in meer formele machtsstructuren of denkbeelden. Dit betekent ook dat institutionele discriminatie vaak genormaliseerd wordt, en op den duur ook niet meer onderzocht, beoordeeld en/of bekritiseerd wordt.²

Ongeloof, twijfel, eenzaamheid, ongemak, maar ook kwetsbaarheid kenmerken de gevoelens van patiënten en cliënten die over hun ervaringen in de gezondheidszorg vertellen. Ook zorgverleners (h)erkennen de moeilijkheid om discriminatie bij patiënten of cliënten bespreekbaar te maken.

1. Andriessen, I. et al. (2020). *Ervaren discriminatie in Nederland II*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

2. Hamed, S. et al. (2020). Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond. *Qualitative Health Research*, 30 (11).

Binnen onze samenleving is vaak (onbedoeld) meer aandacht voor en erkenning van het bestaan van expliciete en individuele discriminatie. Voor de impact die discriminatie op een individu heeft, maakt dat onderscheid echter weinig verschil. Alle vormen van discriminatie kunnen de mentale en fysieke gezondheid beïnvloeden. Op een indirecte manier, door kansenongelijkheid in het onderwijs of op de werkvloer. Maar ook op meer directe manieren, zoals via het ontstaan van angststoornissen of depressies en een verhoogde kans op verschillende somatische ziekten. Daarom is het nodig om sensitief te zijn voor alle vormen van discriminatie. Juist als zorgverlener kun je voor een patiënt of cliënt het verschil maken, door aandacht te hebben voor het trauma dat iemand met zich meedraagt en de onbedoelde 'andere' bejegening die bijdraagt aan dat trauma. De ervaringsverhalen in deze publicatie hebben als doel om de bewustwording hierover te vergroten.

Leeswijzer

De gesprekken met zorggebruikers en zorgverleners hebben ons gevoed om na te denken hoe we samen de zorg een veilige plek kunnen maken voor iedereen. We zijn ervan overtuigd dat iedere zorgverlener waakzaam moet zijn op deze problematiek en dat meer bewustwording bijdraagt aan een eerlijkere gezondheidszorg.

Dit document telt vier delen: ervaringen van zorggebruikers (hoofdstuk 2), ervaringen van zorgverleners (hoofdstuk 3), conclusies (hoofdstuk 4) en de oplossingen die zowel zorggebruikers als zorgverleners aandragen

om deze problematiek het hoofd te bieden (hoofdstuk 5).

Methode

Verkennen van de ervaringen van zorggebruikers

Deze kwalitatieve verkenning naar ervaringen met discriminatie in de zorg bestaat uit twee onderdelen. Het eerste onderdeel omvat interviews met zorggebruikers die discriminatie hebben ervaren in de huisartsenzorg, ziekenhuiszorg of thuiszorg op grond van hun etniciteit, religie of huidskleur (N = 11). De interviews zijn afgenomen in de periode juni-augustus 2021 door steeds twee onderzoekers (van in totaal drie). De respondenten zijn geworven via sociale-mediakanalen en de persoonlijke netwerken van de onderzoekers en de leden van de werkgroep en klankbordgroep. In de bijlage is een overzicht van enkele kenmerken van de respondenten toegevoegd. Het grootste deel van de interviews vond online plaats via Microsoft Teams. Een enkel interview werd live gehouden of telefonisch, zonder videobeeld.

De interviews met zorggebruikers zijn semi-gestructureerd door het gebruik van een topiclijst. De drie thema's die hierin zijn opgenomen zijn: 1) ervaring(en) met discriminatie in de zorg, 2) de effecten van discriminatie op welbevinden en gezondheid, en 3) benodigdheden voor verandering. Bij dit laatste thema werden ook institutionele belemmeringen besproken voor het bespreekbaar maken van een ervaring met discriminatie.

Verkennen van de ervaringen van zorgverleners

Om de context van ervaren discriminatie van patiënten en cliënten in de zorg beter te begrijpen, omvat het tweede onderdeel van de kwalitatieve verkenning verschillende interviews en focusgroepen met zorgverleners (N = 8). In de bijlage is een overzicht toegevoegd van de verschillende functies van de zorgverleners die hebben bijgedragen aan dit onderzoek. Percepties van zorgverleners in deze verkennende fase helpen om samen tot duurzame oplossingen te komen. Denk hierbij aan mechanismen die discriminatie in stand kunnen houden of juist goede voorbeelden die gedeeld moeten worden om discriminatie tegen te gaan.

Ook de gesprekken met zorgverleners zijn gestructureerd aan de hand van een topiclijst. De thema's in de gesprekken zijn: 1) eigen ervaringen met discriminatie bij zorggebruikers, 2) de rol en verantwoordelijkheden van zorgverleners bij discriminatie, 3) het institutioneel voorkomen en verminderen van discriminatie, en 4) overige oplossingsrichtingen. In de gesprekken met zorgverleners hebben we ook de oplossingsrichtingen die zorggebruikers hebben aangekaart geverifieerd.

Alle individuele interviews en focusgroepen zijn opgenomen en (woordelijk) uitgewerkt. Hierna zijn de gesprekken gecodeerd. Op basis daarvan hebben we de analyse uitgevoerd en de bevindingen opgeschreven.

De wervingsfase

Voorafgaand aan de interviews hebben we vaak telefonische gesprekken gevoerd met potentiële respondenten. Op deze manier konden we alvast horen welke ervaringen patiënten en cliënten hadden en konden wij hun meer vertellen over de insteek van het interview. Wat opviel in deze fase is dat mensen huiverig waren om mee te doen aan het onderzoek. De relatie met een zorginstelling of zorgverlener bleek hierin erg belangrijk te zijn. Tegelijkertijd hebben deze potentiële respondenten wel zelf contact met ons opgenomen naar aanleiding van de oproep. Dit gaf ons het gevoel dat zij hun verhaal wel graag ergens kwijt zouden willen.

Sommige potentiële respondenten spraken hun twijfel uit over hoe relevant hun ervaringen zouden zijn voor het onderzoek. Soms omdat de ervaring met een zorginstelling of zorgverlener al even geleden plaats had gevonden, maar ook omdat ervaringen niet altijd expliciet zijn. Hiermee bedoelen we dat sommige respondenten vooral een onderbuikgevoel hadden. We denken dat veel mensen hun eigen ervaringen 'kleiner' maken en dat ze die pas belangrijk genoeg maken als zij hier met anderen over praten en erop reflecteren.

Gesprekken met patiënten en cliënten

Ervaringen met discriminatie buiten de zorg

De reeks aan ervaringen met discriminatie in het dagelijks leven nemen patiënten en cliënten ook mee naar de zorg. Juist door eerdere ervaringen buiten de zorg kan een pijnlijke of kwetsende bejegening door een zorgverlener extra hard binnenkomen. De respondenten delen de verschillende ervaringen met vooroordelen en discriminatie die zij hebben meegemaakt in hun leven. Ze vertellen dat deze ervaringen buiten de zorg, bijvoorbeeld op school, in sollicitatie-procedures, bij het kopen van een woning en bij sportverenigingen, veel impact hebben gehad op hen als mens.

Veel van deze discriminatie vloeit voort uit een breder, ongelijk systeem, waarin de witte mens als norm wordt gezien. En dat ongelijke systeem krijgt dus ruimte in veel verschillende domeinen van iemands leven. Ook de impact van discriminatie die respondenten bij hun ouders of kinderen zien, kan belangrijk zijn. Die verschillende ervaringen met vooroordelen en discriminatie vormen een persoon tot wie hij of zij is. De opeenstapeling van incidenten met uitsluiting en discriminatie heeft veel invloed op het zelfvertrouwen en de mentale gezondheid van de respondenten:

“Het komt niet alleen maar voor in de zorg. Wat als mensen je zo bejegenen op het werk? Of gewoon in het dagelijks leven? Het heeft echt veel impact.”

Ook andere discriminatiegronden

Niet alleen ervaringen met discriminatie op grond van etniciteit, religie en/of huidskleur dragen bij aan deze opeenstapeling. Ook discriminatie door uitsluiting in andere ongelijke systemen zoals seksisme (uitsluiting op basis van sekse en gender) en validisme (uitsluiting op basis van verstandelijke en/of lichamelijke beperkingen) wordt genoemd door respondenten. Deze verschillende discriminatiegronden maken het soms moeilijk voor de patiënt of cliënt om een vinger te leggen op de onderliggende reden waarom iemand gediscrimineerd wordt. Dat gevoel van onzekerheid draagt bij aan de twijfel en moeilijkheid om dit onderwerp te bespreken:

“Het is een combinatie van factoren. Ik zie er jong uit, mensen weten dat ik een beperking heb, ik ben een persoon van kleur. [...] Ik weet dat er veel onderzoeken zijn waaruit blijkt dat vrouwen vaker niet geloofd worden om wat ze zeggen. Maar ook dat mensen van kleur anders behandeld worden. Ik zie ook dat als je meervoudig beperkt bent, je ook anders wordt behandeld.”

