

Het systeem verandert niet vanzelf;

de rol van bestuurders en toezichthouders tegen discriminatie

Perspectieven van bestuurders,
toezichthouders en van experts

Januari 2025

BUREAU BUTTER
ONDERZOEK EN ADVIES

DVNDER!
DE KRACHT VAN DIVERSITEIT

**CRITICAL
MASS**

COLOFON

Auteurs: Ewoud Butter (Bureau Butter) & Sharon Polak (Dander)

Met medewerking van: Karin Lachmising & Hester Pronk (Critical Mass).

Met veel dank aan alle zorgbestuurders, experts en professionals die bereid waren hun tijd en inzichten te delen voor deze verkenning. Jullie waardevolle bijdragen en openhartige gesprekken hebben niet alleen bijgedragen aan een diepgaande verkenning, maar bieden ook inspiratie en handvatten voor het tegengaan van discriminatie en het bevorderen van inclusie in de zorg. Dankzij jullie medewerking hebben we een rijk palet aan perspectieven kunnen samenbrengen.

Dit project is mede mogelijk gemaakt door VSBfonds



Vormgeving:

Overname van informatie uit deze publicatie is toegestaan onder voorwaarde van de bronvermelding.

Inhoudsopgave

3.4.

3.5.

3.6.

Samenvatting

Discriminatie in de zorg is niet alleen een bedreiging voor de volksgezondheid, maar ook een schending van de fundamentele waarden gelijkheid en inclusie. Dit rapport plaatst de vraag centraal: hoe kunnen zorgbestuurders in beweging worden gebracht voor een inclusieve en rechtvaardige zorgsector zonder discriminatie? Het rapport heeft een unieke focus op de rol van bestuurders en toezichthouders in de zorg.

Discriminatie manifesteert zich op verschillende niveaus: tussen zorgverleners en patiënten, onder collega's en binnen institutionele structuren waaronder beleid en protocollen. Dit leidt tot verminderde toegang tot zorg, medische fouten en grotere gezondheidsverschillen. Het gebrek aan diversiteit in de top van zorgorganisaties versterkt deze problematiek, omdat een homogene samenstelling inclusieve besluitvorming belemmert.

De beperkte representatie van diverse achtergronden in leidinggevende posities heeft, zo stellen de meeste experts, verstrekking gevolgen voor beleidsvorming, carrière-mogelijkheden en medische protocollen. Machtige netwerken, onderzoeksgroepen en beleidsmakers bestaan vaak uit mensen met vergelijkbare achtergronden en ervaringen. Hierdoor blijven eurocentrische normen dominant en worden verschillende vormen van discriminatie en institutioneel racisme onvoldoende herkend of erkend. Dit benadrukt de noodzaak van een diepgaande bewustwording en verandering op structureel niveau.

De aanbevelingen in dit rapport zijn gebaseerd op deskresearch, interviews met bestuurders en toezichthouders uit de Skipr99-lijst, een enquête, gesprekken met experts en 'Met Andere Ogen gesprekken'. Ze benadrukken dat bestuurders en toezichthouders hun verantwoordelijkheid moeten nemen.

Dat begint met de erkenning dat ook in de eigen zorgorganisatie vooroordelen en discriminatie voorkomen, waardoor er sprake is van kansenongelijkheid voor patiënten en medewerkers. Zonder die duidelijke en structurele aandacht bestaat het risico dat inclusie en de aanpak van discriminatie blijven hangen in vrijblijvendheid of worden ondergesneeuwd door andere prioriteiten. Het gaat om een fundamenteel vraagstuk dat op zichzelf staat en onmiddellijke en specifieke aandacht vereist. Het is de verantwoordelijkheid van bestuurders en toezichthouders om structurele veranderingen te initiëren en beleid te ontwikkelen dat discriminatie tegengaat en inclusie waarborgt. Dit vereist een combinatie van bewustwording, het vergroten van draagvlak, monitoring en samenwerking met bondgenoten.

Verantwoordelijkheden per groep:

1. Zorgbestuurders:

- o Normen stellen tegen discriminatie en optreden als rolmodel voor inclusief leiderschap.
- o Een veilige werk- en zorgomgeving creëren waarin verschillen worden gewaardeerd.
- o Zorgen voor systematische registratie en monitoring van discriminatie-incidenten. Inclusie en discriminatie expliciet integreren in functioneringsgesprekken en prestatie-indicatoren.
- o Samenwerking met ervaringsdeskundigen, minderheidsgroepen, experts, inclusienetwerken en invloedrijke partijen om structurele oorzaken van (institutionele) discriminatie aan te pakken.

2. Raad van Toezicht:

- o Toezien op diversiteit in de top van organisaties en de naleving van inclusiebeleid.
- o Jaarlijks verantwoording vragen over de voortgang van antidiscriminatiemaatregelen.

Het rapport gaat ook in op de taken van andere groepen, zoals HR-afdelingen, die een belangrijke rol spelen bij het bevorderen van een inclusieve cultuur en het ondersteunen van medewerkers. Daarnaast is er aandacht voor externe partijen zoals overheidsinstanties, kennisinstituten en brancheorganisaties. Zij kunnen een cruciale rol spelen door zorgorganisaties te ondersteunen met richtlijnen en best practices. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars en beleidsmakers bijdragen door financiële prikkels en beleidsaanpassingen in te voeren die inclusie bevorderen.

Inspirerende voorbeelden uit de praktijk, zoals diversiteitsinitiatieven bij werving en inclusieve workshops, tonen aan dat verandering mogelijk is. Succes vereist echter samenwerking tussen interne en externe stakeholders en het actief doorbreken van gevestigde patronen.

De strijd tegen discriminatie begint bij zorgbestuurders persoonlijk. Alleen door inclusie tot kernwaarde te maken, kunnen zij recht doen aan de diversiteit van patiënten, cliënten en medewerkers. Dit rapport biedt concrete strategieën om van bewustwording naar actie over te gaan.

1. Inleiding

Inleiding

Discriminatie in de gezondheidszorg heeft ernstige gevolgen voor zowel patiënten als zorgmedewerkers. Het belemmert gelijke toegang tot zorg, verergert maatschappelijke ongelijkheid en heeft een directe invloed op de volksgezondheid. Deze vorm van discriminatie komt op verschillende niveaus voor: tussen patiënten en zorgverleners, tussen medewerkers in de zorg onderling en tussen patiënten. Daarnaast blijkt dat organisatiecultuur en medische protocollen onbedoeld vaak bijdragen aan discriminatie.

In dit rapport wordt de rol van bestuurders en toezichthouders onderzocht bij het bestrijden van discriminatie in de zorg. Zij hebben de mogelijkheid om structurele en culturele veranderingen in gang te zetten. Hiermee kunnen ze discriminatie op alle niveaus aanpakken en een basis leggen voor inclusieve en gelijkwaardige zorg voor iedereen.

Mensenwerk en werken met mensen

Hoewel vooroordelen – zowel bewust als onbewust – onvermijdelijk zijn in ons denkproces, kunnen ze leiden tot ongelijke behandeling, stereotypering en discriminatie. Vooroordelen en discriminatie kunnen letterlijk ziek maken.¹ Ze kunnen de gezondheid van patiënten ondermijnen door medische fouten, verkeerde diagnoses en behandelplannen, met het risico dat de patiënten juist zieker worden, de zorg als geheel gaan mijden (Kolsté & Venderbos, 2022) en eerder sterven (Liverpool, 2024).

Voor zorgmedewerkers kan discriminatie betekenen dat ze met minder plezier hun werk doen, ziek worden, of de zorg verlaten. Uit onderzoek blijkt dat één op de vijf zorgmedewerkers te maken heeft met discriminatie (Ipsos, 2021), wat hun werkplezier en gezondheid aantast en in sommige gevallen zelfs leidt tot het verlaten van de zorgsector (Duijs, 2022). Met een tekort van ongeveer 60.000 medewerkers in een sector die jaarlijks meer dan 100 miljard euro kost, is het ook economisch noodzakelijk om discriminatie actief te bestrijden.

Wettelijke en maatschappelijke plicht voor gelijke toegang

Zorginstellingen dragen de verantwoordelijkheid om gelijke toegang tot gezondheidszorg te waarborgen en discriminatie actief tegen te gaan. Artikel 1 van de Grondwet, dat voorschrijft dat iedereen gelijk behandeld moet worden ongeacht geslacht, afkomst, geloof of politieke overtuiging, vormt hiervoor de wettelijke basis. Dit betekent onder meer dat zorginstellingen verantwoordelijk zijn voor het aanpakken van vooroordelen in behandelpraktijken, het wegnemen van taal- en culturele barrières, en het creëren van inclusieve werkomgevingen. Naast deze juridische verplichting rust er een morele verantwoordelijkheid op zorginstellingen om niet alleen reactief, maar ook proactief gelijke kansen en inclusie te bevorderen. De overheid speelt een cruciale rol door regelgeving, handhaving en ondersteuning; bijvoorbeeld via richtlijnen en financiële prikkels.

¹ Uit onderzoek blijkt dat discriminatie kan leiden tot fysieke klachten zoals hoge bloeddruk, obesitas en hart- en vaatziekten. Ook mentale gezondheidsproblemen zoals chronische stress, depressie, angst en slaapproblemen komen vaak voor. Daarnaast is er een verhoogd risico op alcoholmisbruik en verslaving, en zelfs veranderingen in het DNA kunnen optreden door herhaalde discriminatie (Bron: Pharos over discriminatie en gezondheid.)

Discriminatie in de zorg: urgentie en stappen in Nederland

Discriminatie en racisme worden wereldwijd erkend als bedreigingen voor de volksgezondheid. In 2022 benadrukte de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) dat rassendiscriminatie grote ongelijkheden in de zorg veroorzaakt. The Lancet noemde racisme zelfs een “wereldwijde gezondheids crisis” en publiceerde artikelen over de schadelijke effecten van discriminatie. In Nederland pleitte de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) in 2020 voor een inclusievere zorgsector, omdat discriminatie de sector minder aantrekkelijk maakt. Nederlandse expertisecentra zoals Pharos en Movisie, nieuwe netwerken als het Nationaal Netwerk Inclusieve Zorg, evenals enkele individuen (wetenschappers, politici), vaak zelf van kleur, hebben de impact van discriminatie en racisme in de zorg verder op de agenda gezet.

De sleutelrol van zorgbestuurders en toezichthouders

Hoewel er diverse initiatieven zijn om discriminatie in de zorg tegen te gaan en inclusie te bevorderen, krijgt de cruciale rol van bestuurders en toezichthouders nog te weinig aandacht. Duurzame verbeteringen vereisen hun actieve betrokkenheid en daadkracht. Zij spelen een sleutelrol in het doorvoeren van structurele veranderingen, het stimuleren van een inclusieve cultuur en het ontwikkelen van beleid dat gelijke kansen bevordert en discriminatie bestrijdt. In dit rapport wordt onderzocht wat bestuurders en toezichthouders nodig hebben om deze rol effectief te vervullen en zo bij te dragen aan een rechtvaardige en inclusieve zorgsector.

Voor dit onderzoek naar discriminatie in de zorg zijn zowel bestuurders als toezichthouders geïnterviewd. Omwille van de leesbaarheid worden zij in dit onderzoek gezamenlijk aangeduid als “zorgbestuurders.” In de praktijk richten bestuurders zich op de dagelijkse leiding en uitvoering van beleid, terwijl toezichthouders een controlerende en adviserende rol vervullen. Toch delen zij belangrijke gemeenschappelijke verantwoordelijkheden, met name de plicht om te zorgen voor een inclusieve zorgomgeving waarin iedereen gelijke kansen heeft.

In deze verkenning ligt de nadruk op deze gedeelde verantwoordelijkheid. We hebben met hen gesproken over hun visie en aanpak rondom het bevorderen van inclusiviteit en het tegengaan van discriminatie binnen de zorgsector. De aanbevelingen richten zich op hoe zorgorganisaties, zowel op uitvoerend als toezichthoudend niveau, discriminatie kunnen aanpakken en een inclusieve cultuur kunnen bevorderen. Ze bieden concrete handvatten voor beleid en praktijk, met oog voor de gedeelde en specifieke verantwoordelijkheden van bestuurders en toezichthouders.

Verkenning mogelijk gemaakt door VSBfonds

Deze verkenning is een onderdeel van een breder project, waarin de organisaties DANDER, Critical Mass en zelfstandig onderzoeker Ewoud Butter samenwerken. Dit samenwerkingsverband ontstond na een initiatief van VSBfonds om met stakeholders uit het veld op het terrein van discriminatie een Expertisenetwerk Racisme, Discriminatie en Vooroordelen op te zetten.

De kernvraag van dit project, dat door VSBfonds wordt gefinancierd, luidt: “Wat is er nodig om bestuurders als partners te betrekken en hen een voortrekkersrol te laten spelen in het tegengaan van discriminatie in de zorg?”

Onderzoeksmethode

Voor deze verkenning namen Sharon Polak (Dander) en Ewoud Butter het onderzoekswerk voor hun rekening. Zorgbestuurders werden gevraagd wat er volgens hen nodig is om discriminatie effectief tegen te gaan. De focus lag op bestuurders die op de Skopr99-lijst (versie 2024) staan, een lijst met de meest invloedrijke personen in de zorgsector. Uiteindelijk werden met tien bestuurders gesprekken gevoerd en nog eens tien vulden een enquête in. Een overzicht van de geïnterviewde bestuurders is opgenomen als bijlage.

Daarnaast zijn veertien experts geïnterviewd, ieder met een belangrijke bijdrage aan het bevorderen van gelijke kansen in de zorg. Deze experts vertegenwoordigen een breed scala aan kennis en ervaring, van beleidsvorming tot wetenschappelijk onderzoek en maatschappelijke campagnes. Een overzicht van de geïnterviewde experts is opgenomen als bijlage.

Tot slot zijn er door Karin Lachmising en Hester Pronk, beiden van Critical Mass, drie Met Andere Ogen sessies georganiseerd met leidinggevend van twee zorginstellingen. Met Andere Ogen is een workshop die organisaties aanzet stappen te nemen richting een inclusieve werkomgeving door middel van een virtual reality (VR) ervaring. Deelnemers ervaren via een VR-bril situaties van inclusie en uitsluiting, met een focus op de rol van omstanders. Dit dient als startpunt voor groepsgesprekken waarin perspectieven, ervaringen en inzichten worden gedeeld. De workshop bevordert begrip, bewustwording en betrokkenheid, creëert ruimte om te reflecteren en brengt mensen in beweging om actie te ondernemen. De uitkomsten van deze gesprekken zijn meegenomen in dit rapport.

Leeswijzer

In dit rapport onderzoeken we hoe zorgbestuurders in Nederland gelijke kansen in de zorg kunnen bevorderen en discriminatie tegen kunnen gaan. Het biedt inzicht in hun ervaringen, percepties en obstakels, gebaseerd op gesprekken met bestuurders en experts. Het rapport is gericht op zorgprofessionals en beleidsmakers die inclusie en antidiscriminatie willen versterken.

In dit rapport wordt het woord 'patiënten' als overkoepelende term voor gebruikers van de zorg. Hiermee bedoelen we niet alleen mensen die medische zorg ontvangen, maar ook cliënten, bewoners en anderen die afhankelijk zijn van zorgdiensten. We hebben gekozen voor deze term om de leesbaarheid van het rapport te vergroten, zonder de diversiteit van zorggebruikers uit het oog te willen verliezen.

- Hoofdstuk 1: Inleiding met definities van kernbegrippen zoals diversiteit, inclusie en institutionele discriminatie.
- Hoofdstuk 2: Analyse van de aard en omvang van discriminatie in de zorg.
- Hoofdstuk 3: Ervaren en perspectieven van zorgbestuurders, inclusief hun uitdagingen, aanpak en potentiële bondgenoten.
- Hoofdstuk 4: Inzichten van veertien experts over belemmeringen en kansen voor bestuurders bij antidiscriminatiebeleid, inclusief de resultaten van de Met Andere Ogen-sessies.
- Hoofdstuk 5: Conclusies en aanbevelingen voor zorgbestuurders.
- Bijlagen: Overzicht van geïnterviewde bestuurders, experts en geraadpleegde literatuur.

Definities diversiteit, inclusie, discriminatie, racisme, 'ras', institutionele discriminatie en intersectionaliteit

In deze publicatie komt een aantal begrippen met regelmaat terug. Hieronder volgen korte omschrijvingen van deze begrippen.

Diversiteit omvat de breedte van alle verschillen tussen mensen, zowel zichtbare kenmerken, zoals huidskleur, geslacht en leeftijd, als onzichtbare aspecten zoals psychische gezondheid, neurodiversiteit, seksuele voorkeur, sociale klasse en religieuze overtuiging. Een diverse samenleving of een diverse organisatie is nog niet inclusief.

Inclusieve samenleving is een samenleving waarin iedereen mee kan doen en niemand wordt uitgesloten. Iedere burger moet de kans hebben om zich gelijkwaardig te ontwikkelen, ongeacht leeftijd, sekse, beperking, seksuele voorkeur, opleidingsniveau, etniciteit of godsdienst. (Begrippenlijst Discriminatie en Inclusie | KIS, [z.d.]) Een inclusieve samenleving of organisatie kenmerkt zich door gelijke kansen en het actief tegengaan van discriminatie.