Waakzaam moeten zijn

Een ervaring met discriminatie staat zelden op zichzelf. Juist die opeenstapeling van ervaringen en het omgaan met vooroordelen in verschillende fasen van hun leven, maakt dat respondenten zich bewust(er) worden hiervan. Dit komt tot uiting in bijvoorbeeld bepaalde copingmechanismen die patiënten of cliënten zichzelf, vaak onbewust,

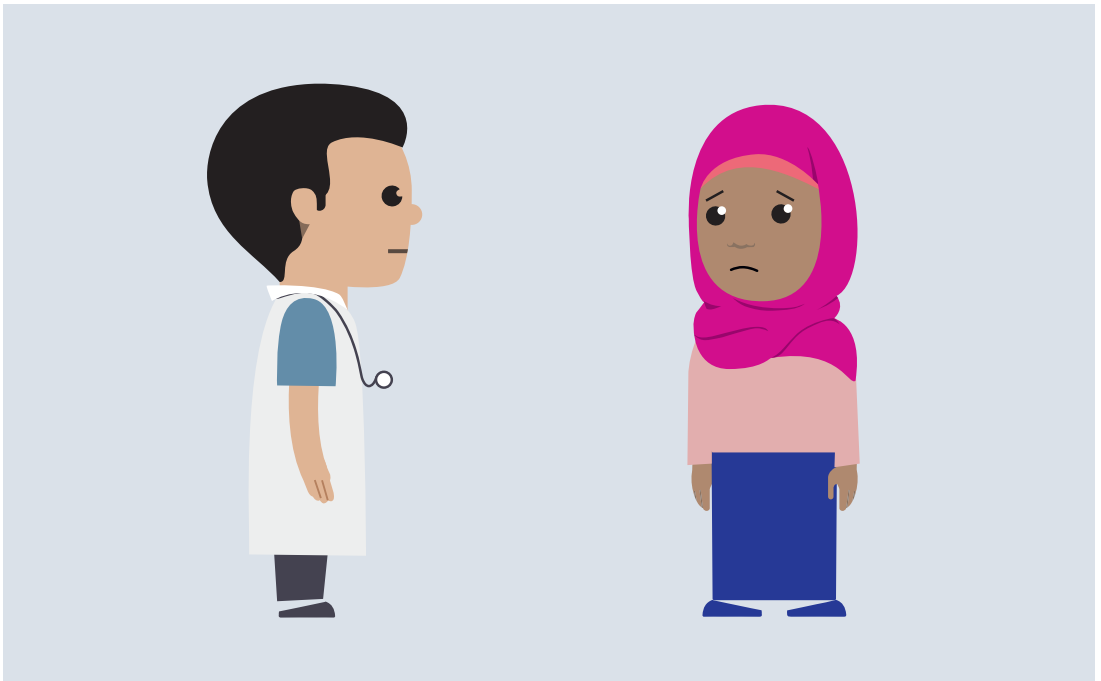
hebben aangeleerd. Een copingmechanisme dat door verschillende respondenten wordt genoemd is het waakzaam moeten zijn. Zij hebben het gevoel continu voor zichzelf te moeten opkomen:

“Het lijkt alsof ik een alarmbel heb ontwikkeld, en die kan snel afgaan. Is dit normaal? Of zouden ze dit ook bij iemand anders gaan doen?”

Ik ben niet zoals ‘wij’ zijn

Sommige respondenten vertellen over andere copingmechanismen die zij zichzelf of anderen

(bijvoorbeeld hun kinderen, als het gaat over de rol van discriminatie in de opvoeding) hebben aangeleerd. Een voorbeeld is het actief proberen te ontcrachten van stereotypen of vooroordelen. Dit copinggedrag kan al ontstaan in iemands jeugd, doordat in de opvoeding nadruk wordt gelegd op het zich dienstbaar en dankbaar opstellen. Soms bewust en soms onbewust dragen respondenten het gevoel met zich mee dat zij steeds actief negatieve denkbeelden binnen de samenleving moeten ontcrachten (denk hier bijvoorbeeld aan het laten zien dat je niet lui of agressief bent). Bijna alle respondenten vertellen dat het gevoel dat je voortdurend



denkbeelden moet ontcrachten of voor jezelf moet opkomen veel energie vraagt:

“Misschien dat ik onbewust laat zien dat ik hoogopgeleid ben, of heel goed Nederlands spreek, of dat ik heel aardig ben. Dat ik mijn houding erop aanpas, onbewust. Dus als je dat soort woorden gebruikt, dan weten mensen dat je kennis van zaken hebt. Dan merk ik ook dat ze me anders behandelen, beter.”

De brede reeks van verschillende ervaringen met discriminatie buiten de zorg dragen respondenten met zich mee en hebben impact op hen als cliënt of patiënt.

Ervaringen met discriminatie binnen de zorg

Onze verkenning richt zich op ervaringen in de zorg. Bovenstaande ervaringen buiten de zorg laten zien dat iemand al een voorgeschiedenis kan hebben van ervaringen met discriminatie. Het is belangrijk dat zorgverleners zich bewust zijn van de bagage waarmee een patiënt of cliënt de gezondheidszorg binnen kan komen. Een ervaring met vooroordelen of discriminatie in de zorg staat daarom bijna nooit op zichzelf, maar wordt onderdeel van het grotere systeem.

Wat gebeurt er dan precies in de zorg?

Bij discriminatie van zorggebruikers gaat het om het onterecht anders behandelen van een patiënt of cliënt op basis van kenmerken die

er op dat moment niet toedoen. In sommige interviews vertellen de respondenten dat hun zorgverlener heel expliciet aangaf hen als patiënt of cliënt anders te behandelen door hoe zij eruit zagen:

“Ik merkte het al aan zijn houding en hoe hij naar mij keek. Later zei hij: ‘Weet je dat ik jou anders behandel door jouw hoofddoek?’ Hij zei dat ik 3-0 achter zou staan met een hoofddoek op. Dit is twee jaar geleden gebeurd, maar ik merk dat ik er nog steeds last van heb.”

Inmiddels niet meer zo impliciet

In onze samenleving lijkt een ervaring vaak expliciet te moeten zijn om serieus genomen te worden. Maar vaker vertellen respondenten over de impliciete vooroordelen en discriminatie waarmee zij geconfronteerd worden. Respondenten hebben het gevoel anders behandeld te worden, en sommigen kunnen niet direct plaatsen waarop dit gevoel gebaseerd is. Voor hen blijft het een onderbuikgevoel, waardoor het moeilijk is om erover te praten. Maar voor de meeste respondenten voelen confrontaties met deze impliciete vooroordelen en discriminatie heel expliciet. Zij vertellen over een specifieke ervaring waaruit blijkt dat een impliciete opmerking of behandeling heel duidelijk verschilt van hoe andere patiënten bejegend worden. De impact en de ernst van impliciete discriminatie is dus heel duidelijk voelbaar als de respondenten hierover vertellen:

“Ik werd wakker, de dag na mijn operatie, en ik merkte dat ik me slecht begon te voelen. Ik moest lopen, zodat ik geen trombose kreeg. Maar dat lukte niet. Mijn bloeddruk bleef dalen. Alle apparaatjes bleven piepen, maar er kwam niemand naar me toe. [...] En ik weet het niet, het blijft een onderbuikgevoel, maar als mijn Nederlandse buurvrouw niet op haar knop had gedrukt, dan waren ze misschien niet eens gekomen en hadden ze mij laten liggen. Ik vond het schandalig dat een [andere] patiënt dat moest vragen aan het zorgpersoneel.”

Kenmerkende en terugkerende woorden voor een ervaring met discriminatie gaan vooral om het niet serieus genomen worden en niet begrepen worden. Respondenten vertellen dat zij zich niet gehoord en niet gewenst voelen. Dat valt hun nog eens extra op als (witte) zorggebruikers om hen heen vriendelijker en respectvoller bejegend worden. Dit draagt bij aan een negatieve ervaring met de zorg. Een onveilig gevoel kan volgens hen niet de bedoeling zijn van goede en gelijke zorg.

Ervaringen raken je soms pas later

Niet alle ervaringen met discriminatie hebben direct impact. Sommige respondenten vertellen dat zij zich pas later bewust werden van eerdere momenten waarop zij gediscrimineerd werden. Het bewustwordingsproces van discriminatie in eerdere ervaringen is voor veel respondenten zwaar. Juist de opeenstapeling van ervaren

discriminatie maakt hen pijnlijk duidelijk dat het echt gaat om hun etnische achtergrond. Soms worden cliënten en patiënten zich pas door een goede en veilige ervaring bewust van eerdere ervaringen met discriminatie. Zo vertelt een respondent over haar huisarts en het gevoel dat zij al die tijd heeft gehad:

“Eerst had ik een huisarts die mij in al die twintig jaar niet heeft aangeraakt. Ik kreeg het gevoel dat ik afgaf, door mijn kleur.”

Pas toen deze respondent per toeval een andere huisarts als invaller ontmoette, realiseerde ze zich hoe sensitief een huisarts zou kunnen zijn:

“En daarna ontmoetten we een andere huisarts. Die hebben we gelukkig nog steeds. Daar zagen we echt het verschil. Die nam je klachten serieus, en die raakte je ook aan. Door hem ontdekte ik dat ik door een specialist gezien moest worden.”

Uit dit voorbeeld blijkt dat negatieve ervaringen met discriminatie een patiënt of cliënt soms pas later raken en dat verklaart dat cliënten en patiënten niet direct in actie komen. Maar er lijken ook andere mechanismen mee te spelen. Zo is er vaak ongelooft en twijfel. Bijna alle respondenten gaan uit van het vertrouwen in en de goede intenties van een zorgverlener. Ze vinden het moeilijk om zich te realiseren en te erkennen dat het om discriminatie gaat. De directe omgeving

van gediscrimineerde patiënten of cliënten geeft ook niet altijd erkenning aan de impact die discriminatie heeft. Vaak ontraden mensen in iemands omgeving hem of haar om een vervelende ervaring aan te kaarten, en soms bagatelliseren ze die ervaring zelfs en geven ze het advies om die weg te stoppen. Zorgverleners herkennen discriminatie vaak niet direct of stellen het niet aan de orde. Daarom is een discriminerende ervaring doormaken vaak eenzaam makend:

“Mijn gevoel zegt wel dat ik gediscrimineerd ben, maar ik zoek ook naar de andere kant. Waarom kunnen mensen zo doen?”

De relatie die je als patiënt of cliënt met je zorgverlener hebt, speelt hierin mee. Het vertrouwen in de zorgverlener is groot, en daarom zoeken patiënten of cliënten in eerste instantie de oorzaak vaak bij henzelf. Ook omdat ze voelen dat een discriminerende zorgverlener vaak geen verkeerde intenties heeft, los van de impact die het desondanks kan hebben. Soms benoemen respondenten expliciet dat zij niet ondankbaar willen overkomen. Een verkeerde opmerking of onjuiste bejegening wordt daarom in eerste instantie vaak gebagatelliseerd.

De witte blik in de zorg

Verschillende zorggebruikers vertellen over de behandeling die zij kregen alsof zij een witte patiënt zouden zijn. Zij kregen daardoor het gevoel dat hun behandeling beter afgestemd had moeten en kunnen worden op henzelf.

In deze gevallen had de zorgverlening dus anders moeten zijn, juist omdat de zorgverlener geen witte patiënt of cliënt voor zich had. Een respondent vertelt over de behandeling die zij kreeg toen zij ziek was. Door onwetendheid van de zorgverleners werd haar behandeling bijna onterecht stopgezet, terwijl ze die wel nodig had. Ook het schrik-effect had volgens haar voorkomen kunnen worden als er meer kennis was geweest over verschillen in huidskleur:

“Ik heb veel bestralingen gehad. Mijn lichaam protesteerde nogal, ik was verbrand. Maar alle radiologen, het hele team eigenlijk, keken naar mij en schrokken. En die zeiden ook: ‘Misschien moet je stoppen met de behandeling.’ Tot ik later een Indonesische specialist kreeg en die zei: ‘Er is niets met jou aan de hand, dit is hoe donkere mensen verbranden.’”

Er lijkt dus nog veel onbekend te zijn bij zorgverleners over ziektebeelden en behandelingen bij mensen met een niet-witte huidskleur. Een andere respondent reflecteert op de verschillende behandelingen die zij onderging tijdens opnamen in het ziekenhuis. In de eerste jaren was zij zich niet bewust van de achterstand die zij als gekleurde vrouw had bij deze behandelingen. Maar later werd ze zich bewust van dat witte mannen de norm zijn als onderzoeksgroep van veel medisch onderzoek. Deze respondent schrijft veel van wat is misgegaan tijdens haar behandeling toe aan deze witte blik:

“Eerst dacht ik dat het aan mijn lichaam lag. Dat ik altijd pech had. Er is geen enkele behandeling of operatie geweest waar ik geen bijwerkingen van heb gehad. Ik ging twijfelen aan mijn eigen lichaam. Terwijl, dat is niet waar, ik heb gewoon heel vaak de verkeerde behandeling gekregen, niet de juiste zorg en niet de juiste aandacht voor mij.”

Een afhankelijke rol als patiënt

De afhankelijkheid van een patiënt of cliënt van een zorgverlener is ook van invloed op het onbespreekbaar blijven van een ervaring met discriminatie. Respondenten geven aan dat ze hun gezondheid aan hun zorgverleners toevertrouwen. Voor sommige respondenten voelt dat als een ongelijke relatie, waarin het moeilijk is om ergens iets van te zeggen als dat niet goed voelt:

“Als ik kijk naar de eerste generatie, bijvoorbeeld die van mijn ouders, die zien de arts als iemand met een hoge status en die moeten daarnaar luisteren. Dan ga je daar moeilijker tegenin, als je je gediscrimineerd voelt.”

De vicieuze cirkel van vooroordelen

Discriminatie is natuurlijk nooit gerechtvaardigd. Toch lijken de respondenten redenen te zoeken waarom zij anders behandeld worden, bijvoorbeeld op basis van hun kleur en/of andere uiterlijke kenmerken. Sommigen vertellen over het gevoel dat ze hebben dat

zorgverleners bepaalde vooroordelen hebben. Op basis van deze vooroordelen worden zij op een manier bejegend of behandeld die niet goed voelt. Bijvoorbeeld wanneer een vrouw een hoofddoek draagt, wordt dit geassocieerd met het beeld van een onderdrukte en stilgehouden vrouw.

Een ander concreet voorbeeld gaat over de verwachting van bepaalde karaktereigenschappen van patiënten of cliënten met een migratie-achtergrond. Zo vertellen sommige respondenten dat van hen niet verwacht wordt dat zij zich kritisch uitlaten over een behandeling of mee zullen denken over een beslissing:

“Anderen hebben mij niet hoog zitten. En als ik wel intelligent overkom, is dat een verrassing. Sterker nog, men acht geen repliek. Ik houd mij daarom in sommige situaties in.”

Vaak hebben de respondenten het gevoel dat zij niet serieus worden genomen door hun zorgverlener. Bijvoorbeeld in de symptomen die zij hebben of de pijn die een bepaalde behandeling met zich meebrengt. Doordat ze het gevoel hebben zelf te moeten opkomen voor goede zorg zijn sommige patiënten ook mondiger. Het veelvuldig mondig zijn wordt volgens sommige respondenten door de zorgverlener geïnterpreteerd als agressief zijn:

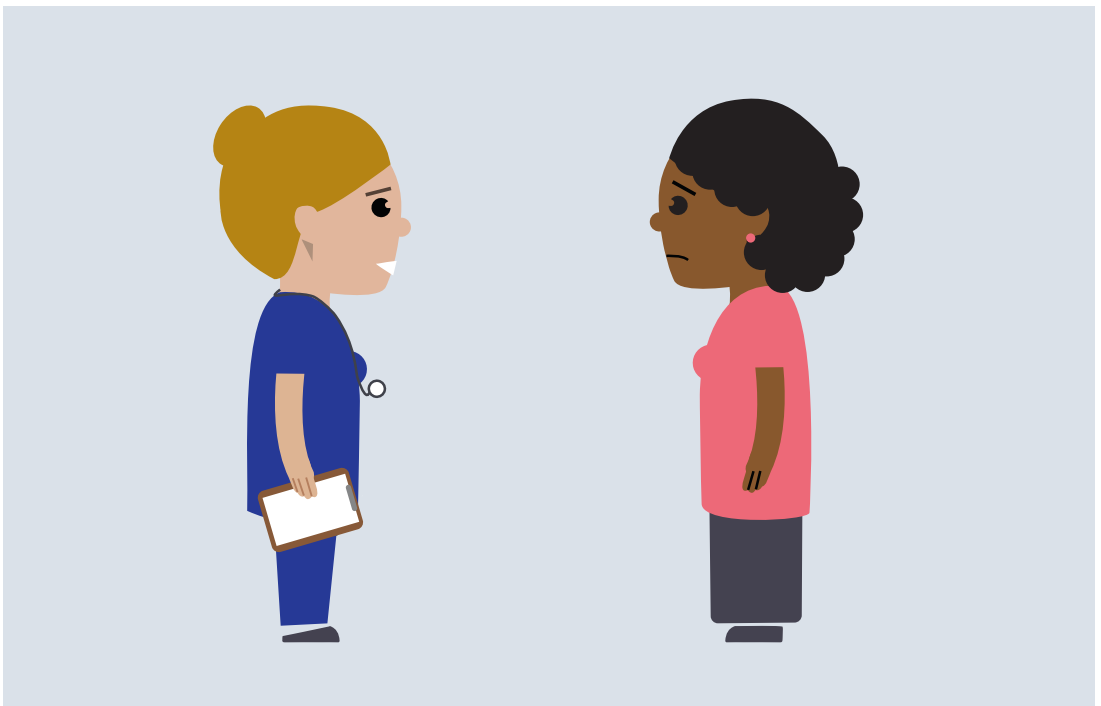
“In mijn dossier bleek te staan: ‘is agressief.’”

Lerend vermogen van zorgverleners

Door verschillende redenen lijken zorgverleners nog niet doordrongen te zijn van het feit dat zij (onbedoeld) discrimineren. Enerzijds omdat patiënten of cliënten hun ervaringen met discriminatie niet altijd met hen delen. Maar respondenten zeggen ook dat ze het gevoel hebben dat de professionele omgeving van zorgverleners (hun collega's en leidinggevenden) discriminatie niet erkent en niet sensitief is voor mogelijke discriminatie. Ook in het beleid van

een zorginstelling is niet altijd opgenomen hoe zorggebruikers gesteund kunnen worden na een ervaring met discriminatie. Zo is het vaak onduidelijk hoe je een klacht kunt indienen en wat daar in het vervolg mee wordt gedaan. Een respondent vertelt over een melding die zij deed in een zorginstelling. Deze melding kreeg geen vervolg en ook collega-zorgverleners bleken zich niet uit te spreken over de kwestie:

“Het lijkt alsof ze allemaal elkaars handen boven het hoofd houden in de zorg, dat is nou eenmaal zo.”