Discriminatie is 'het nadelig behandelen van personen omdat zij behoren, of gerekend worden, tot een bepaalde groepering' (Andriessen et al., 2020). In Nederland is discriminatie verboden. Discriminatie kan zich op verschillende manieren uiten, zoals negatieve bejegening, ongelijke behandeling en in de vorm van vernieling, bedreiging of geweld. We spreken van discriminatie wanneer iemand anders wordt behandeld vanwege zijn of haar godsdienst, levensovertuiging, politieke overtuiging, afkomst (soms aangeduid als 'ras'), geslacht, nationaliteit, seksuele geaardheid, burgerlijke staat, handicap, chronische ziekte of leeftijd (zie: College voor de Rechten van de Mens; Begrippenlijst Discriminatie en Inclusie | KIS, z.d.) Discriminatie en racisme zijn niet alleen maatschappelijke problemen, maar kunnen ook ingebed zijn in de structuren en cultuur van zorgorganisaties. Dit rapport onderzoekt hoe zorgbestuurders hierop invloed kunnen uitoefenen.

Racisme is "een theorie, idee of opvatting, met als inhoud een onderverdeling van mensen in groepen op basis van een verondersteld 'ras', waarbij een of meer groepen als superieur en/of als minderwaardig worden beschouwd. Het gaat hierbij vrijwel steeds om uiterlijke kenmerken zoals huidskleur en haartype, maar soms ook om culturele aspecten van 'ras' of etniciteit, of om (nationale) herkomst of migratieachtergrond" (Staatscommissie tegen Discriminatie en Racisme, 2024).

'Ras' wordt tussen aanhalingstekens geschreven om aan te geven dat het een juridisch en sociaal geconstrueerde term is. Het is geen biologisch bestaand concept. Het gebruik ervan kan onbedoeld suggereren dat er biologische rassen onder mensen bestaan, terwijl dit wetenschappelijk niet wordt ondersteund. Tegelijk wordt de term juridisch nog wel gebruikt om bescherming te bieden tegen discriminatie op basis van huidskleur, afkomst of etnische afstamming.

Institutionele discriminatie krijgt de laatste jaren steeds meer aandacht. In dit verband wordt ook vaak gesproken over institutioneel racisme, dat zich bijvoorbeeld manifesteerde in het Toeslagenschandaal, bij het ministerie van Buitenlandse Zaken (Omlo et al., 2022) en bij verschillende gemeenten (Kros et al., 2023). Wanneer een collega een andere collega discrimineert, spreken we in eerste instantie van 'interpersoonlijke discriminatie'. Wanneer procedures (zowel geschreven als ongeschreven), regels, en sociaal ingesloten gedrag binnen een organisatie discriminatie mogelijk maken of niet corrigeren, waardoor het blijft voortbestaan, kan dit beschouwd worden als institutionele discriminatie of racisme (Omlo et al., 2022; Kros et al., 2023; Felten & Daru, 2023). Institutionele discriminatie in de zorg kan verschillende vormen aannemen. Zo kan ongelijkheid ingebouwd zijn in de cultuur van een organisatie, in selectieprocessen, netwerken, protocollen of medische instrumenten. Dit kan ertoe leiden dat mensen met een migratieachtergrond of andere minderheden systematisch worden benadeeld.

Intersectionaliteit, een concept geïntroduceerd door de rechtsgeleerde Kimberlé Crenshaw, legt uit hoe sociale categorieën zoals gender, etniciteit, klasse, seksualiteit, leeftijd, en religie samen iemands maatschappelijke positie en ervaringen bepalen. Het helpt begrijpen hoe verschillende vormen van discriminatie en privilege elkaar kruisen en versterken. Volgens cultuurhistoricus Nancy Jouwe toont het hoe "alle vormen van discriminatie óf privilege – denk bijvoorbeeld aan gender, klasse, ras, seksualiteit, leeftijd, religie, gezondheid – samen bepalen hoeveel of weinig macht iemand heeft" (Soudagar, 2022).

2. Discriminatie in de zorg, een korte introductie

In Nederland is discriminatie in de zorg pas sinds enkele jaren onderwerp van aandacht en onderzoek. Het betreft een relatief nieuw terrein waar nog veel onbekend is. Hoewel er slechts een beperkt aantal studies beschikbaar is, zoals die van kenniscentra Movisie en Pharos, bieden deze waardevolle inzichten. In dit hoofdstuk presenteren we, op basis van deze studies en onze gesprekken met experts, een beknopte inleiding op de aard en omvang van discriminatie in de zorg.

Discriminatie in de zorg komt voor op verschillende niveaus (Harnacke et al., 2023):

- Tussen medewerkers – zowel onderling als in hiërarchische verhoudingen.
- Tussen medewerkers en cliënten – waarbij discriminatie van beide kanten voorkomt.
- Tussen cliënten onderling – waarbij onderlinge vooroordelen en uitsluiting een rol spelen.
- Institutionele discriminatie – discriminatie ingesleten in de structuren en cultuur van een organisatie.

Hoe vaak komt discriminatie in de zorg voor?

In een literatuurstudie concludeert Movisie (Harnacke et al., 2023) dat er op geen enkel beleidsterrein binnen de zorg (curatieve zorg, langdurige zorg, maatschappelijke ondersteuning en cliëntondersteuning) een helder zicht is op de aard en omvang van discriminatie en racisme. Het is nog onduidelijk hoe vaak discriminatie voorkomt en op welke gronden (zoals afkomst, geslacht, sekse, religie). Veel studies zijn voornamelijk kwalitatief, met weinig concrete cijfers over de discriminatie die patiënten en cliënten ervaren. De jaarlijkse rapporten van de antidiscriminatievoorzieningen (ADV's) en de politie geven ook niet meer zicht op de aard en omvang. Discriminatie in de zorg valt bij hen onder het bredere domein van 'collectieve voorzieningen'. Daarnaast geeft het aantal meldingen van discriminatie een heel beperkte indicatie van de omvang, aangezien slechts 3% van de mensen die discriminatie ervaart, hiervan melding doet (Andriessen et al., 2020). In 2024 is door Kantara in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een breed kwantitatief en kwalitatief onderzoek uitgevoerd, dat hier binnenkort meer duidelijkheid over zal brengen.

Er is wel een aantal onderzoeken naar discriminatie-ervaringen van patiënten en van zorgprofessionals die de moeite waard zijn te vermelden.

Discriminatie-ervaringen van patiënten

Uit onderzoek van het SCP blijkt dat 4% van de Nederlanders die in 2018 een zorginstelling bezochten, discriminatie heeft ervaren. Vooral Turkse Nederlanders (18%) en Marokkaanse Nederlanders (14%) geven aan vaker discriminatie in de zorg te ondervinden (Andriessen et al., 2020).

Een ander onderzoek onder mensen met een migratieachtergrond toont aan dat 54% zorgdiscriminatie ervaart, waarbij vrouwen 2,3 keer vaker discriminatie rapporteren dan mannen (Zemouri, 2022). Mensen worden vooral gediscrimineerd op grond van hun afkomst, achternaam, cultuur en religie. Discriminatie blijkt bovendien een belangrijke factor in het verklaren van ongelijkheid in gezondheid (Zemouri et al., 2024). Het leidt tot slechtere toegang tot zorg, een lagere kwaliteit van zorg en daardoor verslechterde mentale en fysieke gezondheid. Daarnaast worden patiënten met een migratieachtergrond door discriminatie vaak minder serieus genomen, wat de ongelijkheid in gezondheidsuitkomsten verder vergroot.

Een van de experts die wij voor deze verkenning interviewden, wees er tijdens het gesprek op dat discriminatie door professionals niet altijd bewust plaatsvindt: "We spraken voor een kwalitatief onderzoek bijvoorbeeld een huisarts die niet beseftte dat zijn gebrek aan kennis over bepaalde huidandoeningen bij mensen met een donkere huid leidde tot vertraagde diagnoses en daardoor slechtere gezondheidsuitkomsten. Deze huisarts dacht dat hij geen discriminatie pleegde, maar zijn gebrek aan kennis zorgde onbedoeld wel voor ongelijke behandeling."

Discriminatie-ervaringen van zorgmedewerkers

Ook zorgmedewerkers krijgen te maken met discriminatie. Uit onderzoek van Ipsos (2021) blijkt dat 19% van de zorgmedewerkers in de voorafgaande twaalf maanden discriminatie ervoeren, voornamelijk van patiënten of cliënten en in 6% van de gevallen van collega's of leidinggevendenden.

Onderzoek van Nhass en Poerwoatmodjo (2021) toont aan dat zorgverleners van kleur en/ of met een migratieachtergrond regelmatig te maken hebben met directe en indirecte discriminatie en vooroordelen. Eén van de onderzoekers, Hanan Nhass, lichtte in een gesprek toe: "Veel zorgverleners van kleur die we hebben geïnterviewd worden soms direct geconfronteerd met vooroordelen, zoals de vraag of ze wel de juiste diploma's hebben. Sommige patiënten koppelen hun uiterlijk aan een vermeend gebrek aan deskundigheid, wat ik ernstig vind. Een andere belangrijke conclusie van ons onderzoek was dat veel zorgverleners van kleur discriminatie niet melden bij een vertrouwenspersoon of meldpunt, vaak omdat deze personen te ver van hun situatie af staan."

Uit onderzoek blijkt dat werknemers van kleur in de Rotterdamse ouderenzorg vaak worden geconfronteerd met discriminatie, zoals agressie, fysiek geweld en bedreigingen vanwege hun afkomst of huidskleur (Harnacke et al., 2023). Ze krijgen te maken met beledigende opmerkingen en weigeringen door cliënten. Volgens het CBS heeft 59,8% van de zorg- en welzijnsmedewerkers in 2023 agressie ervaren van patiënten of cliënten. Daarnaast geeft 14,6% aan discriminatie te hebben ondervonden op het werk, bijvoorbeeld op basis van huidskleur, geslacht, geloof of seksuele geaardheid (Daru et al., 2024). In de thuiszorg worden zorgmedewerkers vaak geweigerd door cliënten; de deur blijft gesloten of wordt direct weer dichtgegooid met de boodschap dat de zorgverlener niet welkom is (Van der Tuin & Fiere, 2022).

Ervaringen met discriminatie kunnen leiden tot ziekteverzuim of het vertrek van medewerkers. Zo laat onderzoek van Saskia Duijs zien dat laagbetaalde zorgmedewerkers met een migratieachtergrond in de ouderenzorg zonder uitzondering te maken hebben met racisme (Duijs et al., 2022). Voor 21 van de 35 door haar geïnterviewde professionals was racisme een van de belangrijkste redenen om hun baan op te zeggen en als zzp'er verder te gaan.

Institutionele discriminatie in de zorg

De minst tastbare, maar waarschijnlijk meest ingrijpende vormen van discriminatie en racisme zijn institutionele vormen. De experts die we voor deze verkenning spraken, belichten verschillende vormen van institutionele discriminatie die binnen de zorgsector plaatsvinden.

Zo toonde Lianne Mulder met haar grootschalige onderzoek kansenongelijkheid aan binnen de selectieprocessen van geneeskundestudies (Mulder et al., 2023). Hierdoor hebben kandidaten met een niet-Europese achtergrond, zoals mensen van Turkse of Marokkaanse afkomst, veel minder kans om toegelaten te worden tot deze studies, zelfs als ze op andere vlakken net zo goed of beter presteren dan hun Europese leeftijdsgenoten (Butter, 2024c). Daarnaast concludeerde Mulder dat professionals van niet-Europese achtergrond minder kans maken op promotie of specialisatie omdat ze geen onderdeel vormen van cruciale netwerken, niet deelnemen aan de vrijdagmiddagborrel of niet meegaan op de jaarlijkse skivakantie. Het belang van dergelijke netwerken bleek ook uit een heel ander voorbeeld dat één van de geïnterviewde experts met een migratieachtergrond gaf: zijn vader ontving pas goede zorg toen de specialist ontdekte dat de expert, net als de specialist, lid was van de Rotary.

In haar promotieonderzoek concludeerde Chantal van Andel (2022) dat geneeskundestudenten met een migratieachtergrond aanzienlijk lagere cijfers krijgen tijdens hun coschappen dan studenten zonder migratieachtergrond. Ze richten zich vaker op het voorkomen van fouten en hebben vaker het gevoel dat ze oneerlijk behandeld worden. Bovendien hebben ze minder vertrouwen in hun beoordelaars, ongeacht de cijfers die ze krijgen voor hun coschappen.

Daarnaast is nog steeds veel medisch onderzoek gericht op witte mensen (vooral mannen). Een consequentie hiervan is dat ook protocollen en instrumenten afgestemd zijn op witte mensen. Een voorbeeld hiervan is de vingeroximeter, een apparaat waarmee zuurstof in het bloed wordt gemeten. Dit apparaat werkt minder goed bij mensen met een donkere huidskleur, wat kan leiden tot minder nauwkeurige resultaten, zoals het onderschatten van hypoxemie, een laag bloedzuurstofniveau (Butter, 2024-1).

Een ander voorbeeld van de blijvende invloed van racistische vooroordelen, geworteld in het koloniale verleden, is het gebruik van 'ras' als factor in de medische praktijk. Hoewel wetenschappelijk allang is vastgesteld dat er geen verschillende menselijke rassen bestaan,

blijft 'ras' in sommige medische protocollen een rol spelen. Charifa Zemouri en Bahar Goodarzi, die voor deze verkenning zijn geïnterviewd, hebben beiden aandacht gevraagd voor de gevolgen hiervan. Zemouri bekritiseerde bijvoorbeeld het gebruik van rassenindelingen bij longfunctietesten. Deze praktijken kunnen ertoe leiden dat longziekten bij zwarte patiënten later worden gediagnosticeerd, met mogelijk ernstige gevolgen (Butter, 2024-2).

Een ander voorbeeld is het stereotype dat zwarte mensen een dikkere huid hebben en minder pijn voelen. Dit onjuiste vooroordeel kan ervoor zorgen dat zij minder snel adequate pijnstilling krijgen.

Goodarzi promoveerde op risicoselectie in de geboortezorg en concludeerde dat de aanname dat het bekken van witte vrouwen beter geschikt zou zijn voor bevallingen, zwarte vrouwen en vrouwen van kleur blootstelt aan een verhoogd risico op onnodige keizersneden (Butter, 2024-1).

3. Perspectieven van zorgbestuurders

In dit hoofdstuk bespreken we hoe zorgbestuurders discriminatie binnen hun organisaties waarnemen. Daarnaast gaan we in op de rol die zij zien voor bestuurders en toezichthouders bij het bevorderen van inclusie en de obstakels die zij ervaren bij het tegengaan van discriminatie.

De inzichten, gebaseerd op gesprekken met tien bestuurders en een enquête onder deelnemers van de Skipr99-ranglijst, bieden een uniek perspectief op leiderschap binnen de zorg. Daarnaast verkennen we hoe zij bondgenoten zoeken, zowel binnen als buiten hun organisaties, om verandering te realiseren.

3.1. Profiel van zorgbestuurders die hebben deelgenomen

Voor onze verkenning hebben we invloedrijke zorgbestuurders benaderd, geselecteerd op basis van de Skipr99 (versie 2024). Dit is een ranglijst van de meest invloedrijke personen in de zorgsector die wordt gepubliceerd door Skipr, een Nederlands platform dat nieuws, analyses en achtergrondinformatie biedt over de zorgsector. Op de Skipr99 worden geen ministers vermeld, maar Tweede Kamerleden en senatoren kunnen wel worden opgenomen als ze een toezichthoudende rol in de zorg vervullen. De ranglijst wordt samengesteld op basis van een scoringsinstrument dat kijkt naar de zwaarte van de functie, het netwerk en de reikwijdte van invloed. Een panel van experts bewaakt de nauwkeurigheid van deze beoordelingsmethode.

De Skipr99 geeft inzicht in de samenstelling van de top van de zorgsector en legt tegelijkertijd een pijnpunt bloot: diversiteit in herkomst ontbreekt vrijwel volledig. Op een enkele uitzondering na zijn alle zorgbestuurders op de lijst 'wit'.

Deelnemers aan persoonlijke interviews

De groep geïnterviewden bestaat uit tien invloedrijke leiders in de zorgsector, zeven mannen en drie vrouwen. Slechts één deelnemer heeft een migratieachtergrond. De leeftijden variëren van 41 tot 65 jaar, met een meerderheid in de leeftijdscategorie van 50 tot 65 jaar.

De geïnterviewden bekleeden diverse functies, waarbij velen meerdere rollen tegelijkertijd vervullen (zie ook Popping, 2024). De meesten zijn voorzitter van een Raad van Bestuur en enkelen zijn lid van een Raad van Bestuur. Twee van hen zijn daarnaast voorzitter van een branchevereniging.

Ze leiden organisaties van 80 tot 7.400 werknemers. Naast deze medewerkers werken er in hun organisaties vaak ook aanzienlijke aantallen vrijwilligers (400 tot 2.500). Sommige zorgorganisaties omvatten instellingen met honderden medisch specialisten. Ook geven

zij leiding aan brancheverenigingen die honderden zorgorganisaties vertegenwoordigen. Om vertrouwelijkheid te waarborgen, zijn citaten geanonimiseerd. De namen van de geïnterviewden zijn opgenomen in de bijlage.