Lamgeslagen

Het gevolg hiervan is dat patiënten het beu worden om hun mond open te trekken en de strijd aan te gaan. Sommige respondenten raken lamgeslagen en lijken het aankarten van hun eigen ervaringen op te geven. Anderen blijven vragen om gehoord te worden en dat kost onnodig veel energie. Het verheffen van hun stem, omdat ze eerder niet gehoord werden, voelt voor veel respondenten als de bevestiging van vooroordelen of stereotypen. Doordat ze hun stem verheffen, wordt deze groep patiënten gezien als een lastige en veeleisende groep.

Instandhouding van discriminerende systemen

Bovenstaande mechanismen en quotes laten zien hoe moeilijk het is voor patiënten of cliënten om hun ervaringen bespreekbaar te maken. Om veel verschillende redenen voelen zij hier niet de ruimte voor, bijvoorbeeld door hun afhankelijkheid van een zorgverlener of door het gevoel dat ze niet serieus genomen worden. Veel ervaringen met discriminatie zullen zo niet benoemd worden en daarmee blijft verandering uit en worden impliciete vooroordelen in het zorgsysteem niet doorbroken.

Ook voelen veel respondenten dat hier onvoldoende ruimte voor is binnen zorgorganisaties, bijvoorbeeld door onduidelijke meldingsprocedures of het uitblijven van een reactie op een melding of klacht. Dat betekent ook dat veel zorgverleners via hun organisatie niets zullen

horen over onveilige en discriminerende ervaringen van hun patiënten of cliënten. Zorgverleners worden daardoor niet geraakt door de terugkoppeling en kunnen niet reflecteren op en leren van hun eigen gedrag.

Impact van discriminatie op patiënten en cliënten

Ondanks dat sommige ervaringen met discriminatie mensen pas later raken, is de impact op hun gezondheid en welbevinden groot. De respondenten vertellen dat de gevolgen op hun mentale welbevinden variëren van stress en verdriet tot boosheid en machteloosheid. Zo hebben meerdere respondenten last van slapeloosheid en minder eetlust:

“Overdag voel ik me vaak boos. En 's nachts ben ik juist vaak verdrietig. Ik slaap ook echt minder hierdoor.”

Ook de confrontatie met het 'anders zijn' en zich onbegrepen voelen, blijkt een terugkerend thema. Een van de respondenten vat het scherp samen:

“Mensen zonder migratieachtergrond worden vaak als de norm gezien. Alles buiten deze norm wordt als anders gezien. Veel mensen die ik spreek over dit onderwerp voelen zich buitengesloten door het afwijken van de norm.”

Dit soort gevoelens werken door op het zelfvertrouwen van een patiënt of cliënt. Niet alleen het vertrouwen in zichzelf, maar ook het vertrouwen in mensen om zich heen raakt geschaad door ervaringen met discriminatie.

“Ik vertrouw niemand, alleen op God. Verder vertrouw ik niemand meer.”

De genoemde gevolgen van discriminatie beïnvloeden de mentale gezondheid van patiënten en cliënten. Respondenten noemen verschillende mentale problemen, van depressieve en somberheidsklachten tot eenzaamheid. Ook raken veel respondenten het vertrouwen in de zorg en in zorgverleners kwijt. Zij geven aan dat eerdere discriminatie-ervaringen hen afremmen in het zoeken van zorg, omdat ze niet opnieuw gekwetst willen worden. Sommige respondenten zeggen zelfs dat hun ervaring reden is om helemaal niet meer naar de zorg toe te gaan, terwijl hun behoefte aan zorg niet anders is dan voorheen. Andere respondenten vertellen dat zij met een ongerust gevoel naar een zorgverlener toegaan, namelijk het gevoel continu op hun hoede te moeten zijn. Sommige patiënten of cliënten willen daarom niet meer alleen naar een afspraak gaan:

“Ik slaap slecht en ik heb vaak paniekaanvallen. Ik durf niet meer alleen op pad te gaan. Maar ik wil niet voor altijd niet meer alleen gaan. Ik wil niet van iemand anders afhankelijk zijn.”

Zorgmijden

Ervaringen met discriminatie verminderen het zelfvertrouwen van mensen en geven hun het gevoel teveel te zijn voor hun naasten als zij afhankelijk van hen worden voor bijvoorbeeld een ziekenhuisafpraak. Een andere respondent vertelt over de angst om een stempel te krijgen. Bij klachten wil zij niet direct naar haar huisarts of specialist toe gaan. Want stel dat de huisarts of specialist niets kan vinden, dan wordt het stereotype of vooroordeel van overdreven of aanstellerige patiënt van kleur bevestigd:

“Vaak houden mensen schade over aan chemotherapie en bestraling, en die krijg je op latere leeftijd. Ik heb sinds twee jaar last van mijn ribben en ik durf dat niet te laten checken. Ik dacht: stel dat er niets aan de hand is, dan hebben we weer zo’n dramaqueen.”

Een van de respondenten vertelt dat zij moeite heeft met de terminologie die in deze context vaak wordt gebruikt. In de media of in onderzoeken worden patiënten of cliënten namelijk vaak ‘zorgmijders’ genoemd. De verantwoordelijkheid wordt hier gelegd bij de zorggebruiker, terwijl de onderliggende problematiek niet altijd meegenomen wordt:

“Dan heten we ‘zorgmijders’, hè? Ik zou het echt zelfbescherming noemen.”

De wil om verandering teweeg te brengen

Ondanks de belemmeringen die een patiënt of cliënt ervaart bij het aanklaarten van een discriminerende opmerking of behandeling, voelen veel respondenten de verantwoordelijkheid om verandering teweeg te brengen. Om voor zichzelf op te komen, maar vaker nog omdat zij aanvoelen dat er veel andere mensen zijn die dat niet doen. Op deze manier kunnen de respondenten ook andere patiënten en cliënten helpen. Bovendien willen ze zorgverleners graag bewust maken van discriminerende ervaringen. Hun onbedoelde vooroordelen zijn immers voor de respondenten voelbaar.

Oproep: kijk niet weg, maak het verschil

In elk interview met zorggebruikers komt minstens één zorgverlener naar voren die opkwam voor de patiënt of cliënt, en hiermee het verschil maakte. Deze persoon slaagde erin om de respondent (opnieuw) te stimuleren en te motiveren om toch voor een bepaalde behandeling te kiezen. Hij of zij bleek sensitief te zijn voor signalen van eerdere negatieve ervaringen en voelde goed aan wat de respondent van hen nodig heeft. De impact van eerdere ervaringen wordt zo erkend en bespreekbaar gemaakt.

“Het is zo pijnlijk. En je zit in een soort bubbel, temeer als je ziek bent, hoe kom je hieruit? Ik durfde het gesprek niet aan te gaan met de internist, terwijl je weet dat de internist een fout heeft gemaakt. Je weet het. Dus gelukkig

had ik mijn huisarts, huilend heb ik haar gebeld. Ik zei: ‘Dokter, er klopt iets niet.’ En die zei direct: ‘Nee, dit kan niet.’ Dat is mijn redding geweest.”

‘Excuses’ zijn heel belangrijk

Een van de respondenten vertelt over een voorval in haar huisartsenpraktijk. Enkele assistenten waren hierbij betrokken. Pas nadat zij een klachtenbrief had geschreven, had haar huisarts haar uitgenodigd om over het voorval te praten. Toen bleek dat het voorval eigenlijk eerder al intern besproken was. Volgens de respondent had de huisarts destijds al contact met haar moeten opnemen, en niet pas nadat zij een klachtenbrief had geschreven. Dit voorbeeld laat zien dat de timing van excuses cruciaal is:

“Die huisarts heeft mij niet direct gebeld. Pas na mijn klacht heeft mijn huisarts haar verontschuldigen aangeboden, ook namens de collega-assistenten. Maar, dat was pas nadat ik die brief heb ingediend.”

Oprechte aandacht

Net zoals de timing is de reden waarom een zorgverlener het gesprek aangaat over discriminatie belangrijk voor veel respondenten. Cliënten en patiënten die we gesproken hebben, geven aan dat zij graag willen horen dat een zorgverlener vanuit intrinsieke motivatie wil luisteren naar een ervaring of bejegening die voor hen niet goed voelde. Respondenten voelen gauw aan wanneer een zorgverlener contact met

hen opneemt zonder oprecht te willen luisteren naar hun ervaringen:

“Hij had niet moeten zeggen dat hij door een ander belde. Hij belde alleen doordat hij die assistente had gesproken. Hij had moeten zeggen: ‘Ik las jouw mail, en dat doet iets met me.’ Dat had hij moeten zeggen.”

Een andere respondent vertelt juist over een positieve ervaring die zij had na een confrontatie met haar specialist. Uiteindelijk heeft ze met de specialist kunnen praten over haar ervaring. Een veilig en gelijkwaardig gesprek kan dan leiden tot voldoening:

“Toen is er een confrontatie gekomen met die specialist. En later heeft hij verontschuldigingen gemaakt. Hij zei: ‘Je hebt mij laten inzien dat dit niet kan. Een patiënt moet ook wat kunnen zeggen van zijn eigen behandeling.’ Hij heeft een diepe buiging voor mij gemaakt. Hij had de impact van zijn handelen op mij ingezien. Daarmee heb ik voorkomen dat het nog een keer gebeurt.”

Gesprekken met zorgverleners

Herkennen en erkennen van discriminatie

De gesprekken met zorgverleners gaan over discriminatie die niet zichzelf, maar hun patiënten of cliënten meemaken. Die invalshoek vraagt al om een bepaalde sensitiviteit voor dit thema. De meeste respondenten hebben een aantal ervaringen die zij linken aan mogelijke discriminatie van zorggebruikers. Tegelijkertijd ervaren ook zorgverleners belemmeringen om de juiste woorden te geven aan deze ervaringen en deze bespreekbaar te maken met anderen binnen hun zorginstelling. Discriminatie en vooroordelen in een behandelingsrelatie zijn volgens hen vaak onbedoeld of onbewust. Toch herkennen enkele zorgverleners ook bij zichzelf vooroordelen.

Discriminatie vraagt veel sensitiviteit

Zorgverleners geven aan dat het moeilijk is om te bepalen of een botte opmerking, een onhandige vraag of het hebben van minder tijd voor een patiënt of cliënt ook als discriminatie erkend moet worden. Expliciete vormen van discriminatie worden gauw (h)erkend, maar ook meer impliciete vormen komen voor. Hoe zorg je ervoor dat je deze ervaringen op een goede manier herkent? Een van de respondenten reflecteert op patiëntervaringen op zijn afdeling die hij opvat als vorm van discriminatie. Hij haalt een casus aan waarin een patiënt hem later vertelde over deze ervaringen tijdens een ziekenhuisopname. Maar, zo vervolgt hij, soms is het heel lastig om discriminatie te herkennen:

“Als ik deze casus met mijn collega's zou bespreken en ik zou ze vragen of hier (op de afdeling) discriminatie voorkomt, dan zouden ze het echt heftig ontkennen. Niet uit onwil ofzo, maar die zouden gewoon echt denken: nee, ik heb echt nog nooit iemand uitgescholden die Zwart is. Maar je hoeft iemand niet op de gang te zetten en met de grond gelijk te maken, terwijl er toch sprake kan zijn van ervaren discriminatie.”

Zelfs zorgverleners die zich veel bezighouden met het thema discriminatie en inclusie binnen de zorg vertellen over de moeite die zij soms hebben om dit te herkennen. Impliciete discriminatie berust vaak op een gevoel dat iets niet klopt. Ook al maakt het voor de impact niet uit wat de intentie van iemand was, vaak wordt daar toch in eerste instantie aan gedacht. Hier vertelt een zorgverlener over haar eerste reactie op het handelen van een collega:

“Ook ik kan mij afvragen: hoor ik het wel goed? Zo lastig is het soms. Je wil toch... Ik wil graag het beste in mensen zien. Ik wil het goede in de mens zien. Dan vraag je je af, bedoelt iemand dat zo?”

Zorgverleners en hun eigen ervaringen met discriminatie

De zorgverleners met een migratieachtergrond vertellen zelf ook over eigen ervaringen met discriminatie jegens hen. Bijvoorbeeld denigrerende opmerkingen van patiënten of

naasten over hun capaciteiten of diploma's als zorgverlener. De achtergrond en ervaringen die zij zelf hebben, brengen een extra sensitiviteit voor discriminatie jegens zorggebruikers met zich mee. Tegelijkertijd vinden ze het lastig om zich steeds weer hard te moeten maken om deze problematiek aan te kaarten wanneer het zorggebruikers betreft. Voor sommige zorgverleners met een migratieachtergrond lijkt de ongelijk verdeelde sensitiviteit voor dit thema het gebrek aan urgentie te bevestigen bij zorgverleners zonder migratieachtergrond. Erkennen dat je soms iets niet kunt ervaren Het is belangrijk om te erkennen dat sommige mensen discriminatie niet (op de genoemde gronden en in dezelfde hoedanigheid) kunnen ervaren. Maar dit sluit niet uit dat je als zorgverlener kunt leren hoe je ervaren discriminatie onder patiënten en cliënten kunt voorkomen. Onderstaande quote benadrukt de noodzaak van sensitiviteit op dit thema. Deze zorgverlener laat het verschil in urgentie zien voor zorgverleners en leidinggevenden die zelf geen discriminatie hebben ervaren. Daarom gaat het ook om het vertrouwen dat je in een ander moet hebben om het tegengaan van ervaren discriminatie een plek te geven binnen je organisatie:

“Ik had laatst een gesprek met mijn eigen teamleider en dat ging erover dat je als wit iemand etnische discriminatie niet kunt ervaren. En hij erkende dat ook voor zichzelf. Dat het heel lastig is, om van discriminatie te weten wat dat nou is? Wat houdt het in?”

Wat doet het met je? Wat voor impact heeft dat dan? Heel vaak wordt er gezegd dat je het verkeerd geïnterpreteerd hebt of dat het niet zo bedoeld was. Maar als je het niet zo zelf ervaren hebt, dan weet je dat niet. Je moet zeer empathisch zijn, en ervoor openstaan, om te kijken wat het dan is. Je moet vertrouwen hebben in de ander.”

Een aantal belemmeringen

De moeilijkheid voor zorgverleners om discriminatie te herkennen en het vervolgens bespreekbaar te maken kan verschillende oorzaken hebben. Een eerste belemmering is dat patiënten en cliënten hun ervaringen niet altijd (kunnen) delen. Sommige zorgverleners vertellen dat het aankaarten van discriminatie bij zorggebruikers op een afdeling pas lukt als een patiënt of cliënt een ervaring zelf bespreekbaar maakt. Pas dan wordt zo'n ervaring concreet en voelt het veilig om die bespreekbaar te maken met een collega of binnen het team. Een andere zorgverlener geeft aan dat actie doorgaans uitblijft als een ervaring met discriminatie onbenoemd blijft:

“Dat is typisch voor de zorg. Het moet lekker concreet zijn, dan pas kun je ermee aan de slag. Er moet een oplossing zijn en een einde.”

Tegelijkertijd realiseren zorgverleners zich dat ze daarmee de verantwoordelijkheid bij de patiënt of cliënt leggen, terwijl die juist degene is die gediscrimineerd of uitgesloten wordt. In de drukte van het dagelijks werk zijn ze zich te weinig bewust

van de machtsverschillen die zorggebruikers kunnen ervaren. Voor zorggebruikers kunnen die machtsverschillen een drempel zijn om discriminatie aan te kaarten. Het blijft daarom voor zorgverleners een spanningsveld tussen het (op het juiste moment) herkennen van ervaren discriminatie en vervolgens ook eigenaarschap te nemen over het probleem.

Het herkennen van je eigen vooroordelen

In diezelfde gesprekken benoemen zorgverleners ook belemmeringen om ervaren discriminatie bij zorggebruikers te erkennen en aan te pakken door hun eigen vooroordelen. De vooroordelen die zij noemen gaan bijvoorbeeld over de rol van familie tijdens een opname, de verwachting dat een patiënt niet mee wil werken, of de ongevoelighed van standaardvragen tijdens een consult. Zorgverleners denken daardoor zelf ook niet altijd sensitief te zijn voor ervaringen van patiënten of cliënten in de zorg. Hun eigen ongecontroleerde vooroordelen en hun gebrek aan vaardigheden staan hun in de weg om ervaren discriminatie aan te kaarten. Verschillende respondenten vertellen in deze context ook hoe moeilijk het soms is om zelf zonder vooroordelen een spreekkamer in te gaan. Een zorgverlener vertelt over ervaringen met 'veeleisende' patiënten en hun familie, en reflecteert op de vooroordelen die zo kunnen ontstaan:

“Als je vaker hebt meegemaakt dat een patiënt zo reageert, en als dan eenzelfde soort iemand binnenkomt, dan ben je sneller geneigd defensiever te worden. Dan ga je

misschien eerder dingen afhouden, dan dat je alles gaat uitleggen. Dat is meer om jezelf te beschermen. Het liefst ga je er bij iedereen blanco in. Maar omdat iets in het verleden ook zo gegaan is, ga je er ook zo opnieuw in. Dat gaat bijna automatisch.”

Een andere zorgverlener vertelt dat ze zich vaak machteloos voelt. Ze werkt in een aandachtswijk waar veel mensen met een vluchtelingen- en migratieachtergrond wonen. In die context vindt ze het soms moeilijk om deze groep patiënten en cliënten te behandelen zoals ze dat bij ieder ander zou doen. Ze reflecteert op haar eigen vooroordelen en vooringenomen houding:

“Ik voel me vaak machteloos als ik mijn patiënten niet goed begrijp. Ik vind het ook vervelend als ik zelf lijk te discrimineren. Dat ik toch dingen een beetje afraffel ofzo, maar ook om het te zien bij andere mensen. Dat mijn patiënten door andere zorgverleners soms gediscrimineerd worden. Dat vind ik naar om te zien. Stel, er zit iemand tegenover jou en die ziet er heel anders uit dan jij of die is zwaar gesluierd, donker, spreekt slecht Nederlands, dan heb ik soms de neiging om te denken dat iemand ook minder intelligent is bijvoorbeeld. Terwijl dat helemaal niet zo hoeft te zijn. En dan ga ik er soms vanuit dat diegene wel naar het ziekenhuis zou willen of medicijnen zou willen. Terwijl ik dat dan niet expliciet uitvraag, want dat is allemaal te ingewikkeld. Snap je een beetje wat ik bedoel?”