Deelnemers aan de enquête

Naast de persoonlijke interviews hebben we aanvullende inzichten verzameld via een korte enquête. Hier hebben tien andere zorgbestuurders uit de Skipr99 anoniem aan deelgenomen.

Hoewel de enquête minder gedetailleerd is, biedt deze waardevolle aanvullende informatie. Geen van de respondenten heeft een migratieachtergrond. Hun functies zijn divers: vier zijn lid van een Raad van Bestuur, drie zijn lid van een Raad van Toezicht, en één is directeur of CEO. De leeftijden variëren van 41 tot 67 jaar, en de groep bestaat uit zes mannen en vijf vrouwen. Meer dan de helft van de respondenten werkt in Noord-Holland, voornamelijk in Amsterdam. Daarnaast zijn er twee werkzaam in Zuid-Holland en komt er zowel uit Utrecht als Noord-Brabant één respondent.

Betrokkenheid van deelnemers bij de onderwerpen discriminatie en inclusie

De motivatie van de zorgbestuurders om deel te nemen aan onze verkenning komt voort uit een combinatie van persoonlijke ervaringen en maatschappelijke betrokkenheid. Verschillende bestuurders deelden persoonlijke verhalen over discriminatie, uitsluiting of pesten in hun eigen leven of dat van naasten. Deze ervaringen hebben hun bewustzijn van deze problematiek vergroot. Anderen benadrukten hun sterke maatschappelijke betrokkenheid en het besef dat hun geprivilegieerde positie hen niet alleen verantwoordelijk maakt, maar ook mogelijkheden biedt om verandering te stimuleren. Hierover meer in paragraaf 3.4.

Opvallend was de openheid waarmee de zorgbestuurders deze thema's bespraken. Velen gaven aan zoekende te zijn naar manieren om complexe vraagstukken rondom discriminatie en inclusie effectief aan te pakken binnen hun organisaties. De gesprekken boden een gelegenheid om gedachten te ordenen, dilemma's te bespreken en nieuwe inzichten op te doen. Daarnaast uitten meerdere bestuurders interesse in de uitkomsten van deze verkenning. Zij hoopten dat de aanbevelingen en inzichten hen praktische handvatten zouden bieden om beleid en praktijk rondom discriminatie en inclusie te verbeteren.

3.2. Hoe namen de geïnterviewden discriminatie waar in de eigen organisatie(s)?

Aan de zorgbestuurders die deelnamen aan de enquête werd gevraagd hoe vaak zij denken dat discriminatie voorkomt in hun organisaties. Ze hebben de indruk dat de meest voorkomende vorm van discriminatie afkomstig is van patiënten en gericht is tegen medewerkers en in mindere mate tegen andere patiënten. De meerderheid vermoedt dat discriminatie door medewerkers en leidinggevenden ook voorkomt, maar minder vaak dan door patiënten. Een deelnemer aan de enquête suggereerde als mogelijke verklaring voor

ervaren discriminatie in de zorg dat de academische setting, waarin een hiërarchie op basis van kennis bestaat, kan bijdragen aan een gevoel van discriminatie bij medewerkers en patiënten die lager op de kennisladder staan. Slechts een paar bestuurders vermoeden dat medewerkers of patiënten in hun organisatie te maken krijgen met institutionele vormen van discriminatie.

Van de persoonlijk geïnterviewden vertelden drie bestuurders dat er concrete gegevens binnen hun organisatie verzameld worden over discriminatie en/of inclusie. De andere zeven zeggen geen specifieke discriminatiecijfers te kennen.

Soms bieden algemene medewerkerstevredenheidsonderzoeken en klachtenfunctionarissen de mogelijkheid om ervaren discriminatie te melden, maar de geïnterviewden kennen geen specifieke cijfers erover.

- Een bestuurder vertelde bijvoorbeeld *'geen informatie over discriminatie 'uit eerste hand te hebben'*. Er wordt sociaalpsychologische onveiligheid gemeten in medewerkersveiligheidsonderzoeken, discriminatie wordt hierin echter niet expliciet benoemd. Er is wel open ruimte op het formulier voor medewerkers die hierover iets willen melden.
- Dat gegevens van gebeurtenissen van discriminatie niet specifiek verzameld worden, vertelt ook een andere bestuurder over protocollen voor klachtenbehandeling: *'Discriminatie is daarbinnen geen specifiek thema'*.

Het kan zijn dat de gegevens specifiek over discriminatie wel verzameld worden in hun organisaties, maar de bestuurders kennen ze niet en gebruiken ze niet om de organisaties mee te (be)sturen. In het kader van tegengaan van discriminatie en bevorderen van inclusie benoemen respondenten vaak zelf spontaan dat de besturende organen wit zijn en dat ze drempels ervaren om daar iets aan te doen.

Beleving en prioritering van discriminatie en inclusie binnen bestuur

Uit de interviews blijkt dat maatschappelijke ontwikkelingen zoals #MeToo, de Black Lives Matter-beweging en incidenten zoals bij The Voice hebben geleid tot meer aandacht voor discriminatie en inclusie bij zorginstellingen. Deze bewegingen hebben bijgedragen

aan een groter besef van gevoelens van onveiligheid binnen organisaties. Voor sommige bestuurders waren concrete gebeurtenissen, zoals mediaberichten over discriminatie in hun eigen organisatie, een wake-up call. Eén bestuurder vertelde: "Wat ik wel wist, is dat het speelde tussen cliënten en zorgverleners. Maar dat het op de werkvloer intercollegiaal nog zo'n thema was, had ik me echt niet gerealiseerd."

Hoewel vrijwel alle bestuurders erkennen dat diversiteit en inclusie belangrijk is, krijgt het thema in de praktijk vaak niet de hoogste prioriteit. Argumenten vóór een sterke focus op diversiteit en inclusie zijn onder andere het belang voor goed werkgeverschap, het waarborgen van sociale en psychologische veiligheid, en het vergroten van gezamenlijke wijsheid binnen organisaties. Een enkele bestuurder koppelde dit expliciet aan discriminatie op de werkvloer en noemde dat sommige zorgmedewerkers ervoor kiezen zzp'er te worden vanwege ervaren discriminatie.

Toch blijkt uit gesprekken dat het thema discriminatie en inclusie wisselend wordt beleefd en geprioriteerd. Sommige bestuurders ervaren dat het onderwerp in hun netwerk nauwelijks leeft: “Als je collegabesturen spreekt, leeft het bij heel weinig mensen. Het vibreert nauwelijks. Dat valt mij op.” Daarnaast wordt inclusie soms afgedaan als een modeverschijnsel, of bestuurders verdedigen zichzelf met opmerkingen als: “Ja, maar ik doe er al heel veel aan, kijk maar hoeveel er rondloopt.”

Ook binnen de eigen organisaties wordt inclusie vaak niet als topprioriteit gezien. Hoewel het thema aandacht krijgt, wordt het vaak in de middenmoot van prioriteiten geplaatst. Bestuurders omschrijven dit als een “halve prioriteit”: er is enige aandacht, maar het heeft niet de hoogste urgentie. Een bestuurder noemt het wel een hoge prioriteit en zegt dat er veel aan gedaan wordt, maar dat dit niet gematerialiseerd is in echt beleid. Deze uiteenlopende reacties maken duidelijk dat discriminatie en inclusie weliswaar worden erkend als belangrijk, maar dat er veel werk nodig is om dit structureel te verankeren in beleid en praktijk. Op drempels die bestuurders tegenkomen wordt hieronder ingegaan.

3.3. Obstakels en weerstanden die bestuurders ervaren bij het agenderen van discriminatie

Ondanks de brede erkenning van het belang van diversiteit en inclusie, stuiten zorgbestuurders op aanzienlijke obstakels bij het agenderen en aanpakken van discriminatie. Deze obstakels hebben zowel praktische als culturele en institutionele oorzaken.

Veel andere prioriteiten

Bestuurders noemden dat acute problemen, zoals personeelstekorten en financiële druk, vaak voorrang krijgen.

- *“Inclusie komt daardoor te vaak op een tweede plaats,”* zei één van hen.
- Een ander gaf aan: *“Iedereen zegt dat inclusie belangrijk is, maar de praktijk is weerbarstig.”*

Daarnaast gaven enkele bestuurders aan dat ze zelf geen tijd hebben om zich met dit onderwerp bezig te houden. Het gebrek aan middelen, zoals budget en tijd, wordt ook genoemd.

- *“Gezien andere problemen in de zorg wordt er weinig prioriteit gegeven aan inclusie en het tegengaan van discriminatie,”* aldus een bestuurder.

Tegelijkertijd merkte een andere bestuurder op dat een gebrek aan middelen geen geldig excuus zou moeten zijn:

- *“Belangrijk werk moet gedaan worden, financiële beperkingen zijn geen excuus om zaken zoals diversiteit te negeren.”* Hij stelt dat er in principe budget is voor alles, inclusief diversiteitstrainingen, maar dat is niet altijd direct beschikbaar. De geïnterviewde benadrukt dat als iets belangrijk wordt geacht, er geld voor gevonden kan worden. Hij uit kritiek op de houding van sommige bestuurders die vinden dat er eerst budget moet zijn voordat ze iets doen en stelt dat belangrijk werk gedaan moet worden, ongeacht of er direct geld beschikbaar is.

Gebrek aan inzicht in discriminatie

Zonder systematische registratie van incidenten blijft discriminatie binnen zorgorganisaties grotendeels onzichtbaar. Bestuurders gaven aan dat ze geen duidelijk beeld hebben van de omvang en aard van discriminatie.

- Een bestuurder merkte op: *“Het is lastig om te zien wat er speelt als discriminatie niet wordt gemeld of geregistreerd.”*

Daarnaast constateerden sommige bestuurders dat het bestaan van een meldpunt niet voldoende is. In een organisatie kwamen er bijvoorbeeld geen meldingen binnen over discriminatie of intimidatie via het meldpunt. Dit inzicht leidde tot een onderzoek naar een effectievere aanpak.

Een andere geïnterviewde vertelde dat discriminatieprotocollen aanwezig zijn in de organisaties waarbij ze betrokken is. Ze benadrukte dat het hebben van een dergelijk protocol niet garandeert dat de informatie structureel wordt verzameld of dat het protocol effectief wordt toegepast. Daarom organiseert ze regelmatig bijeenkomsten met verschillende verantwoordelijken, zoals bedrijfsartsen en vertrouwenspersonen, om signalen van discriminatie of andere zorgwekkende situaties te bespreken, vooral in afdelingen met hoog ziekteverzuim en verloop.

Te eenzijdige benadering van inclusie

Een zorgbestuurder merkte op dat inclusie vaak te eenzijdig wordt benaderd. Eén vorm van inclusie krijgt aandacht en dat is zichtbare diversiteit zoals gender en etniciteit. Dit stoorde de geïnterviewde omdat het dringend noodzakelijk is om ook kwetsbaarheid, zoals bij mensen met beperkingen, expliciet te betrekken bij inclusiebeleid. Dit vraagt om meer aandacht voor de specifieke vormen van onbegrip en uitsluiting waarmee deze groep te maken heeft.

Weerstand van collegabestuurders of medewerkers in de organisatie

Zorgbestuurders ervaren ook weerstand binnen hun organisatie wanneer ze discriminatie willen agenderen. Deze weerstand manifesteert zich op verschillende manieren:

- **Weerstand tegen termen**

Het gebruik van woorden als 'discriminatie' en 'racisme' roept ongemak op.

- *"Mensen vinden het ongemakkelijk en dan stopt het gesprek,"* aldus een bestuurder. Hierdoor kiezen sommige leiders liever voor termen als 'diversiteit' of 'inclusie', die als minder beladen worden ervaren.

- **Geografische verschillen**

In bepaalde regio's wordt inclusie gezien als een Randstedelijk thema dat minder relevant is.

- *"In onze regio wordt discriminatie vaak gezien als een Randstedelijk thema dat ons wordt opgedrongen door Den Haag,"* zei een bestuurder van buiten de Randstad.

- **Religieuze factoren**

In regio's met sterke religieuze invloeden is het op de agenda zetten van inclusie van bijvoorbeeld lhbtq+-personen vaak lastiger.

- **Polarisatie en negatieve framing**

Het agenderen van inclusie kan spanningen veroorzaken tussen medewerkers en wordt soms negatief geframed.

- *"Het zijn geen onderwerpen waarmee je kunt 'scoren',"* merkte een bestuurder op.
- Een ander voegde toe: *"Deze thema's worden soms als 'woke' weggezet, wat weerstand oproept binnen de organisatie."*

- **Collega's zien het probleem niet**

- o *"Er is niet een heel breed gedeeld urgentiebesef omdat er geen consensus is over de noodzaak."*

Bijna een derde van de geïnterviewde bestuurders geeft aan dat medewerkers discriminatie niet als een probleem zien, wat kan leiden tot onderschatting of zelfs ontkenning van het probleem.

- **Neiging tot het mijden van risico's**

Enkele bestuurders stelden dat de neiging om te kiezen leidt tot drempels en 'subtiele discriminatie'. Het betrof hier het selecteren van een nieuw lid voor de Raad van Toezicht, waarbij vooral binnen het bekende netwerk werd gezocht en geen diversiteitscompetentie was opgenomen in het profiel.

- o *"De uitsluiting gaat dan heel subtiel. Wanneer je het ter sprake brengt, krijg je te horen: 'Ja, maar we moeten natuurlijk wel de beste hebben.' Maar wie is dan de beste? Is dat degene die goed gebekt zijn verhaal vertelt, of degene die misschien andere perspectieven inbrengt?"*

Een andere bestuurder stelde:

- o *"Ik denk dat dat komt omdat veel raden van toezicht en bestuur toch ook een beetje gaan voor risicomijdend gedrag".*

Er ontbreekt 'lef' om toch voor het/de onbekende te gaan volgens deze geïnterviewde.

De noodzaak van structurele en culturele verandering

Verschillende bestuurders benadrukten dat inclusie en diversiteit niet alleen een kwestie van infrastructuur zijn, maar diepgewortelde culturele en structurele veranderingen vereisen.

- *"We hebben de infrastructuur goed op orde, maar het werkelijke probleem zit in de cultuur,"* zei een bestuurder.
- Een ander vergeleek de machtsstructuren in zorgorganisaties met *"middeleeuwse gilden die hoge drempels opwerpen voor niet-Nederlandse professionals."*

Zorgbestuurders ervaren complexiteit bij het tegengaan van discriminatie. Gebrek aan prioriteit, middelen, inzicht in de aard en omvang van discriminatie, en weerstand binnen organisaties bemoeilijken het ontwikkelen van effectief beleid. Tegelijkertijd tonen deze obstakels aan hoe dringend structurele veranderingen nodig zijn, zowel in de cultuur als in de systemen van zorgorganisaties.

3.4. Wat motiveert bestuurders betrokken te zijn?

Zorgbestuurders die deelnamen aan deze verkenning gaven aan gemotiveerd te zijn door een combinatie van hun persoonlijke ervaringen met gevoelde brede maatschappelijke verantwoordelijkheid. Deze motivatie wordt in de meeste gevallen verder versterkt door een bewustzijn van hun geprivilegieerde positie. Dit leidt tot de wens om actief bij te dragen aan een inclusievere zorgsector.

Persoonlijke ervaringen

Persoonlijke ervaringen waren vaak de oorzaak van gevoeligheid voor uitsluitingsmechanismen, verhoogde empathie en het op het spoor komen van blinde vlekken. Diverse bestuurders deelden persoonlijke verhalen die hun bewustzijn van discriminatie en uitsluiting hebben vergroot:

- **Zelf ervaringen met discriminatie of uitsluiting.**

Een bestuurder vertelde over de eigen seksuele diversiteit

“Dat betekent dat ik in mijn leven al te maken heb gehad met heel veel discriminerende opmerkingen. Vroeger was ik daar gevoeliger voor dan nu. Tegenwoordig denk ik: wie mij niet lust heeft geen honger. Maar dat is wel na een lange carrière.”

Een bestuurder met een migratieachtergrond vertelde hoe zij lange tijd schroom voelde om zich uit te spreken, maar uiteindelijk na een ‘rijpingsproces’ het belang inzag van haar unieke positie:

“Hoe hoger je klimt, hoe zeldzamer je bent.”

Dit besef motiveerde haar om zich veel explicieter uit te laten, zich te laten zien als rolmodel en verandering te willen stimuleren.

Ook bij de deelnemers aan de enquête speelden soortgelijke persoonlijke ervaringen een rol. Vijf van de tien respondenten rapporteerden zelf discriminatie te hebben ervaren, waaronder genderdiscriminatie, leeftijdsdiscriminatie en ervaringen als minderheid in het buitenland.

- **Ervaringen van discriminatie in de directe omgeving.**

Een aantal bestuurders vertelde dat zij getuige waren van discriminatie in hun nabije omgeving. Dit was soms al in de vroege jeugd, bij het buitensluiten van een klasgenoot van kleur, en soms later in het leven: hoe aangetrouwde familieleden van kleur anders behandeld werden dan zij zelf of expliciet andere perspectieven op gezamenlijke gebeurtenissen meebrachten. Deze ervaringen ontregelden de geïnterviewden, maar hielpen ook de eigen blinde vlekken op het spoor te komen en verkleinden de ‘empathiekloof’ met mensen die discriminatie meemaken.