Doe jij die patiënt maar

Sommige zorgverleners vertellen over de moeilijkheden die worden ervaren in de behandeling en bejegening van patiënten en cliënten met een migratieachtergrond. Soms reflecteren ze op hun eigen onzekerheden, maar soms gaat het ook om de moeilijkheden die collega's ervaren. Op sommige afdelingen worden patiënten of cliënten met een migratieachtergrond al op voorhand toegewezen aan collega's die een bepaalde religie of achtergrond met hen delen:

“Zorgverleners voelen schroom om een kamer op te gaan met een patiënt met een andere achtergrond. (...) En er wordt onderling gevraagd: wil jij daar niet naartoe gaan?”

Collega's die goed kunnen omgaan met bijvoorbeeld patiënten of cliënten met een migratieachtergrond of die dezelfde taal spreken als een bepaalde groep patiënten, worden daarom vaker gevraagd om deze groepen patiënten te behandelen. Daarmee lijkt het eigenaarschap voor de zorg voor patiënten en cliënten met een bepaalde achtergrond bij bepaalde zorgverleners te worden neergelegd. Respondenten vinden het moeilijk om collega's hierop aan te spreken. Hierdoor is het risico op een ongelijke takenverdeling groot.

Gemiste kans in medische opleidingen

Sommige respondenten beseffen dat hun kennis over ziektebeelden alleen (of vooral) witte mensen betreft. Daardoor vinden ze dat ze soms

tekortschieten in de zorg voor alle patiëntengroepen in hun instelling. Hierbij gaat het dus niet om het (on)bewust anders behandelen van mensen op basis van vooroordelen. Maar wel om de frustratie dat zij niet dezelfde zorg kunnen bieden aan alle patiëntengroepen. Een van de zorgverleners haalt het voorbeeld van een doorligplek aan. De symptomen herkent hij niet direct bij mensen die geen witte huid hebben, omdat dit simpelweg weinig of niet aan bod kwam tijdens zijn opleiding:

“Het begint eigenlijk al in de opleiding, bijvoorbeeld in het dermatologieboek, daar staan alleen maar plaatjes van witte mensen in. Dus wij weten helemaal niet hoe je bijvoorbeeld op een zwarte huid het beste een doorligplek kunt herkennen. Bij een doorligplek wordt die wond langzaam erger. Op een zwarte huid zie je geen roodheid, dus daar begint het denk ik al, dat je als etnische minderheid benadeeld wordt tijdens de opleiding.”

Interpretatie van medische standaarden

Een aantal respondenten benoemt hun afhankelijkheid van medische standaarden als belemmering om gelijke zorg aan patiënten te bieden. Deze standaarden zijn niet altijd inclusief of werken verschillend voor verschillende groepen patiënten. Soms zijn richtlijnen niet eenduidig te interpreteren en zijn ze vaag. Een van de zorgverleners haalt het voorbeeld aan van bloeddrukmedicatie. Deze medicatie zou

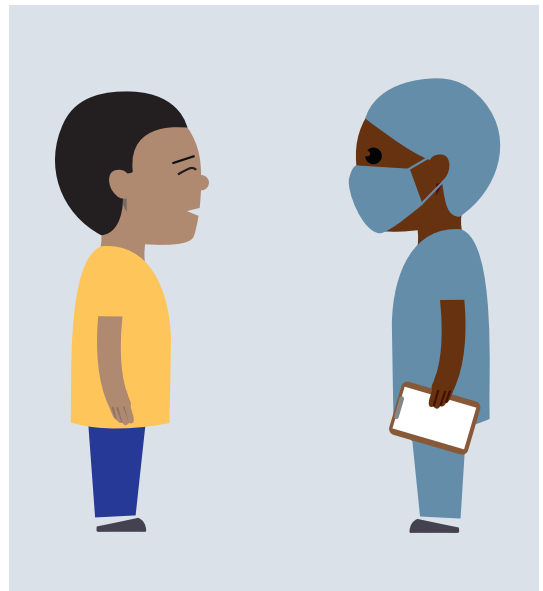
een verschillende werking hebben voor diverse patiëntengroepen. Maar hoe zorg je er dan voor dat je je patiënten gelijk behandelt?

“Voor mij is dit vraagstuk altijd een beetje tweeledig. Enerzijds kun je met onderzoek aantonen dat er [met de huidige standaarden] benadeelde groepen zijn. Dat vind ik een heel belangrijk element. Als je bijvoorbeeld kijkt naar bloeddrukmedicatie, dan zie je bij mensen die uit de - dat noemen we dan grofweg, want zo staat het in de richtlijnen - ‘Sub-Sahara Afrika’ komen, de bloeddrukmedicatie niet goed werkt. Ik zou willen dat er onderzoek komt om aan te tonen of dat echt zo is. En ik wil weten welke specifieke groepen dat dan zijn. In welke mate spelen geografische aspecten mee? Anderzijds, wat als mensen tweede-generatiemigrant zijn? Geldt dat dan nog? Hoe werkt dat? Ik denk wel dat die richtlijnen veel beter kunnen.”

De gelijkheidsattractie, ook in de zorg

Enkele zorgverleners zijn zich ervan bewust dat binnen hun eigen specialisme een homogene groep zorgverleners werkt. Zo'n specialisme trekt immers (onbewust) vaak dezelfde groep mensen aan. Dat wordt ook wel gelijkheidsattractie genoemd. Een homogene groep kan het leren over verschillende perspectieven in de weg staan, maar ook de (h)erkenning van bijvoorbeeld vooroordelen en discriminatie. Een zorgverlener vertelt in deze context over de noodzaak van meer diversiteit binnen het zorgpersoneel:

“Ik denk die herkenning, dat je je herkent in je patiëntengroep, dat is denk ik belangrijk. Want nu is het een overwegend rijke, witte groep dokters tegenover een hele diverse groep patiënten. Dat creëert vanuit artsen denk ik veel onbegrip, maar ook andersom. Ik denk dat als een patiënt de spreekkamer binnenstapt met het gevoel: deze dokter begrijpt echt niks van mij en mijn cultuur, dat helpt ook niet. Die witte jas, die staat ook symbool voor een witte man, die oud is en weinig wereldlijk. Ik denk dat dat al veel minder wordt als er meer diversiteit is in het zorgpersoneel. Ik denk ook dat je verschillende perspectieven nodig hebt binnen je eigen werkgroep om elkaar scherp te kunnen houden op die discriminatie. Die is er



gewoon en die gaat ook voorlopig niet weg. We moeten daar met z'n allen in groeien. Je kunt daar niet samen in groeien als je zo'n homogene groep hebt. Dus ik denk dat daar juist die diversiteit ook heel belangrijk is. Om van elkaar te leren en verschillende meningen in een kamer te hebben."

Het bespreken van discriminatie vraagt moed

Het gevoel van een zorgverlener dat er sprake is van discriminatie wordt niet gauw besproken. Dat kan verschillende oorzaken hebben. Zoals twijfel of het incident inderdaad onder discriminatie valt of de cultuur op een afdeling. Ook de gêne die ontstaat als je beschuldigd wordt van discriminatie leidt tot terughoudendheid in het bespreken ervan. Maar er spelen ook meer institutionele aspecten mee, zoals het gebrek aan een duidelijke werkwijze en de hiërarchische afhankelijkheidsrelaties in de gezondheidszorg. Bovendien staat het gevoel dat discriminatie slechts sporadisch voorkomt in de weg om discriminatie bespreekbaar te maken. In deze paragraaf benoemen we de veelgenoemde mechanismen die meespelen in het bespreekbaar maken van discriminatie jegens zorggebruikers.

Elkaar aanspreken op gedrag is moeilijk

Zorgverleners vinden het vaak lastig om collega's aan te spreken op hun houding of gedrag. De relatie die zorgverleners met collega's hebben speelt mee in de afweging om een ervaring van een patiënt of cliënt, met wie men vaak slechts eenmalig contact of een kortstondige relatie heeft, bespreekbaar te maken. Immers, een collega of

je team heb je veel vaker nodig in je werk, en de kans is klein dat je een bepaalde patiënt of cliënt nog eens tegenkomt. Als zorgverlener is het een ingewikkelde kwestie die niet goed voelt, maar als collega ga je het gesprek erover soms liever uit de weg. Zo vertelt een respondent het volgende over een collega met een discriminerende houding jegens een cliënt met een migratieachtergrond:

"Ik vind het heel lastig om dan te zeggen: 'Maar dat kun je niet zeggen, dat is discriminatie', want het is wel mijn collega. Ik moet wel verder met haar werken. En om dit soort onderwerpen wil ik geen ruzie met haar. Dus dat maakt het lastig. Ook ik ga er een beetje omheen. Als ik het [de houding van een collega] niet benoem, is het er ook niet."

Elkaar aanspreken lijkt voor sommige zorgverleners nog moeilijker te zijn als zij een afhankelijkheidsrelatie hebben met een collega. Een coassistent is bijvoorbeeld (nog) afhankelijk van de beoordeling van een specialist en een arts-assistent kan zich bijvoorbeeld druk maken om zijn of haar opleidingsplek. Vanwege de hiërarchie in de zorg kan het lastig zijn om als individuele zorgverlener op te komen voor een patiënt of cliënt. Bijvoorbeeld omdat je bang bent om je sociale positie binnen een afdeling te verliezen of omdat je afhankelijk bent van je inkomen en vreest voor je baan. In de quote hierna vertelt een zorgverlener over de rol van omstanders en de moeilijkheid om iets te zeggen:

“Ik snap het ook als je het niet doet. Wat als je een alleenstaande moeder bent en je bent afhankelijk van jouw job? Als je iets zegt en je wordt op het matje geroepen, hoe gaan anderen met je om? Behoud je je baan? Dat vind ik ook meewegen. Maar ook, waar we het net over hadden, je bent een witte zorgverlener, je weet niet wat discriminatie inhoudt, dan is het lastig. Dan is het ver van je bed, om je daar hard voor te maken. Het is niet aan jou. Je laat het dan makkelijker voorbijgaan.”

Ook de houding van een leidinggevende kan het bespreekbaar maken van discriminatie in de weg staan. Want wat te doen als je leidinggevende het woord discriminatie niet wil horen?

“Ik heb trainingen gehad waarin twee hoofden van een afdeling vooraf aangaven dat ze het woord discriminatie niet wilden horen. Mijn trainingen gaan over exclusie en discriminatie, maar zo mochten we het niet noemen. Moet je nagaan... Waar begin je dan?”

Het is niet aan mij

Het gebrek aan eigenaarschap van de oplossing om discriminatie tegen te gaan leidt ertoe dat zorgverleners discriminatie niet bespreekbaar maken. Doordat een grote groep zorgverleners zelf geen discriminatie op grond van etniciteit, religie of huidskleur ervaart, kan de

impact van het thema op gediscrimineerde patiënten en cliënten onuitgesproken blijven. Tegelijkertijd legt het bij de minderheid van zorgverleners die deze discriminatie wel aankaart een grotere druk neer. De urgentie van de thematiek wordt niet gedeeld, waardoor de sociale normen op een afdeling ook niet zullen veranderen.

Bovendien zeggen sommige zorgverleners dat discriminatie bij zorggebruikers niet zo vaak voorkomt. Het gevoel dat discriminatie sporadisch voorkomt op een afdeling staat het bespreekbaar maken van een incident in de weg. Daarmee verliest het in de alledaagse praktijk urgentie, terwijl een discriminerende opmerking of bejegening voor een patiënt of cliënt op dat moment een grote impact kan hebben. Een zorgverlener vertelt daarover:

“Het is gelukkig niet zo dat dit dagelijks gebeurt. Eigenlijk doen niet veel organisaties er iets aan. Dat is het. Ze zien het gewoon niet denk ik, omdat het misschien niet heel vaak voorkomt. Dat kan ook een oorzaak zijn.”

Conclusies

Er zijn verschillende terugkerende patronen te destilleren uit de gesprekken met zorggebruikers en zorgverleners die bijdragen aan de instandhouding van discriminatie. Hierna hebben we deze hoofdconclusies geprobeerd te formuleren. Maar veel gesprekken gingen juist ook over een hoopvolle toekomst met aandacht voor verandering en ruimte om te leren. In het volgende hoofdstuk worden deze oplossingsrichtingen, aangedragen door zorggebruikers en zorgverleners, benoemd.

Een steekje hier, een steekje daar

Zowel impliciete als expliciete discriminatie worden aangedragen als belangrijke oorzaken van stress. Vormen van impliciete discriminatie worden volgens zowel zorggebruikers als zorgverleners nog weinig erkend in de zorg. De impact draagt echter bij aan minder goede toegang tot en kwaliteit van zorg. Die impact die ervaren discriminatie heeft op het dagelijks leven is heel duidelijk voelbaar. Binnen de context van de gezondheidszorg vertellen zorggebruikers over hun angst om alleen naar een afspraak met een zorgverlener te gaan. Sommigen zoeken zelfs bij lichamelijke of mentale klachten de zorg helemaal niet meer op. Zij zijn bang om stereotypen te bevestigen of om opnieuw gekwetst te worden. Respondenten voelen zich somber, eenzaam en soms zelfs depressief.

Een tweede, duidelijke conclusie is dat een ervaring met discriminatie vaak niet op zichzelf staat. Patiënten en cliënten die discriminatie hebben ervaren in de zorg, herkennen dit

vanuit ervaringen op school, op de werkvloer, bij het kopen van een huis of zien het bij het opgroeien van hun kinderen. Daardoor voelen respondenten het vaak al gauw aan wanneer zij gediscrimineerd worden. Juist ook als het om impliciete discriminatie gaat. En juist die opeenstapeling van ervaringen met discriminatie neemt een patiënt of cliënt mee de spreekkamer in.

Helden in de zorg

Tegelijkertijd hebben alle respondenten ook goede ervaringen met zorgverleners. In een gesprek met ons panel noemden we hen 'helden in de zorg'. Een respondent wees ons erop dat dit geen uitzondering zou moeten zijn en dat deze zorgverleners geen helden zouden hoeven moeten zijn. Maar toch maken deze sensitieve zorgverleners patiënten en cliënten die discriminatie hebben ervaren hoopvol op verandering.

Je hebt het vast verkeerd begrepen

Patiënten en cliënten die te maken hebben (gehad) met discriminatie in de zorg krijgen vaak te horen dat een opmerking of bejegening vast niet discriminerend bedoeld was. De intentie van de ander en de impact op hen als patiënt of cliënt worden daarmee vaak gelijkgesteld aan elkaar. Terwijl het voor de gevolgen ervan voor een patiënt niet uitmaakt of de discriminatie bedoeld of onbedoeld was. Vaak spelen ongelof en ongemak hierin een duidelijke rol. Want waarom zou een zorgverlener met hart voor de zorg jou bewust

uitsluiten van gelijke zorg? En wat doe je als een zorgverlener geen boodschap heeft aan zijn of haar onbedoelde impact op jou als zorggebruiker?

Discriminatie bespreekbaar maken

Bij het bespreekbaar maken van discriminatie door patiënten of cliënten spelen verschillende mechanismen een rol. Vaak bevinden zij zich in een onzekere en ongelijke situatie. Ze zijn vaak ziek en (nog) afhankelijk van een zorgverlener of zorginstelling waar ze zich eigenlijk niet op hun gemak voelen. De angst om die relatie te verstoren maakt dat patiënten en cliënten zich niet gauw uitlaten over hun ervaringen met discriminatie in de zorg. Daarbij hebben sommige patiënten of cliënten zichzelf bepaalde copingmechanismen aangeleerd om zich onderdanig of meegaand op te stellen. Hierbij kun je ook denken aan het actief ontkrachten van stereotiepe denkbeelden. De fase waarin een zorggebruiker overweegt om wel of niet naar een zorgverlener toe te stappen kan lang duren en leidt uiteindelijk lang niet altijd tot een gesprek of confrontatie.

Toch vinden enkele zorggebruikers dat ze van zich moeten laten horen. Ze vinden de moed om discriminatie-ervaringen aan te kaarten en zo een rolmodel te zijn voor anderen. Daarmee kan een cirkel van vooroordelen en discriminatie doorbroken worden, want een zorgverlener krijgt zo de mogelijkheid zich bewust te worden van de impact van zijn of haar (onbedoeld anders) handelen.

Eigenaarschap van het probleem

Voor verschillende zorgverleners lijkt het niet gemakkelijk om de door een patiënt of cliënt ervaren discriminatie te herkennen. Soms omdat zij discriminatie op grond van etniciteit, religie of huidskleur nooit zelf hebben ervaren, maar ook omdat zorggebruikers niet altijd hun ervaringen met hen delen. Dan is het moeilijk om gevolg te geven aan het gevoel van een zorggebruiker dat vooroordelen mogelijk hebben geleid tot een andere bejegening. Maar ook drukte op de afdeling, het gebrek aan eigenaarschap van de oplossing en gêne bij een zorgverlener als die beschuldigd wordt van discriminatie, leiden ertoe dat discriminatie niet altijd besproken wordt.

Sommige respondenten stellen tot slot dat de afhankelijkheid van andere collega's en de hiërarchie binnen de zorg het moeilijk maken om discriminatie aan te kaarten. Toch is het inzicht van dat gedeelde eigenaarschap een stap in de goede richting om discriminatie van zorggebruikers tegen te gaan.

Zorggebruikers en zorgverleners aan het woord over oplossingen

Bewustwording en erkenning vergroten

In zowel de gesprekken met zorggebruikers als met zorgverleners hebben we gevraagd naar mogelijke oplossingen in het voorkomen en verminderen van discriminatie bij zorggebruikers. Meer inzetten op bewustwording dat discriminatie speelt onder zorggebruikers en de impact die het op zorggebruikers heeft, werden als belangrijkste thema's aangedragen binnen deze oplossingsrichting. Een zorgverlener oppert dat ervaringsverhalen van patiënten en cliënten over discriminatie in verschillende zorgsectoren daaraan zouden kunnen bijdragen:

“Ik zou heel graag wel wat meer interviews willen zien met patiënten. Hoe ontstaat het gevoel dat zij zich gediscrimineerd voelen? Verhalen van veel verschillende patiënten, om daar juist van te leren.”