- **Tijdelijke ervaringen van ‘anders’-zijn hebben gehad**

Twee bestuurders verwezen naar persoonlijke ervaringen uit hun jeugd, zoals pesten vanwege overgewicht of opgroeien in een klein dorp waar kleinerende opmerkingen voorkwamen. Hoewel zij deze ervaringen relativeerden – “Dit mag geen naam hebben” – gaven zij aan dat dit zeker heeft bijgedragen aan hun gevoel voor rechtvaardigheid.

Maatschappelijke verantwoordelijkheid

Naast persoonlijke drijfveren benadrukten veel zorgbestuurders hun maatschappelijke betrokkenheid als belangrijke motivatie:

- **Zichtbare ongelijkheid in de samenleving.**

Bestuurders wezen op de grote verschillen in levensverwachting tussen verschillende regio's of wijken. Eén van hen benadrukte dat deze ongelijkheid vaak verband houdt met sociaaleconomische verschillen en beperkte toegang tot zorg. Dit duidt op systematische ongelijkheden in toegang tot zorg en gezondheid. Dit inzicht motiveerde hem om inclusie hoger op de agenda te zetten als middel om deze ongelijkheid tegen te gaan.

“Reis met de metro van het ene eindpunt naar het andere en je belandt in een stadsdeel waar mensen acht jaar korter leven en vijftien jaar langer ongezond zijn. Hoe gaan we daarmee om?”

- **Voelbare invloed van maatschappelijke bewegingen.**

Bewegingen zoals #MeToo en Black Lives Matter hebben de bewustwording rond inclusie bij verschillende bestuurders verdiept. Deze bewegingen onderstreepten voor hen de noodzaak om structurele ongelijkheden aan te pakken, zowel binnen als buiten hun organisatie.

- **Gevoelde verantwoordelijkheid vanwege een geprivilegieerde positie.**

Veel bestuurders benoemden dat de top van de zorg vaak homogeen is. Een bestuurder zei hierover: “De top van mijn organisatie is volledig wit, terwijl onze patiëntenpopulatie divers is. Dat kan niet meer.” Dit gevoel van verantwoordelijkheid motiveert hen om actief bij te dragen aan inclusie en diversiteit.

3.5. Welke rol kunnen zorgbestuurders vervullen bij het tegengaan van discriminatie?

De geïnterviewde zorgbestuurders gaven verschillende mogelijkheden aan voor zichzelf en collega's om discriminatie tegen te gaan en inclusie te bevorderen.

1) Verantwoordelijkheid nemen

Veel bestuurders benadrukten het belang van verantwoordelijkheid nemen voor structurele veranderingen. Een bestuurder benoemde specifiek het doorbreken van patronen van uitsluiting, zoals de voorkeur voor het aannemen van 'gelijke' mensen, als een kernonderdeel van zijn rol. "Het aanpakken van diepgewortelde biases is nodig om een diverser personeelsbestand te creëren," zei hij.

2) Bewustwording bevorderen

Bewustwording was volgens meerdere bestuurders essentieel, zowel bij zichzelf als bij anderen in de organisatie. Persoonlijke gesprekken met medewerkers werden gezien als een belangrijke manier om nieuwe perspectieven te horen en beter te begrijpen hoe inclusie en discriminatie worden ervaren. Een bestuurder noemde deze dialogen een cruciale stap om een inclusieve werkcultuur te bevorderen.

3) Normen stellen en rolmodel zijn

De geïnterviewde bestuurders benadrukten dat zij een voorbeeldfunctie vervullen door duidelijke normen te stellen en inclusief gedrag voor te leven. Dit houdt in:

- Het zichtbaar veroordelen van iedere vorm van discriminatie.
- Het actief promoten van diversiteit in leidinggevende posities, inclusief het aanstellen van meer zorgbestuurders van kleur.

Eén bestuurder stelde:

"Als wij als leiders niet duidelijk zijn in onze veroordeling van discriminatie, waarom zouden anderen dan het belang ervan inzien?"

4) Registratie discriminatie en monitoring

Verscheidende bestuurders gaven aan dat systematische registratie en monitoring van discriminatie-incidenten essentieel is om een helder beeld te krijgen van de omvang en aard van het probleem. Zij stelden voor:

- Het instellen van vertrouwenspersonen en onafhankelijke klachtencommissies;
- Het scherper doorvragen in medewerkersbelevingsonderzoeken.

Een bestuurder merkte op:

"Meten is weten, want zonder cijfers blijven we in het duister tasten."

5) Zorgen voor sociaalpsychologische veiligheid

Sommige bestuurders zagen sociaalpsychologische veiligheid als een bredere context waarin discriminatie kan worden begrepen en aangepakt. Zij pleitten ervoor om discriminatieonderzoek te koppelen aan dit thema, omdat het een breder kader biedt voor het adresseren van grensoverschrijdend gedrag.

Volgens een van de geïnterviewden kunnen zorgbestuurders inclusie beter vormgeven door het breder te definiëren dan alleen zichtbare diversiteit. Deze persoon benadrukte dat bestuurders meer oog moeten hebben voor de uitdagingen waarmee kwetsbare groepen, zoals mensen met verstandelijke beperkingen of mentale gezondheidsproblemen, te maken hebben. Inclusieve zorg betekent gelijke toegang en minder onbegrip. Bestuurders spelen hierin een sleutelrol door een organisatiecultuur te bevorderen waarin fysieke of mentale kwetsbaarheid niet tot uitsluiting leidt, maar juist tot begrip en ondersteuning.

6) Opnemen diversiteitscompetentie in functioneringsgesprekken

Meerdere geïnterviewden zagen kansen om inclusie en antidiscriminatie expliciet op te nemen in functioneringsgesprekken en als prestatie-indicatoren voor leidinggevenden. "Dit maakt duidelijk dat inclusie geen bijzaak is, maar een integraal onderdeel van professioneel gedrag," zei een bestuurder.

7) Instellen van praktische maatregelen voor inclusie

De geïnterviewde zorgbestuurders noemden concrete maatregelen die kunnen bijdragen aan een inclusievere organisatie:

- Het ontwikkelen van beleid en visie op diversiteit, ondersteund door middelen voor scholing, training en dialogen.
- Het instellen van werkgroepen diversiteit en inclusie waarin zowel cliënten als medewerkers zitting hebben.
- Het herzien van wervingsprocedures en het samenstellen van diverse selectiecommissies. Een bestuurder stelde: "Witte mannen zoeken witte mannen. Dat patroon moeten we doorbreken."
- Reflectiesessies, storytelling en VR-simulaties kunnen bewustwording en empathie te vergroten. Ze helpen een veilige ruimte te creëren voor een open gesprek over racisme en discriminatie.

Praktijkvoorbeelden

De geïnterviewde zorgbestuurders deelden praktijkvoorbeelden over hoe zij inclusie binnen hun organisaties concreet proberen te bevorderen. Veel zien dat de samenstelling van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht zelf een fundamentele stap is.

Praktijkvoorbeeld 1 – diverse netwerken voor een diverse Raad van Toezicht

Eén van de geïnterviewden zette diversiteit op de agenda bij de werving van nieuwe leden voor de Raad van Toezicht. Hij constateerde dat de raad volledig wit was, terwijl de patiëntenpopulatie van zijn organisatie zeer divers is. Om dit patroon te doorbreken, zocht hij gericht naar kandidaten met een niet-westerse achtergrond.

“We hebben nu al gezegd: we hebben twee vacatures in onze Raad van Toezicht. Hoe kunnen wij eigenlijk mensen in onze Raad van Toezicht krijgen vanuit een andere achtergrond?”

Bij de zoektocht naar een nieuwe toezichthouder werd expliciet gekeken naar kandidaten met diverse culturele achtergronden. Hiervoor werd een wervingsstrategie gebruikt die gericht was op netwerken die mensen met een niet-westerse achtergrond aanspreken. Hoewel sommige kandidaten uiteindelijk afzagen van de functie, is dit voorbeeld illustratief dat gericht zoeken in specifieke netwerken kan bijdragen aan meer diversiteit.

Praktijkvoorbeeld 2 – Inclusieve wervingsprocedures

Bij de werving van nieuwe leden voor de Raad van Toezicht heeft een geïnterviewde bestuurder diversiteitscompetentie expliciet als criterium opgenomen. Hij werkte samen met een HR-manager met een diverse achtergrond om de selectieprocedure te herzien. Hierbij werden culturele en maatschappelijke diversiteit en competentie van de kandidaten als belangrijke voorwaarden gesteld. Dit leidde tot een wervingsproces dat niet alleen kandidaten op basis van traditionele kwalificaties beoordeelt, maar ook rekening houdt met perspectieven die diversiteit versterken.

“Het is belangrijk dat de samenstelling van onze Raad van Toezicht een afspiegeling vormt van de maatschappij die we dienen. Alleen dan kunnen we de juiste keuzes maken voor onze organisatie.”

Praktijkvoorbeeld 3 – Stageplek voor een beginnend toezichthouder

Een andere geïnterviewde vertelde over het instellen van een stageplek voor een beginnend toezichthouder met een migratieachtergrond.

“De notie dat het iets actiefs van je vraagt, dat het niet alleen maar wachten is en gewoon de deuren opendoen en zogenaamd voor iedereen een open huis zijn, dat realiseren veel mensen zich niet. Het is echt een actief proces. De huidige machtsstructuren zijn rigide en traditioneel, met een sterke neiging tot risicomijdend gedrag en voorspelbaarheid. Er is weinig ruimte voor diversiteit en nieuwe perspectieven. Het vraagt lef om actief te kiezen voor diversiteit bij de Raad van Bestuur of Toezicht, maar het is essentieel in het bestrijden van discriminatie.”

Praktijkvoorbeeld 4 – doorleven van de waarden met acties

Een bestuurder vertelde dat zijn organisatie recent een zelfevaluatie heeft uitgevoerd om te beoordelen hoe zij ervoor staat op het gebied van diversiteit en inclusie. Hoewel uit de evaluatie bleek dat het beleid en de infrastructuur, zoals aandachtsfunctionarissen, ambassadeurs en een diversiteitsnetwerk, goed op orde zijn, gaf hij aan dat er nog veel te verbeteren is in het verankeren van deze waarden in de dagelijkse praktijk. Volgens de bestuurder ligt de focus voor de komende jaren op het verder laten doorleven van deze waarden, wat alleen mogelijk is door middel van voortdurende dialoog. De bestuurder noemde daarnaast twee stappen die nodig zijn om diversiteit en inclusie verder te bevorderen:

- Monitoring van diversiteit via CBS. Hij gaf aan dat de organisatie graag wil weten of het personeelsbestand een afspiegeling is van de maatschappij. Omdat herkomst niet direct geregistreerd mag worden, wordt overwogen dit anoniem via het CBS te monitoren. Deze aanpak is echter nog niet geïmplementeerd.
- Herijking van het HRM-instrumentarium. Er is nog niet systematisch gekeken naar mogelijke onbedoelde uitsluitingsmechanismen in de wervings- en selectieprocedures. Dit is volgens de bestuurder een gebied dat meer aandacht vraagt en verdere evaluatie en verbetering behoeft.

Uit de literatuur blijkt dat leidinggevendenden, zoals directieleden, bestuurders en toezichthouders een belangrijke rol kunnen spelen. Zij zetten de strategische koers, beïnvloeden de zorgcultuur en stellen beleid vast, waarmee ze de diversiteit en gelijkheid binnen hun organisatie direct kunnen vormgeven. Wanneer zij deze rol goed kunnen vervullen, brengen ze een fundamentele positieve verandering teweeg in het tegengaan van discriminatie en het bevorderen van inclusiviteit binnen hun organisatie. Daarom is samenstelling van de top belangrijk.

Dit 'stopt' natuurlijk niet met samenstelling of representatie. Voor een inclusieve organisatie en effectieve diversiteit is inclusief leiderschap nodig.

Volgens Randel et al. (2018) helpt inclusief leiderschap om een werkcultuur te creëren waarin diversiteit normaal is en discriminatie minder kans krijgt. Bestuurders zijn daarnaast verantwoordelijk voor het ontwikkelen en uitvoeren van beleid dat gericht is op inclusie. Shore et al. (2018) geven aan dat dit soort beleid, ondersteund door leiderschap, leidt tot betere resultaten voor de organisatie en een positieve ervaring met diversiteit

Ook heeft inclusief leiderschap positieve effecten op medewerkers en patiënten. Nembhard en Edmondson (2016) tonen aan dat een inclusieve werkomgeving zorgt voor meer tevredenheid onder medewerkers en betere zorgresultaten, doordat de organisatie beter aansluit op de verschillende behoeften van personeel en patiënten.

Toezichthouders zien erop toe dat het anti-discriminatiebeleid wordt nageleefd. FitzGerald et al. (2019) benadrukken dat goed toezicht nodig is om gelijke behandeling en non-discriminatie te waarborgen.

3.6. Wat zijn volgens zorgbestuurders bondgenoten om discriminatie tegen te gaan?

We hebben de zorgbestuurders gevraagd wie zij als bondgenoten zien binnen en buiten hun eigen organisatie bij het tegengaan van discriminatie.

Bondgenoten binnen de organisatie

Binnen de organisatie noemden de zorgbestuurders de volgende partijen als bondgenoten.

Collega's van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht

Allereerst wezen de zorgbestuurders naar hun collega's in de Raad van Bestuur (RvB) en de Raad van Toezicht (RvT). De Raad van Bestuur speelt een leidende rol bij de implementatie van beleid. "Het is niet genoeg om beleid te formuleren; leiders moeten het ook uitdragen en naleven," aldus een zorgbestuurder. De Raad van Toezicht heeft de taak toezicht te houden op de naleving van het inclusiebeleid en ervoor te zorgen dat de top van de organisatie divers is samengesteld. Of er een aparte portefeuillehouder voor moet zijn of dat de verantwoordelijkheid hiervoor gedeeld moet worden, daarover verschilden de meningen.

Managers op alle niveaus

Daarnaast worden 'managers op alle niveaus' genoemd. Van hen wordt verwacht dat zij een actieve rol spelen in het bevorderen van een inclusieve cultuur binnen de organisatie, waarin geen plaats is voor discriminatie. Ze moeten voorbeeldgedrag vertonen, normen stellen, actief laten zien dat discriminatie niet wordt getolereerd en ervoor zorgen dat deze onderwerpen voortdurend op de agenda blijven. Om dit effectief te kunnen doen, is het essentieel dat managers op alle niveaus zich de visie van de top rond diversiteit en inclusie eigen maken en deze weten te vertalen naar hun eigen team en dagelijkse praktijk.

HR-afdeling

Vrijwel alle zorgbestuurders hadden het over de cruciale rol van HR-afdelingen in het bevorderen van inclusiviteit en het tegengaan van discriminatie. Naast het gericht bevorderen van diversiteit in het aannamebeleid, moet HR zich inzetten voor het creëren van een inclusieve cultuur binnen de organisatie. Dit omvat het organiseren van trainingen en bewustwordingsprogramma's die medewerkers ondersteunen bij het herkennen en overwinnen van hun eigen vooroordelen. Twee geïnterviewden benadrukten dat HR het volledige HR-instrumentarium kritisch moet doorlichten om onbedoelde uitsluitingsmechanismen te identificeren en te elimineren.

Andere betrokkenen binnen de organisatie

Andere partijen binnen de organisatie die door de zorgbestuurders werden genoemd zijn:

- De communicatieafdeling,
- Projectleiders diversiteit en inclusiviteit (D&I adviseurs en officers),
- Werkgroepen diversiteit,
- Ondernemingsraad (OR),
- Cliëntenraad,
- Ombudsman,
- Vertrouwenspersonen.

Bondgenoten buiten de organisatie

In de enquête en interviews werden diverse externe partijen genoemd die een rol kunnen spelen bij het bevorderen van inclusie en het tegengaan van discriminatie.

Kennisinstituten werden het meest genoemd als cruciale partners in dit proces. Zij kunnen zorgorganisaties ondersteunen door onderzoek te doen, best practices te delen en richtlijnen te ontwikkelen voor inclusie- en antidiscriminatiebeleid.

Volgens een meerderheid van de deelnemers aan de verkenning kan het ministerie van VWS een belangrijke rol spelen. Het ministerie kan bijdragen door nationaal beleid en richtlijnen op te stellen, bewustwording en educatie te bevorderen en samenwerking met kennisinstituten te stimuleren om de uitwisseling en verspreiding van best practices te vergemakkelijken. Daarnaast kan het ministerie inclusie- en antidiscriminatiebeleid bevorderen door middel van financiering en samenwerking.

Kennisinstituten en het ministerie van VWS werden als eerste externe partijen genoemd die een belangrijke bijdrage kunnen leveren. Andere partijen die werden genoemd zijn:

- Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn (NVTZ),
- Federatie Medisch Specialisten (FMS),
- Nederlandse Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden (V&VN),
- Antidiscriminatievoorzieningen (ADV's),
- SER/Diversiteit in Bedrijf,
- Zorgverzekeraars,
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ),
- Brancheorganisaties zoals Actiz,
- Nationaal Coördinator tegen Discriminatie en Racisme (NCDR),
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het CBS werd genoemd als een waardevolle bron voor het verzamelen van gegevens over personeelsdiversiteit.

De ervaringen en benaderingen van zorgbestuurders bieden inzichten in hoe zorgbestuurders zelf zien dat discriminatie binnen zorgorganisaties kan worden aangepakt. Om de uitdagingen beter te begrijpen en te adresseren, volgen in het volgende hoofdstuk aanvullende perspectieven van experts.

4. Perspectieven van experts

Voor deze verkenning hebben we veertien experts geïnterviewd, ieder met uitgebreide ervaring in het bestrijden van kansenongelijkheid en discriminatie in de zorg. Deze experts brengen een breed palet aan kennis en perspectieven in, variërend van beleidsvorming tot wetenschappelijk onderzoek en maatschappelijke campagnes. In de bijlage staat een overzicht van de geïnterviewde experts.

We stelden de experts dezelfde vragen als die aan de zorgbestuurders waren gesteld: welke obstakels ervaren zorgbestuurders bij het tegengaan van discriminatie? Wat kunnen zorgbestuurders zelf doen om dit aan te pakken? En welke invloedrijke organisaties of instellingen kunnen hen hierbij ondersteunen?

4.1. Weerstanden en obstakels volgens experts om discriminatie in de zorg te agenderen

De experts gaven verschillende redenen waarom het voor zorgbestuurders moeilijk kan zijn om discriminatie in de zorg te agenderen. Hieronder staan de belemmeringen of obstakels die het vaakst werden genoemd, waarvan een aantal ook door de zorgbestuurders waren vermeld.

Weerstand tegen woorden als 'discriminatie' en 'racisme'

Volgens de experts bestaat er, net als in veel andere sectoren, een grote terughoudendheid om woorden als 'discriminatie' en 'racisme' te gebruiken. Leidinggevenden hebben vaak negatieve associaties met deze woorden of ze verwachten dat anderen die hebben.

Een van de experts gaf aan dat er een misvatting heerst dat discriminatie alleen door "slechte mensen" wordt gepleegd, terwijl "goede mensen" dat niet doen. Deze percepties en associaties bemoeilijken het bespreken van discriminatie, omdat het aankaarten ervan soms als een morele beschuldiging wordt ervaren. Hierdoor kiezen veel mensen liever voor termen als 'diversiteit' en 'inclusiviteit', die als positiever worden ervaren. Maar het gesprek over deze woorden blijft volgens experts vaak te vrijblijvend als discriminatie niet expliciet wordt benoemd, aangezien ervaren discriminatie juist een symptoom is van een organisatie die nog niet inclusief is.

Discriminatie past niet bij het zelfbeeld van de sector

Voor veel mensen is het moeilijk voor te stellen dat er discriminatie in de zorg voorkomt. Er heerst een idee dat zorgverleners altijd handelen vanuit goede intenties en dat hun beroep een roeping is. Dit zelfbeeld biedt weinig ruimte voor de erkenning dat vooroordelen kunnen leiden tot discriminatie binnen de zorg.

Discriminatie is niet 'zichtbaar'

Dit zelfbeeld blijft bestaan zolang organisaties geen meldingen van discriminatie registreren en niet regelmatig aan medewerkers en patiënten vragen of zij zich gediscrimineerd voelen. Ervaringen van discriminatie worden soms gedeeld met vertrouwenspersonen, maar omdat ze niet of onvoldoende gemonitord worden, blijven ze onzichtbaar.

Te weinig aandacht voor effect maatschappelijke context op gezondheid

Experts wijzen erop dat er in de zorg te weinig aandacht is voor de invloed van de maatschappelijke context, zoals uitsluiting en discriminatie, op de gezondheid van individuen. Discriminatie in verschillende maatschappelijke domeinen kan letterlijk ziek maken en leiden tot zowel fysieke als mentale gezondheidsklachten. Daarnaast worden gezondheidsverschillen vaak eenzijdig toegeschreven aan persoonlijke keuzes, zoals slechte eetgewoonten, gebrek aan lichaamsbeweging, roken of hoge bloeddruk, zonder voldoende erkenning van de rol van discriminatie en racisme. Hoewel dit reële gezondheidsproblemen zijn, wordt vaak over het hoofd gezien dat deze klachten nauw samenhangen met de maatschappelijke positie waarin ze ontstaan. De beperkte kansen die mensen van kleur hebben op het gebied van onderwijs, arbeidsmarkt en huisvesting dragen significant bij aan hun slechtere gezondheid.

Gebrek aan bewustzijn en weerstand bij 'zevenvinkers'

De meeste leidinggevenden in de zorg behoren tot geprivilegieerde groepen, tegenwoordig vaak omschreven als 'zevenvinkers' (mannen) of 'zesvinkers' (vrouwen), gebaseerd op de kenmerken die Joris Luyendijk in zijn boek *De zeven vinkjes; hoe mannen als ik de baas spelen* (2022) beschrijft. Deze geprivilegieerden hebben vaak geen ervaring met discriminatie en verkeren in gelijkgestemde netwerken. Hierdoor kunnen ze zich moeilijk verplaatsen in de impact van achterstelling en zijn ze zich minder bewust van uitsluitingsmechanismen.

Sommige geprivilegieerden vrezen dat zij of hun (klein)kinderen hun bevoorrechte positie verliezen, wat leidt tot ongemak of aversie tegen onderwerpen als diversiteit en inclusiviteit. In dit verband verwees een expert ook naar het 'concurrentieracisme'. Dit is een vorm van racisme die niet alleen gebaseerd is op fysieke kenmerken, maar zich richt op de culturele eigenschappen van een groep. Het ontstaat wanneer een minderheidsgroep wordt gezien als economische concurrent en wordt beschuldigd van sluwheid, hebzucht of het streven naar overheersing (Wertheim, 2021).

Institutionele belemmeringen

De oververtegenwoordiging van bevoorrechte 'zes- of zevenvinkers' in leidinggevende posities heeft, zo stellen de meeste experts, consequenties voor beleidsvorming, carrièremogelijkheden en medische protocollen. Machtige netwerken, onderzoeksgroepen en beleidsmakers bestaan vaak uit mensen uit dezelfde geprivilegieerde groepen, wat ervoor zorgt dat normen en protocollen vaak zijn gebaseerd op een eurocentrisch perspectief. Hierdoor wordt onvoldoende herkend en erkend dat impliciete en institutionele vormen van racisme nog steeds een rol spelen in de zorgsector.

Weerzin tegen verandering

Meer aandacht voor het tegengaan van discriminatie binnen een organisatie betekent vaak dat er veranderingen moeten plaatsvinden in de organisatie, structuren, machtsverhoudingen en protocollen. Dit roept vaak weerstand op en wordt door leidinggevendenden gezien als 'gedoe', waardoor ze het onderwerp discriminatie liever vermijden en prioriteit geven aan andere thema's.

Meer aanknopingspunten om weerstanden te overwinnen

Dezelfde en andere weerstanden worden ook vermeld in de wetenschappelijke literatuur over zogenaamde Diversiteit, Inclusie en Gelijkwaardigheid (DIG). Hieronder wordt ingegaan op weerstanden die bestuurders in de zorgsector mogelijk ervaren bij DIG-initiatieven, zoals beschreven in wetenschappelijke literatuur. Dit zijn deels weerstanden die zij zelf kunnen hebben en deels weerstanden die zij in hun omgeving kunnen tegenkomen.

1. Gebrek aan urgentiebesef door moral licensing

Omdat zorgbestuurders vaak betrokken zijn bij sociale initiatieven, veronderstellen zij soms dat zij hiermee al voldoende bijdragen aan diversiteit en inclusie, een effect dat bekendstaat als "moral licensing" (Merritt et al., 2010). Dit kan de motivatie verlagen om specifieke DIG-maatregelen door te voeren.

2. Gebrek aan inzicht door geprivilegieerde posities

Bestuurders uit geprivilegieerde groepen missen vaak een persoonlijke ervaring met discriminatie, waardoor ze de urgentie van inclusie-initiatieven soms onvoldoende inzien (Randel et al., 2018). Dit gebrek aan perspectief kan weerstand creëren tegen inclusiebeleid.

3. Veranderingsmoeheid

Door frequente veranderingen en beleidswijzigingen ontstaat er vaak een gevoel van overbelasting onder bestuurders en medewerkers. Dit kan de motivatie voor nieuwe DIG-programma's verlagen, ondanks de erkenning van hun waarde (Rafferty & Griffin, 2006).

4. Bezorgdheid over impact op productiviteit

Sommige bestuurders vrezen dat inclusieve maatregelen, zoals extra trainingen en overleg, de productiviteit kunnen verminderen doordat tijd en middelen worden verschoven (Kochan et al., 2003). Dit kan leiden tot twijfels over investeringen in DIG-initiatieven.

5. Angst voor reputatieschade door polarisatie

Bestuurders maken zich zorgen dat DIG-initiatieven, vooral in een politiek verdeeld klimaat, controversieel kunnen worden opgevat. Ze vrezen dat dit de reputatie van de organisatie kan schaden en publieke verdeeldheid kan veroorzaken (Plaut et al., 2018).

6. Ontbreken van inclusieve leiderschapsvaardigheden

Veel bestuurders voelen zich niet voldoende toegerust om een inclusieve werkcultuur te bevorderen door een gebrek aan kennis van en vaardigheden in DIG-leiderschap. Deze terughoudendheid kan ertoe leiden dat ze inclusieve maatregelen minder actief ondersteunen (Edmondson & Lei, 2019).

7. Gebrek aan meetinstrumenten en monitoring

Een gebrek aan duidelijke metrics en meetinstrumenten maakt het voor bestuurders moeilijk om de impact van DIG-initiatieven te volgen en te evalueren, wat twijfels oproept over de effectiviteit ervan (Dobbin & Kalev, 2016).

8. Culturele weerstand binnen de organisatie

In zorginstellingen met een traditionele, hiërarchische cultuur stuiten DIG-initiatieven vaak op weerstand. Werknemers die gewend zijn aan bestaande normen kunnen zich verzetten tegen inclusieve veranderingen, wat de invoering van DIG-programma's vertraagt (Festinger, 1957).

9. Cognitieve dissonantie en percepties van eerlijkheid

Bestuurders die geloven dat succes enkel afhangt van eigen inzet hebben soms moeite met DIG-initiatieven. Zij kunnen diversiteitsbeleid zien als oneerlijk, omdat het bepaalde groepen lijkt te bevoordelen, wat kan leiden tot cognitieve dissonantie (Plaut et al., 2011). Cognitieve dissonantie is het ongemak dat ontstaat wanneer iemand twee tegenstrijdige ideeën of overtuigingen heeft die niet met elkaar in overeenstemming zijn. In dit geval kan dat bijvoorbeeld het geloof zijn dat iedereen gelijke kansen verdient, gecombineerd met het gevoel dat specifieke groepen via diversiteitsbeleid oneerlijk worden bevoordeeld. Dit ongemak kan ervoor zorgen dat bestuurders zich verzetten tegen dergelijke initiatieven, zelfs wanneer deze bedoeld zijn om structurele ongelijkheden te corrigeren.

10. Terughoudendheid bij termen als 'discriminatie' en 'racisme'

Om negatieve reacties te vermijden, zijn bestuurders soms terughoudend om termen als 'discriminatie' en 'racisme' te gebruiken in beleid en communicatie. Dit kan de zichtbaarheid en effectiviteit van inclusie-initiatieven verminderen (Jost et al., 2009).

11. Gebrek aan inzicht in machtsstructuren

Hoewel bestuurders vaak een open-deurbeleid hanteren om benaderbaar te zijn, biedt dit niet altijd de psychologische veiligheid die kwetsbare groepen nodig hebben om discriminatie aan te kaarten (Edmondson, 2018).

12. Structurele en institutionele belemmeringen

Ingesleten machtsstructuren en traditionele wervings- en promotiepraktijken maken het moeilijk om diversiteit en inclusie te bevorderen. Deze structurele beperkingen vragen om ingrijpende veranderingen, wat bestuurders soms terughoudend maakt (Kalev et al., 2006).

4.2. Wat kunnen leiders in de zorg doen tegen discriminatie?

Een deel van de voorstellen die de experts doen overlapt met de maatregelen die door de zorgbestuurders zelf werden voorgesteld. Er zijn ook verschillen: de experts leggen meer nadruk op de verantwoordelijkheid die zorgbestuurders zelf moeten nemen om discriminatie tegen te gaan en dringen aan op meer zelfreflectie op hun geprivilegieerde positie. Daarnaast pleiten zij niet alleen voor maatregelen binnen de instellingen, maar ook voor hervormingen daarbuiten, in het onderwijs, het beleid en de protocollen. Dat is vooral nodig om institutionele vormen van discriminatie tegen te gaan.

Binnen de zorgorganisaties kunnen leidinggevenden volgens de experts die wij spraken onder andere het volgende doen:

Inclusief leiderschap

- Dit start volgens de experts die we spraken met een proces van zelfreflectie en bewustwording van de macht en privileges die de leidinggevenden zelf hebben.
- Ze moeten vervolgens op alle niveaus inclusieve besluitvorming organiseren door nadrukkelijk tegenspraak te stimuleren en op zoek te gaan naar andere perspectieven dan die van henzelf (zie ook o.a. Bouchalikth & Papakonomou, 2021).
- Inclusieve leiders zouden er volgens hen van uit moeten gaan dat er ook in hun organisatie vooroordelen, discriminatie en racisme aanwezig zijn. Zorgbestuurders moeten daarom niet alleen het gesprek aangaan over onderwerpen zoals diversiteit, inclusie en gelijkwaardigheid, maar ook de gesprekken voeren over soms confronterende onderwerpen als discriminatie en racisme.
- Om verder invulling te geven aan dit inclusieve leiderschap benoemen de experts ook een aantal punten die in lijn zijn met wat door enkele zorgbestuurders naar voren werd gebracht. Zo moeten inclusieve leiders duidelijke normen stellen, deze normen naleven en consequent stelling nemen tegen alle vormen van discriminatie en uitsluiting. Dit betekent concreet dat zij toezien op het voorkomen van discriminatie bij werving en selectie, de doorstroom binnen de organisatie en op de werkvloer (Daru et al., 2024).²
- Van 'bystander naar upstander'. Bij het stellen van normen hoort nadrukkelijk ook dat leidinggevenden als omstander stelling moeten nemen tegen discriminatie. Leidinggevenden vervullen een voorbeeldrol voor anderen. Het activeren van omstanders wordt beschouwd als een belangrijk onderdeel van antidiscriminatiebeleid. Omgekeerd leidt passiviteit of meedoen aan normalisering van discriminatie (Omlo, 2024).

² Dit werd bevestigd tijdens een bijeenkomst van SIGRA waar Critical Mass tussentijdse resultaten van deze verkenning presenteerde. Deelnemers aan de bijeenkomst bevestigden dat als er geen draagvlak of leiderschap is, er weliswaar initiatieven van onderop kunnen ontstaan, maar dat ze moeilijk geborgd kunnen worden. Daarvoor hebben medewerkers een mandaat nodig en steun van leidinggevenden.

- Ingrijpen door omstanders bevordert het welzijn, het gevoel van veiligheid en de erkenning van slachtoffers. Het maakt echter uit wie ingrijpt: witte omstanders hebben meer invloed op witte daders dan omstanders van kleur, wat benadrukt dat zij een belangrijke rol spelen in het tegengaan van racisme.
- Inclusieve leiders investeren daarnaast volgens de experts als vanzelfsprekend in diversiteit op alle niveaus en in een veilige werkomgeving.
- Inclusief leiderschap vraagt volgens experts niet alleen om aandacht voor gender en etniciteit, maar ook om het creëren van een werk- en zorgomgeving die aansluit bij de behoeften van kwetsbare groepen, zoals mensen met fysieke of mentale beperkingen.

Discriminatie registreren en monitoren

Net als de zorgbestuurders dringen de meeste experts aan op het werken met toetsbare data door registratie en monitoring.

- Om afspraken niet te vrijblijvend te laten zijn kan bijvoorbeeld het Charter Diversiteit een mooi middel zijn om het streven naar inclusie handen en voeten te geven. Dit charter is inmiddels door meer dan 500 bedrijven getekend, waarmee zij beloven werk te maken van inclusie.
- Daarnaast moeten er concrete, toetsbare cijfers zijn om een idee te krijgen hoeveel personen in een organisatie zich gediscrimineerd of buitengesloten voelen. Alleen dan weet je in hoeverre medewerkers en patiënten je organisatie als inclusief ervaren.
- Hiervoor zijn laagdrempelige en duidelijke meldprocedures nodig, zodat medewerkers en cliënten weten waar ze, als slachtoffer of omstander, terecht kunnen in geval van discriminatie en zich vervolgens ook gehoord voelen.
- Jaarlijks moeten er cijfers gepubliceerd worden over het aantal meldingen van discriminatie of ervaren discriminatie zodat de voortgang gemonitord kan worden.