Aandacht voor eigenaarschap

Een goede gezondheid is een belangrijk goed. Als de kwetsbaarheid van een patiënt of cliënt - naast het ziek zijn - wordt vergroot door uitsluiting en discriminatie is dat extra pijnlijk. Dat willen zorggebruikers niet, maar zeker ook zorgverleners niet. Zich bewust zijn van de impact van uitsluiting is iets waar we een oplossing voor zoeken. De oplossing zit in het gesprek erover aangaan, meer empathie en aandacht schenken aan de patiënt en vragen hoe hij of zij de ziekte en behandeling ervaart.

Het is van groot belang dat zorgverleners ook eigenaarschap van de oplossing durven en kunnen tonen. Sociale normen binnen een organisatie moeten daarom ook aangescherpt worden, zodat zorggebruikers zich veilig voelen om hun ervaringen te delen en zorgverleners een veilige omgeving krijgen waarin zij kunnen leren.

Diversiteit in het personeelsbestand

Zorgverleners verwijzen vaak naar de homogene omgeving waarin zij werken. Op dit moment bedienen die homogene zorgorganisaties alle patiëntengroepen in een diverse samenleving. Beide groepen respondenten geven aan dat meer diversiteit op de werkvloer volgens hen bijdraagt aan minder discriminatie. Aan de ene kant zullen patiënten zich dan beter kunnen herkennen in de zorgverlening en/of in de zorgverlener. Aan de andere kant zal een meer divers personeelsbestand de cultuur binnen een afdeling verrijken met andere perspectieven op ervaren ziekten en meer diverse denkbelden over de juiste manier van behandelen. Respondenten geven aan dat zorggebruikers en zorgverleners zo samen kunnen groeien naar een meer inclusieve en creatieve zorgverlening. Maar ook het herkennen van discriminatie op allerlei gronden wordt op deze manier vanzelfsprekender, zo vertelt een van de respondenten:

“Ik denk dat het gigantisch uitmaakt als er meer diverse zorgverleners zijn. Want het zijn allemaal goeie mensen die in de zorg werken, het zijn allemaal mensen die mensen willen helpen. Het zijn geen gemene mensen die er met de pet naar gooien. Het is gewoon onbegrip en naïviteit. Misschien komt het ook een beetje doordat ik in lichte vorm ook weleens gediscrimineerd ben. Dan is het voor mij ook makkelijker denk ik om het patroon te herkennen. En überhaupt om het fenomeen discriminatie te herkennen als iets wat subtiel is en systematisch en waarbij kleine dingen uiteindelijk heel veel nadeel opleveren.”

De kracht van diversiteit zit 'm vaak ook in aandacht voor culturele aspecten die leiden tot verbinding. Een van de respondenten geeft het simpele voorbeeld van kennis van de start van de ramadan of de symboliek achter een religieus feest. Zo ontstaat er meer verbinding tussen zorggebruikers en zorgverleners:

“Die kleine culturele verschillen, als je daar kennis van hebt, daarmee maak je verschil in de kwaliteit van zorg. Door meer kennis op te doen, wie heb ik voor me? Wat voor patiënt is dit? Dat beïnvloedt je aandacht voor een levensloopverhaal, het afnemen van de anamnese, om vandaaruit zorg te verlenen.”

Een vaste plek in de opleidingen

Een andere oplossingsrichting wordt gezocht in een eerdere fase: in de opleiding tot zorgverlener. Diverse zorgverleners benoemen dat zij tijdens hun opleiding vooral geleerd hebben over de ziektebeelden van witte mensen. Meer kennis over (culturele) verschillen tussen patiëntengroepen of verschillende opvattingen over behandelen wordt slechts aangeboden in aanvullende keuzevakken. Een van de respondenten vindt dat dit een gemiste kans is en dat de vooroordelen die er binnen een specialisme leven, al vroeg in de opleiding zijn ontstaan. Bewustwording door meer kennis over andere culturen, huidskleuren en verschillen in de beleving van zorg zou aan de basis van het medisch curriculum moeten komen te staan. Zo wordt de (medische) achtergrond van een patiënt met een migratieachtergrond geen uitzondering waarin een zorgverlener zich extra moet verdiepen:

“Dat je in de literatuur moet kijken om te kijken naar casussen die ongeveer hetzelfde zijn. Daar moet je dan specifiek naar op zoek gaan.”

Structurele aandacht binnen zorginstellingen

Vanuit de belemmeringen die respondenten ervaren om discriminatie aan te kaarten, valt op te maken dat er binnen een zorginstelling op verschillende lagen meer aandacht moet komen voor ervaren discriminatie. Het bestaan van protocollen en klachtenprocedures is niet

voldoende. Als er op de werkvloer tussen een zorgverlener en een patiënt verandering moet komen, is er ook vanuit de bestuurlijke top meer commitment nodig rondom dit thema. Leidinggevend en moeten zich actief uitspreken over discriminatie. Ook moet het thema een plek krijgen binnen de visie en missie van een zorginstelling. Als een instelling zich op bestuurlijk niveau uitspreekt over bijvoorbeeld het zero-tolerancebeleid, wordt de sociale norm rondom discriminatie veranderd. Ook voelen zorgverleners en zorggebruikers zich dan gesterkt om ervaringen bespreekbaar te maken:

“Misschien kunnen zorginstellingen het meer bespreekbaar maken? Bijvoorbeeld door het maandelijks of jaarlijks bespreekbaar te maken, er een vast onderdeel van te maken tijdens het jaarlijkse overleg van doelen. Wat voor doel hebben ze opgesteld? En is dat doel bereikt?”

Maar ook leidinggevend en zijn in het bespreekbaar maken van deze thematiek aan zet. Door het goede voorbeeld te bieden, kunnen zij prioriteit geven aan de bespreekbaarheid van discriminatie. Beide groepen respondenten benoemen dat het belangrijk is om een veilige cultuur te creëren waarin zorgverleners elkaar durven aan te spreken op hun vooroordelen en discriminerende handelingen. Onbedoelde en onbewuste vooroordelen en discriminatie kunnen dan plaatsmaken voor een veilige

ervaring voor zorggebruikers in een situatie die vaak al spannend genoeg is:

“Het thema moet meer naar leidinggevend en gaan. Dat het tijdens overleggen bespreekbaar wordt gemaakt. In een overleg of in een themadag, dan kun je veel meer bereiken. Vooral als je gaat kijken naar het effect op patiënten en cliënten dat ze gediscrimineerd worden.”

Slotwoord

We vinden het belangrijk om vooral samen meer alert te zijn op mechanismen in de samenleving die discriminatie in stand houden. Zeker in onze op het individu gerichte wereld. Dat klinkt paradoxaal, maar in onze samenleving lijken we soms geneigd te zijn om de vinger te wijzen naar een enkele rotte (lees: racistische) appel. Die op het individu gerichte blik kan ons afleiden van het bredere systeem dat gelijke kansen op, en uitkomsten van goede gezondheid belemmert. Dat geldt zeker in de gezondheidszorg: iedere patiënt of cliënt verdient immers dezelfde kans op gelijke zorg en iedere zorgverlener zet zich met hart en ziel in om die patiënt of cliënt weer gezond naar huis te sturen. Daarom is het nodig om meer naar elkaar om te kijken en waakzaam te zijn voor denkbeelden die vaak als vanzelfsprekend worden gezien.

De ervaringsverhalen die je hebt kunnen lezen, hebben als doel je te voeden met aanknopingspunten voor verandering en je aan te moedigen om het gesprek erover aan te gaan. Met deze verhalen willen we de aandacht en urgentie vergroten om zo bij te dragen aan onze missie om gezondheidsverschillen door discriminatie te verkleinen en te voorkomen.

Wij zien en spreken veel zorgverleners die zich hard maken om discriminatie tegen te gaan. We hebben veel zorgverleners ontmoet die nadenken over hun eigen handelen en over de impact die dit onbedoeld op anderen heeft. Ook horen we van zorggebruikers over die ene zorgverlener die voor hen in deze context het verschil heeft gemaakt. Daarom hopen we dat het tegengaan van discriminatie geen optionele drijfveer wordt. We hopen dat de ervaringsverhalen je hebben geraakt en je meer sensitief hebben gemaakt voor ervaringen met discriminatie van patiënten en cliënten. Want het handelen van een zorgverlener die opstaat voor een patiënt of cliënt kan juist echt dat ene verschil maken.

Bijlage: **Overzicht respondenten**

Wie hebben we gesproken?

Respondentengroep	Grootte	Kenmerken
Zorggebruikers	N = 11	In de zomer van 2021 hebben we een oproep gedaan aan de 'klassieke' groepen met een migratieachtergrond: Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse en Indonesische Nederlanders. Daarnaast hebben ook respondenten met een Syrische, Iraanse en Sinti achtergrond zich aangemeld.
Zorgverleners	N = 8	In de (na)zomer van 2021 hebben we een oproep gedaan aan zorgverleners werkzaam in de huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg. De zorgverleners* die we hebben gesproken hadden de volgende functies: <ul style="list-style-type: none">> Coördinator verpleegafdeling ziekenhuis> Verpleegkundige verpleeghuis> Verzorgende thuiszorg> Medisch specialist ziekenhuis> Arts-assistent/arts-onderzoeker> POH-GGZ> Geestelijk verzorgende ziekenhuis> Huisarts

* Dit betreft zowel zorgverleners met als zonder migratieachtergrond.



**Pharos Expertisecentrum
Gezondheidsverschillen**

Arthur van Schendelstraat 600
3511 MJ Utrecht
www.pharos.nl