Verantwoording nemen en afleggen

Leidinggevenden kunnen cultuurverandering ondersteunen door het voeren van campagnes die medewerkers aanmoedigen om ongewenst gedrag, waaronder discriminatie, bespreekbaar te maken.

Het is aan leidinggevenden aan de top van zorgorganisaties om zorgprofessionals de juiste handvatten te bieden om discriminatie te herkennen en aan te pakken en om een veilige werkomgeving te creëren waarin dit mogelijk is. Zij moeten daarom het voortouw nemen om trainingen voor zorgprofessionals te organiseren, inclusief omstanderstrainingen gericht op het ondersteunen van collega's bij het optreden tegen discriminatie (zie ook Omlo, 2024).

Sommige experts pleiten ervoor dat leidinggevenden van zorgorganisaties jaarlijks verantwoording zouden moeten afleggen over maatregelen tegen discriminatie. Dit vergroot de transparantie en stelt zorginstellingen in staat om de voortgang van hun inclusiviteitsbeleid te laten zien (zie ook: Discriminatie Aanpakken op de Werkvloer en in Doorstroom: Wat Werkt Volgens de Wetenschap? | KIS, z.d.)

Buiten de eigen organisatie: maatregelen door hervorming van beleid, onderwijs en protocollen

Een aantal vormen van ongelijke kansen en discriminatie zijn niet binnen een zorginstelling op te lossen, maar zitten volgens de experts ingebakken in 'het systeem'. Om deze vormen van uitsluiting en discriminatie tegen te gaan, is samenwerking nodig tussen verschillende partijen.

Leiders in de top van zorgorganisaties kunnen hierbij een belangrijke voortrekkersrol spelen. Voorbeelden hiervan zijn:

- Maatregelen om kansenongelijkheid in de zorgopleidingen tegen te gaan waardoor Nederlanders met een niet-Europese migratieachtergrond en andere minderheidsgroepen net zoveel kans krijgen om toegelaten te worden tot bijvoorbeeld geneeskunde-opleidingen.
- Meer aandacht in medische opleidingen en bij bijscholingen voor (het belang van) het bevorderen van inclusie en het tegengaan van discriminatie.
- Meer aandacht in de medische wetenschappen voor andere perspectieven en expertise dan het westerse of dat van de bevoorrechte 'zesvinker' of 'zevenvinker' en onderzoek richten op diverse groepen.
- Bevorderen dat onderzoek naar ziekten of de effectiviteit van behandelingen inclusiever wordt. Dit betekent dat in alle fasen – van de onderzoeksagenda, de opzet, de werving van deelnemers tot de rapportage – wordt gekeken welke relevante groepen uit de samenleving zijn vertegenwoordigd en een stem hebben (zie ook Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2022).
- Het vergroten van het bewustzijn van de invloed van eurocentrisme en (racistische) vooroordelen uit koloniale tijden op de benadering van patiënten en het stoppen met het gebruik van 'ras' als indicator bij het gebruik van bijvoorbeeld medische apparaten.
- Aanpassen van protocollen en richtlijnen die gebaseerd zijn op racistische vooroordelen uit koloniale tijden om systematische fouten en uitsluiting te voorkomen.
- Meer aandacht in de zorg voor de bredere sociale en maatschappelijke context van patiënten. Dit betekent dat zorgverleners zich bewust moeten zijn van de sociaaleconomische positie van patiënten en de intergenerationele effecten daarvan. Deze bredere context moet onderdeel worden van de diagnose en behandeling om structurele ongelijkheden te verminderen.

De aanpak van dit soort vormen van discriminatie vraagt om betrokkenheid van niet alleen de zorgsector, maar ook van het onderwijs, onderzoek en van maatschappelijke organisaties.

4.3. Organisaties die volgens geïnterviewde experts een rol kunnen spelen

Veel geïnterviewde experts gaven aan dat het zeker voor het tegengaan van institutionele vormen van discriminatie in de zorg belangrijk is dat er breed wordt samengewerkt met invloedrijke organisaties in de zorgsector en daarbuiten. Tegelijkertijd vonden veel van deze experts het moeilijk te benoemen welke actoren dan de macht hebben om discriminatie in de zorg tegen te kunnen gaan.

Toch zijn er een aantal categorieën te benoemen die vaker naar voren kwamen.

Overheidsinstanties

- Ministeries: Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is voor de zorg het belangrijkste ministerie. Daarnaast werd ook het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) meerdere keren genoemd om te zorgen dat de opleidingen toegankelijker worden en dat het onderwijs bijdraagt aan bewustwording over het belang van diversiteit, inclusiviteit en het tegengaan van institutionele vormen van discriminatie en racisme.
- De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) wil de kwaliteit en veiligheid van de zorg en jeugdhulp borgen én zorgverleners aanzetten hun zorg te verbeteren. Discriminatie in de zorg zou van de IGJ meer aandacht dienen te krijgen.
- Zorginstituut Nederland is een bestuursorgaan met verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. Kwaliteitszorg zou inclusieve zorg moeten zijn, zonder discriminatie.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS): Een invloedrijk adviesorgaan dat zich richt op de toekomst van de zorgsector en publieke gezondheid. De RVS heeft al eerder inclusie en discriminatie in de zorg geagendeerd.
- Gemeenten hebben sinds 2015 meer zorgtaken en zijn onder andere verantwoordelijk voor jeugdzorg en zorg aan langdurig zieken en ouderen.

Maatschappelijke organisaties en netwerken

- Maatschappelijke partners met ervaringskennis: verschillende minderheidsgroeperingen hebben veel kennis over discriminatie in de zorg. Zij kunnen uit eigen ervaring, of op grond van ervaringen van naasten, inzicht geven in discriminatie en een heldere visie bieden op de aanpak ervan.
- Het Nationaal Netwerk Inclusieve Zorg (NNIZ) bestaat uit betrokken experts en ervaringsdeskundigen op het gebied van inclusieve zorg die hun kennis en ervaring inbrengen. Het gaat zowel om individuele professionals als (belangen)organisaties.

Bestuurlijke netwerken

- De Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg (NVTZ) is een bestuurlijke vereniging met 1.100 raden van toezicht en 5.500 toezichthouders. Deze vereniging heeft veel invloed op het bestuur van zorginstellingen.
- De Nederlandse Vereniging van Zorgbestuurders (NVZD) is een beroepsvereniging voor bestuurders in de zorg met 700 leden en vertegenwoordigt een groot deel van de middelgrote en grotere zorgorganisaties.

Kennisinstituten

- De Gezondheidsraad is een onafhankelijke wetenschappelijke adviesraad. Hun adviezen spelen een belangrijke rol bij het verminderen van ongelijkheden in de zorg.
- Kennisinstituten als Pharos en Movisie agenderen discriminatie in de zorg al enkele jaren en hebben kennis van effectieve of beloftevolle interventies.
- Vilans is een kennisorganisatie voor zorg en ondersteuning.

Zorgverzekeraars en financiers

- Zorgverzekeraars zouden volgens sommige experts voorwaarden kunnen stellen aan zorgaanbieders en financiële prikkels kunnen gebruiken om ervoor te zorgen dat non-discriminatoire praktijken de norm worden. Andere experts waren sceptischer over een mogelijke rol van de zorgverzekeraars.
- ZonMw is een organisatie die zich richt op onderzoek en innovatie in de gezondheidszorg en de financiering daarvan.
- Fizi is een beroepsvereniging van financiële functionarissen in de zorg, met ruim duizend leden. Fizi werkt nauw samen met andere organisaties zoals ActiZ, NVTZ en NVZD.

Cliëntenorganisaties en patiëntenvertegenwoordiging

- Cliëntenorganisaties en patiëntenraden zijn essentieel voor het agenderen van inclusieve zorg en het tegengaan van discriminatie. Idealiter vertegenwoordigen zij verschillende perspectieven en kunnen ze de behoeften van diverse groepen patiënten naar voren brengen. Idealiter, want volgens enkele experts moeten veel organisaties die de belangen van patiënten en cliënten behartigen zelf nog werken aan hun diversiteit.

Brancheorganisaties, beroepsorganisaties en samenwerkingsverbanden

- ActiZ is een brancheorganisatie met vierhonderd aangesloten zorgorganisaties, die met bijna 500.000 medewerkers ruim 2 miljoen kwetsbare ouderen en chronisch zieken verzorgen en verplegen. De organisatie is invloedrijk op het gebied van beleidsvorming en belangenbehartiging.
- De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) is een branchevereniging met 183 leden die de belangen van de gehandicaptenzorg vertegenwoordigt.
- De Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ) vertegenwoordigt ruim honderd leden uit de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.
- De Brancheorganisaties Zorg (BoZ) vertegenwoordigt meerdere brancheorganisaties (ActiZ, de Nederlandse GGZ, NFU, NVZ en VGN) en heeft veel invloed op de zorgagenda.
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) vertegenwoordigt een groot aantal zorgprofessionals en heeft invloed op de kwaliteit van de zorgverlening.
- Beroepsverenigingen voor Medisch Specialisten zorgen voor de naleving van professionele standaarden en zijn cruciaal in de kwaliteitsborging van de zorg.
- Regionale Samenwerkingsverbanden onder RegioPlus, zoals ZWconnect, Flever, Sigra, WZW, de RotterdamseZorg, Utrechtzorg, WGV Zorg en Welzijn, WGV Zorg en Welzijn Zuid-Holland Zuid, Zorg aan Zet, Viazorg, Transvorm en ZorgpleinNoord.

Ziekenhuizen en Universitaire Medische Centra

- De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) vertegenwoordigt ziekenhuizen en speelt een belangrijke rol in beleidsvorming binnen de CURE-sector en Santeon, een samenwerking van topklinische ziekenhuizen.
- Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU) speelt een intermediaire rol tussen de zeven universitaire medische centra die gezamenlijk kennis ontwikkelen en de kwaliteit van de zorg verbeteren.

Politiek en media

- Politici hebben de mogelijkheid om discriminatie in de zorg op de politieke agenda te zetten, wat kan leiden tot beleidsverandering.
- De media hebben een belangrijke rol in het vergroten van de bewustwording rond discriminatie in de zorg. Door aandacht te besteden aan misstanden kunnen zij publieke druk creëren voor verandering en inclusiviteit bevorderen. Er zijn tientallen media die zich specifiek richten op de zorg. Voorbeelden zijn Skipr, Zorgvisie en DOQ.

Netwerken in de zorg

Jan Popping schreef eerder dit jaar een interessant artikel over de invloed van netwerken binnen de zorg en hoe deze kunnen leiden tot belangenverstrengeling. Hij onderzocht de jaarverslagen van Raden van Toezicht in de zorgsector en identificeerde patronen van bestuurlijke netwerken. Uit zijn onderzoek blijkt dat zorginstellingen vaak bestuurders en toezichthouders hebben die meerdere functies bekleden, zowel binnen de zorg als in andere sectoren. Dit kan leiden tot knooppunten van invloed, waarbij dezelfde mensen in meerdere netwerken een rol spelen. Dit vergroot volgens Popping het risico op belangenverstrengeling, hoewel de wettelijke regels rond transparantie en verantwoording dit moeten beperken.

Popping benadrukt dat diversiteit binnen de raden van toezicht vaak beperkt blijft tot man-vrouwverhoudingen, terwijl er weinig aandacht is voor sociale en culturele diversiteit. Daarnaast blijkt dat het bedrijfsleven weinig invloed heeft op de zorgsector en dat er een sterke roulatie is van bestuurders en toezichthouders binnen dezelfde netwerken, wat de kans op nieuwe perspectieven verkleint.

4.4. Met Andere Ogen

Als laatste bespreken we in dit hoofdstuk de resultaten van drie Met Andere Ogen-sessies die werden georganiseerd door Critical Mass. Aan deze MAO sessies namen diversiteits- en inclusieofficers, managers, directeuren en een lid van de Raad van Bestuur deel. Samen onderzochten zij hoe inclusief leiderschap in de zorg kan worden versterkt en discriminatie effectiever kan worden aangepakt.

De gesprekken brachten hardnekkige patronen van discriminatie en uitsluiting aan het licht, van subtiele micro-agressies tot structurele vooroordelen. Dit werd door deelnemers gekoppeld aan bestaande normen en gewoonten die inclusie in de weg staan, zoals een voorkeur voor “passen binnen de bestaande cultuur.”

Een terugkerend thema was het gebrek aan bewustwording over discriminatie en de moeite om deze bespreekbaar te maken. Termen als racisme en micro-agressies worden vaak vermeden, terwijl deelnemers de impact ervan wel herkennen. De noodzaak om deze onderwerpen openlijk te bespreken, ook op bestuursniveau, werd door deelnemers benadrukt.

Deelnemers benadrukten dat discriminatie institutioneel van aard is en niet kan worden opgelost door alleen HR of diversiteitscoördinatoren. De rol van zorgbestuurders en directies werd cruciaal genoemd om deze patronen te doorbreken. Zij moeten actief beleid ontwikkelen, gedragscodes formuleren en een cultuur creëren waarin discriminatie bespreekbaar wordt gemaakt en aangepakt. Zorgbestuurders moeten daarbij een voorbeeldrol vervullen, barrières wegnemen en ervoor zorgen dat de integrale aanpak niet afhankelijk is van individuele motivatie, maar structureel wordt ingebed.

Het tegengaan van discriminatie is volgens de deelnemers een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle lagen in de organisatie. Daarnaast is sectorbrede samenwerking essentieel om ervaringen en kennis te delen en inclusieve normen effectiever te implementeren.

De inzichten van experts tonen de noodzaak van diepgaande structurele en institutionele veranderingen om inclusie in de zorgsector te realiseren. Hun aanbevelingen vullen niet alleen de ervaringen van zorgbestuurders aan, maar leggen ook nadruk op de rol van externe systemen zoals beleid en onderwijs. Deze inzichten vormen een belangrijke aanzet voor de concrete aanbevelingen in het volgende hoofdstuk.

5. Aanbevelingen

Hieronder worden concrete aanbevelingen gepresenteerd voor zorgbestuurders, DEI-professionals en externe partners. Deze bieden praktische handvatten om gezamenlijk te bouwen aan een zorgsector waarin inclusie en gelijkwaardigheid centraal staan.

5.1. Aanbevelingen voor zorgbestuurders

Voor dit onderzoek hebben we zowel bestuurders als toezichthouders geïnterviewd. Omwille van de leesbaarheid hebben we ze in deze verkenning gezamenlijk aangeduid als 'zorgbestuurders'. Hoewel de aanbevelingen hieronder zijn gericht op zowel bestuurders als toezichthouders, zullen bestuurders zich in de praktijk meer op de dagelijkse leiding en uitvoering van beleid richten, terwijl toezichthouders een controlerende en adviserende rol vervullen. Samen hebben zij gemeenschappelijke verantwoordelijkheden te zorgen voor een inclusieve zorgomgeving waarin iedereen gelijke kansen heeft.

1. Erkenning van discriminatie als fundamenteel vraagstuk als eerste stap

De eerste stap in het bestrijden van discriminatie is erkennen dat discriminatie en vooroordelen waarschijnlijk in iedere zorgorganisatie voorkomen en ingrijpende gevolgen hebben voor de kanselijkheid van patiënten en medewerkers. Zonder deze erkenning kan er geen effectieve verandering plaatsvinden en blijven structurele problemen bestaan. Het gaat om een fundamenteel vraagstuk dat op zichzelf staat en onmiddellijke en specifieke aandacht vereist. Zonder die duidelijke en structurele aandacht bestaat het risico dat inclusie en discriminatie blijven hangen in vrijblijvendheid of worden ondergesneeuwd door andere prioriteiten.

Denk intersectioneel: vormen van discriminatie en privilege – zoals gender, etniciteit, klasse, seksualiteit, leeftijd, handicap en religie – beïnvloeden elkaar en bepalen gezamenlijk iemands maatschappelijke positie.

2. Versterking van je eigen positie

Als je zelf als bestuurder of toezichthouder geen ervaring hebt met discriminatie, wordt het moeilijker om hierover te communiceren en een visie te ontwikkelen. Het is daarom goed sparringpartners te kiezen die deze ervaring wel hebben en met experts en communicatiedeskundigen te werken die er veel kennis van hebben en kunnen ondersteunen bij het vinden van een aanpak die past bij de organisatie.

3. Vergroten van draagvlak voor actie

Het bevorderen van inclusie en diversiteit in de zorgsector vereist een gezamenlijke inspanning binnen het bestuur en toezichthoudende organen. Bestuurders kunnen collega's motiveren door inclusie te benaderen als een gemeenschappelijk ideaal van rechtvaardigheid en gelijke kansen.

- Leg de nadruk op inclusie als een ethisch en maatschappelijk doel dat iedereen ten goede komt. Laat zien hoe dit aansluit bij gedeelde waarden als kansengelijkheid in de zorg en gelijke kansen voor werknemers, ongeacht achtergrond.
- Stel steeds weer een norm. Neem consequent stelling tegen iedere vorm van discriminatie, zonder hiërarchie.
- Benadruk wettelijke verplichtingen om discriminatie tegen te gaan. Discriminatie is een misdrijf.
- Toon als bestuurder inclusief leiderschap. Onderzoek de eigen rol, reflecteer en vergaar kennis. Ga altijd op zoek naar andere perspectieven en tegenspraak. Creëer een veilige omgeving waarin verschillende achtergronden en perspectieven worden gewaardeerd en gedeeld. Zorg ervoor dat iedere medewerker zich gehoord en thuis voelt en benadruk ieders waarde. Inclusief leiderschap betekent leidinggeven op een manier die gelijke kansen biedt en verschillen waardeert. Een inclusieve leider luistert naar andere perspectieven, zoekt actief naar diverse ideeën en zorgt ervoor dat iedereen zich welkom voelt.
- Definieer inclusie breder dan alleen zichtbare diversiteit. Zorg dat naast zichtbare kenmerken zoals sekse, leeftijd en huidskleur, ook onzichtbare elementen zoals seksuele voorkeur, cultuur, religie, sociaaleconomische status, kwetsbaarheid - bijvoorbeeld bij mensen met beperkingen of mentale gezondheidsproblemen - een integraal onderdeel worden van het inclusiebeleid.
- Maak gebruik van inspirerende voorbeelden uit andere zorginstellingen om de voordelen van inclusieve praktijken tastbaar te maken voor collega's.
- Gebruik persoonlijke verhalen. Deel op verschillende manieren verhalen van medewerkers of cliënten over discriminatie om begrip en urgentie voor inclusie te vergroten. Het creëren van empathie is vaak een eerste stap om mensen te betrekken die zelf zelden of nooit een discriminatie-ervaring hebben gehad.

4. Maak een (stappen)plan

Het Kennisplatform Inclusief Samenleven (KIS) heeft onlangs een stappenplan gepubliceerd voor een inclusieve zorg en dienstverlening (Felten et al., 2024). Hierin wordt onder andere het belang benadrukt van inzicht in ongelijkheden via methoden zoals klantentevredenheidsonderzoeken, vignettenstudies en audits gericht op gelijkheid. Daarnaast worden aanpassingen in procedures aanbevolen om persoonlijke en institutionele vooroordelen te voorkomen, zoals het structureren van beslissingsprocessen en het hanteren van inclusieve communicatie.

5. Diversiteit als speerpunt in wervingsbeleid bestuurders

Diversiteit aan de top van een zorgorganisatie is belangrijk om discriminatie tegen te gaan. Diversiteit biedt ruimte voor verschillende perspectieven en ervaringen. Dit draagt niet alleen bij aan kwaliteit en innovatie, maar ook aan bewustwording rond vooroordelen en ongelijke behandeling. Diverse bestuursteams helpen om het inzicht te vergroten in hoe organisatiebeleid en beslissingen door verschillende groepen kunnen

worden ervaren en om inclusieve strategieën te ontwikkelen die recht doen aan alle medewerkers en patiënten. Diversiteit bevordert dat er gereflecteerd wordt op wat nodig is voor inclusieve zorg, voor een inclusief klimaat voor medewerkers en patiënten en voor inclusieve zorgopleidingen. Diversiteit versterkt daarnaast de representatie van ondervertegenwoordigde groepen in besluitvorming. Dit bevordert niet alleen het gevoel van inclusie binnen de organisatie, maar zorgt ervoor dat medewerkers in alle lagen zich meer gewaardeerd en gesteund voelen.

Het is essentieel dat diversiteit verder gaat dan enkel aanwezigheid; alle bestuursleden moeten hun unieke perspectieven kunnen inbrengen om echt inclusieve en effectieve beslissingen te nemen. Bevorder diversiteit door:

- Diversiteit in functieprofielen. Maak diversiteit een kernkwaliteit voor bestuurders.
- Verbreed netwerken en zoek kandidaten buiten de gebruikelijke kring.
- Verplicht recruitmentbureaus om kandidaten met diverse achtergronden aan te dragen.
- Creëer een inclusieve omgeving waarin diversiteit wordt gewaardeerd en discriminatie wordt veroordeeld.

6. Visie, meten, monitoren en verantwoording afleggen

Bestuurders moeten verantwoording afleggen over hun initiatieven tegen discriminatie en voor inclusie, zodat deze daadwerkelijk bijdragen aan verandering. Dit vraagt om specifieke indicatoren die niet alleen kwantitatieve data (zoals het aantal meldingen van discriminatie), maar ook kwalitatieve feedback (ervaringen van medewerkers en patiënten met inclusie) omvatten.

Dit betekent:

- Formuleer een duidelijke visie op discriminatie en inclusie die intern en extern wordt gecommuniceerd.
- Zorg voor een veilige meldingsstructuur met duidelijke protocollen, waar discriminatie-ervaringen zonder angst kunnen worden gedeeld.
 - Creëer een meldpunt waar medewerkers en patiënten discriminatie of ander ongewenst gedrag anoniem kunnen melden zonder bang te hoeven zijn voor negatieve gevolgen. Dit kan in handen zijn van een onafhankelijk meldteam of een externe partij, maar kan ook worden belegd bij een vertrouwenspersoon die ervoor zorgt dat klachten serieus worden opgepakt.
 - Informeer medewerkers en patiënten op verschillende manieren en met regelmaat waar ze melding kunnen maken van discriminatie.
 - Bevorder dat niet alleen slachtoffers, maar ook omstanders melding maken van discriminatie.
 - Bevorder transparante rapportage en opvolging van meldingen.

- Vraag met regelmaat, bijvoorbeeld ieder jaar, via anonieme enquêtes en kwalitatief onderzoek, aan medewerkers en cliënten hoe inclusief zij de organisatie ervaren.
- Leg verantwoording af. Maak inclusie, discriminatie en diversiteit meetbaar om verantwoording af te leggen. Stel jaarlijkse rapporten op en betrek feedback van medewerkers en patiënten om te beoordelen en verbeteren. Deze gegevens kunnen bestuurders helpen bij het stellen van gerichte prioriteiten en het ontwikkelen van jaarlijks geüpdatete actieplannen.

7. Sluit coalities

Discriminatie vindt niet alleen plaats binnen instellingen, maar is onderdeel van een breder maatschappelijk probleem. In zorginstellingen komt de hele samenleving bijeen. Zeker om de institutionele oorzaken van discriminatie aan te pakken is het van belang samenwerking aan te gaan met partners die kennis en invloed hebben.

- Partners met kennis:
 - o Partners met ervaringskennis: werk allereerst samen met vertegenwoordigers en sleutelfiguren van verschillende minderheidsgroeperingen. Vraag ze om advies, betrek ze bij trainingen en voorlichtingsbijeenkomsten.
 - o Werk samen met externe experts: instellingen, onderzoekers en consultants die zich hebben verdiept in discriminatie.
- Partners met invloed:
 - o Denk aan ministeries zoals VWS, maar zeker ook OC&W voor het verbeteren van (toegang) tot de opleidingen, maar ook de vele andere partners (brancheorganisaties, NVTZ, verzekeraars) die een duidelijk belang hebben bij meer kansengelijkheid in de zorg.

5.2. Aanbevelingen voor (DIG-) professionals in de zorg die zorgbestuurders mee willen krijgen

De uitvoering van beleid om discriminatie tegen te gaan en inclusie te bevorderen wordt vaak toevertrouwd aan HR-afdelingen en professionals op het gebied van diversiteit, inclusie en gelijkwaardigheid (DIG), terwijl de rol van bestuurders essentieel is om daadwerkelijke verandering te realiseren. Om bestuurders actiever te betrekken bij inclusie-initiatieven en hen te motiveren een leidende rol te nemen, worden de volgende strategieën voorgesteld:

1. **Benut cognitieve dissonantie.**

Bestuurders hebben vaak een positief zelfbeeld als rechtvaardige leiders. Door duiding (benoemen van discriminatie en racisme) en hen te confronteren met harde data en persoonlijke verhalen over discriminatie binnen hun organisatie, kan hen de discrepantie tonen tussen hun zelfbeeld en de realiteit.

2. **Vergroot bewustwording met data en verhalen.**

Door statistieken met persoonlijke verhalen van medewerkers en patiënten te combineren wordt de problematiek tastbaar en emotioneel voelbaar.

3. **Sociale normen binnen de peergroup versterken – van intentie naar actie.**

Door succesvolle voorbeelden van inclusief leiderschap bij andere organisaties te delen, kan inclusie gepresenteerd worden als een professionele norm. Bestuurders worden door hun peergroup aangemoedigd deze trend te volgen en zelf actie te ondernemen.

4. **Praktische en toegankelijke trainingen aanbieden.**

Bestuurders die zich onvoldoende toegerust voelen om discriminatie effectief aan te pakken, kunnen handvatten krijgen door coaching, sparren of concrete tools en trainingen. Zie hiervoor bijvoorbeeld de database anti-discriminatieinterventies van KIS: <https://www.kis.nl/database-antidiscriminatie-interventies>

5. **Inclusie strategisch framen.**

In plaats van discriminatie uitsluitend te presenteren als een moreel probleem, kan inclusie tegelijkertijd worden geframed als een strategische kans. Een inclusieve werkcultuur bevordert niet alleen rechtvaardigheid, maar draagt ook bij aan betere prestaties, innovatie en aan een aantrekkelijker werkgeverschap in een krappe arbeidsmarkt.

6. **Persoonlijk eigenaarschap creëren.**

Door het zogenaamde bystander-effect, waarbij iedereen verantwoordelijk is maar niemand specifiek aanspreekbaar is, komt het veel voor dat bestuurders zich niet specifiek verantwoordelijk voelen voor inclusie-initiatieven. Spreek specifieke bestuurders aan op hun invloed en verantwoordelijkheid en verdeel taken en monitoring duidelijk onder hen, zodat zij zich bewust zijn van hun eigen rol. Duidelijke doelen en persoonlijke aanspreekbaarheid vergroten de kans dat bestuurders daadwerkelijk actie ondernemen.

7. Versterk rol van bestuurders bij monitoring en meetbaarheid.

Door concrete prestatie-indicatoren en tools voor het meten van discriminatie en inclusie te ontwikkelen en te gebruiken, kunnen bestuurders beter zicht krijgen op de voortgang en de effectiviteit van hun beleid. Regelmatige rapportages en terugkoppeling maken het tegengaan van discriminatie tot een structureel onderdeel van de organisatiecultuur.

8. Deel succesverhalen en voorbeelden van een effectieve aanpak.

Positieve ervaringen en best practices kunnen inspireren en stimuleren. Richt eventueel een platform op waar bestuurders ervaringen kunnen uitwisselen, uitdagingen kunnen bespreken en best practices kunnen delen. Dit versterkt niet alleen hun betrokkenheid, maar biedt ook inspiratie en praktische handvatten om inclusie in hun organisatie te bevorderen.

5.3. Invloedrijke organisaties zoals overheid, verzekeraars en brancheorganisaties

Discriminatie in zorginstellingen is een onderdeel van een breder maatschappelijk vraagstuk. Het tegengaan van discriminatie en kansenongelijkheid in de zorg is daarom ook de verantwoordelijkheid en in het belang van externe partijen zoals de overheid, verzekeraars, financiers en brancheorganisaties. Zij kunnen helpen met het bieden van kansengelijkheid bij de toegang tot onderwijs, ondersteuning verlenen door het stellen van heldere normen, het bieden van financiële prikkels en het organiseren van samenwerkingen.

1. Overheid: Wetgeving, aanbestedingen en monitoring

- Kies voor een bredere aanpak van het tegengaan van discriminatie. Veel problemen van cliënten zijn geen puur medische problemen, maar mede het gevolg van bijvoorbeeld armoede, bestaansonzekerheid, discriminatie, racisme en andere vormen van onrechtvaardigheid op tal van maatschappelijke terreinen. Vooroordelen kunnen worden tegengegaan via maatregelen in het onderwijs en door het stimuleren van ontmoetingen van mensen uit verschillende bevolkingsgroepen.
- Zorg voor gelijke kansen bij de toegang tot medische opleidingen. Overweeg andere selectiemethoden die eerlijker uitpakken en maak gebruik van ervaringen in het buitenland. In Schotland bijvoorbeeld werken universiteiten al meer dan twintig jaar actief aan gelijke toegang tot hoger onderwijs door barrières te verminderen voor sociaaleconomisch kwetsbare studenten, wezen en kinderen van vluchtelingen.
- Structurele aandacht voor discriminatie in zorgopleidingen. Het aanpakken van discriminatie in de zorg begint bij de basis: het onderwijs. Om blijvende verandering mogelijk te maken, moet dit thema een vaste plek krijgen in de lesprogramma's van zorgopleidingen. Dit vraagt om samenwerking tussen zorgopleidingen en het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW).

- Zorg dat taalbarrières niet leiden tot discriminatie door het verplicht stellen en structureel financieren van professionele tolken in de zorg. Vermijd het gebruik van kinderen als tolken en bied zorgprofessionals duidelijke richtlijnen en scholing. Dit verbetert gelijke toegang en zorguitkomsten voor patiënten met een taalbarrière.
- Geef het goede voorbeeld.
Stel als overheid en politiek een norm door je consequent uit te spreken tegen alle vormen van discriminatie, zonder hierbij een hiërarchisch onderscheid te maken. Investeer in diversiteits- en inclusiebeleid.
- Wettelijke inclusienormen.
Zorg voor afdwingbare richtlijnen die zorginstellingen verplichten om diversiteitsdoelen te halen. Dit omvat specifieke eisen voor representatie en een aanpak voor het bestrijden van discriminatie.
- Inclusie en aanpak discriminatie als eis bij aanbestedingen.
Maak het bevorderen van inclusie en het tegengaan van discriminatie een voorwaarde voor deelname aan zorggerelateerde aanbestedingen.
- Verplichte impactevaluaties.
Organiseer periodieke evaluaties en audits om de voortgang van inclusiebeleid binnen zorginstellingen te monitoren. Transparantie en frequente terugkoppeling zorgen ervoor dat verbeterpunten zichtbaar worden en instellingen verantwoordelijk blijven.

2. Verzekeraars: Financiële sturing en contractvoorwaarden

- Inclusieve zorgcontracten.
Contracteer alleen instellingen die inspanningen leveren om discriminatie tegen te gaan en inclusie te bevorderen.
- Financiële prikkels.
Beloon zorginstellingen die aantoonbare vooruitgang boeken met inclusieve wervingspraktijken, verbeterde representatie en positieve ervaringen van diverse patiëntengroepen.
- Transparantie en verantwoording.
Eis dat instellingen periodiek rapporteren over de voortgang van hun inclusiebeleid, wat bijdraagt aan verantwoording en consistentie.

3. Coalities en brancheorganisaties: Samenwerking en kennisdeling

- Branchebrede samenwerkingen.
Stimuleer samenwerkingen waarin zorginstellingen, verzekeraars en overheden kennis en middelen delen.
- Periodieke evaluaties en bijeenkomsten.
Organiseer netwerkevenementen en bijeenkomsten waarin zorginstellingen best practices, successen en uitdagingen delen.
- Periodieke evaluaties en bijeenkomsten.
Organiseer netwerkevenementen en bijeenkomsten waarin zorginstellingen best practices, successen en uitdagingen delen.

Bijlagen

Bijlage: Geïnterviewde zorgbestuurders

Erik Dannenberg, voorzitter van Divosa, de vereniging van gemeentelijke directeuren en leidinggevendenden in het sociaal domein (22e op de Skipr99),

Anneke Westerlaken, voorzitter van ActiZ, de branchevereniging voor zorgaanbieders in de VVT (28e op de Skipr99),

Edwin van der Meer, voorzitter van de raad van bestuur van het BovenIJ Ziekenhuis in Amsterdam-Noord (41e op de Skipr99),

Ronald Schmidt, lid van de raad van bestuur van Cordaan, een VVT-organisatie in Amsterdam (47e op de Skipr99),

Jan den Boon, voorzitter van de raad van bestuur van Medisch Spectrum Twente (63e op de Skipr99),

René Smit, voormalig voorzitter van de raad van bestuur van ZorgSaam in Zeeuws-Vlaanderen (66e op de Skipr99),

Sophia de Rooij, voorzitter van de raad van bestuur van het Amstelland Ziekenhuis (75e op de Skipr99),

Saskia Baas, voorzitter van de raad van bestuur van Philadelphia Zorgverlener (82e op de Skipr99),

Hans Schoo, lid van de raad van bestuur van Rijnstate Ziekenhuis (87e op de Skipr99),

Audrey van Schaik, bestuurslid bij GGZ Rivierduinen (98e op de Skipr99).

Bijlage: Geïnterviewde experts

Voor deze verkenning zijn diverse experts geïnterviewd die zonder uitzondering een aanzienlijke bijdrage hebben geleverd aan de bestrijding van kansenongelijkheid in de zorg. Deze experts brengen een brede kennis en ervaring in, variërend van beleidsvorming tot wetenschappelijk onderzoek en maatschappelijke campagnes.

Mehmet Aközbek (programmacoördinator Discriminatie en gelijke kansen bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)

Gönül Dilaver (directeur bachelor onderwijs biomedische wetenschappen van UMC Utrecht en Universiteit Utrecht; professor inclusief hoger onderwijs)

Leo Euser (senior beleidsmedewerker Diversiteit in Bedrijf, gefaciliteerd door de Sociaal-Economische Raad)

Hanneke Felten (senior projectleider en onderzoeker aanpak discriminatie bij Movisie)

Simone Goosen (initiatiefnemer en campagneleider Tolken terug in de zorg, Patiëntenfederatie Nederland)

Bahar Goodarzi (promoveerde op risicoselectie in de gezondheidszorg; verbonden als wetenschapper en docent aan de afdeling Verloskundige Wetenschap van het Amsterdam UMC, het Groningse UMC en InHolland)

Saskia Kok (projectleider Digitaal Leren bij de Anne Frank Stichting)

Roshnie Kolsté (manager & MT-lid bij antidiscriminatiebureau RADAR; voormalig strategisch adviseur bij Pharos)

Joris Luyendijk (journalist en schrijver)

Lianne Mulder (postdoctoraal onderzoeker bij Global Health UMC Utrecht; eigenaar Health Equity Research)

Hanan Nhass (senior adviseur, spreker, journalist en religiewetenschapper)

Fonda Sahla (voormalig D66 Tweede Kamerlid; oprichter Nationaal Netwerk Inclusieve Zorg)

Judith Venderbos (adviseur en projectleider bij Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen)

Charifa Zemouri (gepromoveerd op infectiepreventie van bio-aërosolen; werkt als zelfstandig onderzoeker en adviseur op het gebied van wetenschap, volksgezondheid en gezondheidsverschillen)

Daarnaast zijn er korte gesprekken gevoerd met drie medische professionals van kleur (huisarts, fysiotherapeut en tandarts), een medisch journalist, een medewerker van Movisie en een medewerker van een anti-discriminatievoorziening (ADV).

Bijlage: Literatuur

Andriessen, I., Dijkhof, J. H., Torre, A. van der, & Putters, K. (2020). *Ervaren discriminatie in Nederland II*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Andriessen, I., Fernee, H., & Wittebrood, K. (2020). *Ervaren discriminatie in Nederland II*. Sociaal en Cultureel Planbureau.

Badou, M., Cadat-Lampe, M., Felten, H., Kros, K., Yohannes, R., Zemouri, C., & De Zwart, O. (2023). *Verkenning discriminatie en racisme in de zorg*. Movisie/Verwey Jonker Instituut.

Bakker, M. (2022, 6 april). 'Kansenongelijkheid toegenomen na invoering selectie; wat gaan we eraan doen?' ScienceGuide. Geraadpleegd op 19 februari 2024, van <https://www.scienceguide.nl/2022/04/kansenongelijkheid-toegenomen-na-invoering-selectie-wat-gaan-we-eraan-doen/>

Berger, L. (2023, 28 maart). Geldzorgen, gezondheidsproblemen, racisme: wie zorgt er voor de mensen die in de zorg werken? De Correspondent. <https://decorrespondent.nl/14357/geldzorgen-gezondheidsproblemen-racisme-wie-zorgt-er-voor-de-mensen-die-in-de-zorg-werken/99070998-cdbc-025e-0d2e-339f01378f85>

Boker, S. (2022, 15 december). Medische studenten over alle racistische dingen die ze meemaken tijdens hun opleiding. Vice. Geraadpleegd op 5 februari 2024, van <https://www.vice.com/nl/article/ake9pe/racisme-zorg-opleiding>

Bouchallikht, K., & Papakoinomou, Z. (2021). De inclusiemarathon. Over diversiteit en gelijkwaardigheid op de werkvloer.

Butter, E. (2024a). Baren buiten de box: discriminatie in de geboortezorg. De Kanttekening. <https://dekanttekening.nl/samenleving/baren-buiten-de-box-discriminatie-in-de-geboortezorg/>

Butter, E. (2024b). Charifa Zemouri: 'Wetenschap is extreem eurocentrisch' De Kanttekening. <https://dekanttekening.nl/samenleving/charifa-zemouri-wetenschap-is-extreem-eurocentrisch/>

Butter, E. (2024c). 'Mensen met migratieachtergrond hebben minder kans om als arts carrière te maken'. De Kanttekening. <https://dekanttekening.nl/interview/mensen-met-migratieachtergrond-hebben-minder-kans-om-als-arts-carriere-te-maken/>

Daru, S., Joemmanbaks, F., Jak, L., Bytyçi, A., Felten, H., & Movisie. (2024). Discriminatie op de zorgwerkvloer herkennen en passend reageren. Movisie. https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2024-08/Rapport_Discriminatie_op_de_werkvloer_herkennen_en_passend_reageren.pdf

Devakumar, D., Selvarajah, S., Abubakar, I., Kim, S., McKee, M., Sabharwal, N. S., Saini, A., Shannon, G., White, A. I. R., & Achiume, E. T. (2022). Racism, xenophobia, discrimination, and the determination of health. *The Lancet*, 400(10368), 2097–2108. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)01972-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)01972-9)

Discriminatie aanpakken op de werkvloer en in doorstroom: wat werkt volgens de wetenschap? (z.d.). Kennisplatform Inclusief Samenleven. <https://www.kis.nl/artikel/discriminatie-aanpakken-op-de-werkvloer-en-doorstroom-wat-werkt-volgens-de-wetenschap>

- Dobbin, F., & Kalev, A. (2016). Why diversity programs fail. *Harvard Business Review*.
- Duijs, S. E., Abma, T., Plak, O., Jhingokeri, U., Abena-Jaspers, Y., Senoussi, N., Mazurel, C., Bourik, Z., & Verdonk, P. (2022). Squeezed out: Experienced precariousness of self-employed care workers in residential long-term care, from an intersectional perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 00, 1-16.
- Edmondson, A. C. (2018). *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. John Wiley & Sons.
- Edmondson, A. C., & Lei, Z. (2019). Psychological safety: The history, renaissance, and future of an interpersonal construct. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 6, 23–43.
- Felten, H., Kros, K., Van Rhemen, R., & De Winter-Koçak, S. (2024). Gelijkwaardige kwaliteit voor iedereen. https://www.kis.nl/sites/default/files/2024-12/Rapport_Gelijkwaardige_kwaliteit_voor_iedereen.
- Fermin, A., Omlo, J., Walz, G., Kromhout, M., Robbers, S., Butter, E. (2022), *Institutioneel racisme bij de gemeente Utrecht? Een verkennende studie naar processen van uitsluiting op vier beleidsterreinen*. Utrecht: Bureau Omlo.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- FitzGerald, C., Martin, A., Berner, D., & Hurst, S. (2019). Interventions designed to reduce implicit prejudices and implicit stereotypes in real-world contexts: A systematic review. *BMC Psychology*, 7(1), 29.
- Harnacke, C., Badou, M., Felten, H., & Cadat-Lampe, M. (2023). *Discriminatie in de zorg en sport: Wat weten we (niet)?*. Utrecht: Movisie.
- IPSOS. (2021). *Agressie en ongewenst gedrag op de werkvloer: Rapportage totale sector zorg en welzijn*. Amsterdam: Ipsos.
- Isik, U. (2019). *Motivation and academic performance of ethnic minority medical students: 'Struggling and coping in the path from student to doctor'*. [PhD-Thesis - Research and graduation internal] Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Jost, J. T., Rudman, L. A., Blair, I. V., Carney, D. R., Dasgupta, N., Glaser, J., & Hardin, C. D. (2009). The existence of implicit bias is beyond reasonable doubt: A refutation of ideological and methodological objections and executive summary. *American Psychologist*.
- Kalev, A., Dobbin, F., & Kelly, E. (2006). Best practices or best guesses? Assessing the efficacy of corporate affirmative action and diversity policies. *American Sociological Review*, 71(4), 589-617.
- Kennisplatform Inclusief Samenleven (KIS), Database antidiscriminatie-interventies | KIS. (z.d.). <https://www.kis.nl/database-antidiscriminatie-interventies>
- Kochan, T., Bezrukova, K., Ely, R., Jackson, S., Joshi, A., Jehn, K., & Thomas, D. (2003). The effects of diversity on business performance: Report of the diversity research network. *Human Resource Management*, 42(1), 3-21.

Kolbert, E. (2023, juni 5). There's no scientific basis for race—It's a made-up label. *National Geographic Magazine*. <https://www.nationalgeographic.com/magazine/article/race-genetics-science-africa>

Kolste, R., & Venderbos, J. (2022). *Evaringsverhalen discriminatie in de zorg*. Utrecht: Pharos.

Kros, K., S., D. W.-K., Felten, H., Keers, T., van de Gevel, M., Yenga, M., van Rhemen, R., Speelman, I., Bektas, G., & Does, S. (2023). *Institutioneel racisme bij de gemeente als werkgever: Een kwalitatief onderzoek onder gemeentebesturen van zes gemeenten*. Kennisplatform Inclusief Samenleven (KIS). https://www.kis.nl/sites/default/files/2023-10/Institutioneel_racisme_bij_de_gemeente_als_werkgever.pdf

Lancet, N. (2020). Medicine and medical science: Black lives must matter more. *The Lancet*, 395(10240), 1813. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31353-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31353-2)

Leyerzapf, H., & Abma, T. A. (2012). *Naar een kleurrijk UMC. Ervaringen van arts-assistenten en opleiders op medische afdelingen*. Amsterdam: VUmc, afdeling Metamedica en onderzoeksschool EMGO+.

Liverpool, L. (2024), *Hoe racisme ons ziek maakt*. Atlas/Contact

Luyendijk, J. (2022). *De zeven vinkjes. Hoe mannen zoals ik de baas spelen*. Pluim.

Merritt, A. C., Efron, D. A., & Monin, B. (2010). Moral self-licensing: When being good frees us to be bad. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(5), 344-357.

Mulder, L., Akwiwu, E. U., Twisk, J. W. R., Koster, A. S., Ravesloot, J. H., Croiset, G., & Kusurkar, R. A. (2023a). Inequality of opportunity in selection procedures limits diversity in higher education: An intersectional study of Dutch selective higher education programs. *PLOS ONE*, 18(10), e0292805. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292805>

Mulder, L., Wouters, A., Akwiwu, E. U., Koster, A. S., Ravesloot, J. H., Peerdeman, S. M., Salih, M., Croiset, G., & Kusurkar, R. A. (2023a). Diversity in the pathway from medical student to specialist in the Netherlands: A retrospective cohort study. *The Lancet Regional Health - Europe*, 35, Article 100749. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100749>

Muijsenbergh, M. V. D., & Busari, J. (2020). Is er een "witte blik" in de gezondheidszorg? <https://www.socialevraagstukken.nl/de-witte-blik-domineert-in-de-gezondheidszorg/>

Nhass, H., & Poerwoatmodjo, J. (2021). *Wanneer de patiënt niet op z'n best is*. Utrecht: Kennisplatform Inclusief Samenleven.

NRC (2022). *Racisme duwt medewerkers ouderenzorg uit*. Geraadpleegd op 19 december 2022, van <https://www.nrc.nl/nieuws/2022/10/25/racisme-duwt-medewerkers-ouderenzorg-uit-a4146300>

Omlo, J., Kaya, A., Charif, S., Butter, E., Kromhout, M., Ramlakhan, K. (2022). *Racisme bij het ministerie van Buitenlandse Zaken. Een verkennend onderzoek*. Bureau Omlo.

Omlo, J. (2024). *Reageren als omstander bij racisme; een studie naar handelingsperspectieven*. Bureau Omlo.

Plaut, V. C., Garnett, F. G., Buffardi, L. E., & Sanchez-Burks, J. (2011). "What about me?" Perceptions of exclusion and Whites' reactions to multiculturalism. *Journal of Personality and Social Psychology*.

Plaut, V. C., Thomas, K. M., & Hebl, M. R. (2018). The challenges and promises of diversity for organizational performance. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5, 135–162.

Popping, J. (2024, 18 april). Netwerken in de zorg en “ons kent ons”. Accountant.nl. Geraadpleegd op 5 oktober 2024, van <https://www.accountant.nl/achtergrond/2024/4/netwerken-in-de-zorg-en-ons-kent-ons/>

Raad Volksgezondheid & Samenleving (2022), Passende zorg is inclusieve Zorg. Een verkennend essay over wat ervoor nodig is om de zorg inclusiever te maken.

Rafferty, A. E., & Griffin, M. A. (2006). Perceptions of organizational change: A stress and coping perspective. *Journal of Applied Psychology*, 91(5), 1154.

Randel, A. E., Galvin, B. M., Shore, L. M., Ehrhart, K. H., Chung, B. G., Dean, M. A., & Kedharnath, U. (2018). Inclusive leadership: Realizing positive outcomes through belongingness and being valued for uniqueness. *Human Resource Management Review*, 28(2), 190-203.

Scheer, W. van der (2013), Onder zorgbestuurders. Omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg. Reed Business Education.

Shore, L. M., Cleveland, J. N., & Sanchez, D. (2018). Inclusive workplaces: A review and model. *Human Resource Management Review*, 28(2), 176-189.

Soudagar, R. (2022, 21 februari). Gloria Wekker en Nancy Jouwe reageren op de “7 vinkjes” - OneWorld. OneWorld. <https://www.oneworld.nl/mensenrechten/gloria-wekker-en-nancy-jouwe-intersectionaliteit-gaat-over-onderdrukking-en-privilege/>

Van Anandel, C. E. E., Born, M. P., Van Den Broek, W. W., & Stegers-Jager, K. M. (2021). Student ethnicity predicts social learning experiences, self-regulatory focus and grades. *Medical Education*, 56(2), 211–219. <https://doi.org/10.1111/medu.14666>

Van Anandel, C.E.E. (2022). ‘Clinical Grade Differences Between Ethnic Minority and Majority Students: Institutional-, assessor-, and student-related factors’.

Van der Tuin, I. & Fiere, B. (2023). Groot verantwoordelijkheidsgevoel en een dikke huid. Hoe gaan zorgverleners in de Rotterdams ouderenzorg om met discriminatie door cliënten? Rapport-onderzoek-discriminatie-in-de-ouderenzorg-IDEM-Rotterdam-RADAR. pdf (idemrotterdam.nl)

Wertheim, A.R. (2021). De poster met de blauwe ogen. Getuigenissen tegen rassenwaan. Starfish Books.

World Health Organization. (2022). Strengthening primary health care to tackle racial discrimination, promote intercultural services and reduce health inequities. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363854/9789240057104-eng.pdf?sequence=1>

Zemouri, C. (2022). Discriminatie maakt ziek. Hoe patiënten met een migratieachtergrond door zorgdiscriminatie verslechterde zorg ontvangen. Wetenschappelijk Instituut Statera.

Zemouri, C., Kassi, A. N., De Oñate, W. A., Çoban, G., & Kissi, A. (2024). Exploring discrimination and racism in healthcare: A qualitative phenomenology study of Dutch persons with migration backgrounds. *BMJ Open*, 14(6), e082481. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-08248>

Over het project Leiderschap in de Zorg

Deze verkenning is een onderdeel van een breder project, waarin de organisaties DANDER, Critical Mass en zelfstandig onderzoeker Ewoud Butter (Bureau Butter) samenwerken. Dit samenwerkingsverband ontstond na een initiatief van het VSB Fonds om met stakeholders uit het veld op het terrein van discriminatie een Expertisenetwerk Racisme, Discriminatie en Vooroordelen op te zetten.

De kernvraag van dit project, dat door het VSB wordt gefinancierd, luidt:

“Wat is er nodig om bestuurders als partners te betrekken en hen een voortrekkersrol te laten spelen in het tegengaan van discriminatie in de zorg?”

De partners van het project brachten ieder hun eigen expertise en netwerken in.

Critical Mass is een organisatie die zich richt op bewustwording, educatie en dialoog over maatschappelijke thema's zoals discriminatie, vooroordelen, inclusie en sociale ongelijkheid. De organisatie gebruikt interactieve werkvormen, zoals tentoonstellingen, workshops, trainingen en gesprekken, om mensen bewust te maken van hun eigen gedrag en overtuigingen en om positieve verandering te stimuleren. Critical Mass is penvoerder van het project. Namens Critical Mass verzamelden Karin Lachmising en Hester Pronk input door middel van drie Met Andere Ogen Sessies en presenteerden voorlopige resultaten van het onderzoek tijdens een congres van Sigra in september.

Dander is een in Amsterdam gevestigd bureau dat zich richt op het bevorderen van diversiteit en inclusie binnen zorg- en welzijnsorganisaties en het onderwijs. Dander biedt diensten zoals onderzoek, vaardigheidstrainingen, coaching en het ontwikkelen van projecten, zowel online als offline. Het bureau helpt organisaties bij het identificeren en aanpakken van onbedoelde uitsluiting en ondersteunt bij het creëren van een inclusieve cultuur waarin verschillen worden gewaardeerd en benut. Namens Dander participeert sociaal-psycholoog Sharon Polak als onderzoeker in dit project. Zij nam onder andere de interviews met de zorgbestuurders voor haar rekening en is auteur van deze verkenning.

Ewoud Butter werkt als zelfstandig onderzoeker (Bureau Butter), onderzoeksjournalist en toneelschrijver. Hij richt zich als onderzoeker en journalist vooral op thema's zoals mensenrechten, inclusie, discriminatie, racisme, radicalisering, islam en zorg. In 2005 richtte hij het blog "Republiek Allochtonië" op, dat zich richt op de Nederlandse migratiegeschiedenis en discussies over migratie, participatie en inclusie. Ewoud Butter was in dit project verantwoordelijk voor de interviews met experts, de enquête en is auteur van deze verkenning.